

La depresión en la gente mayor

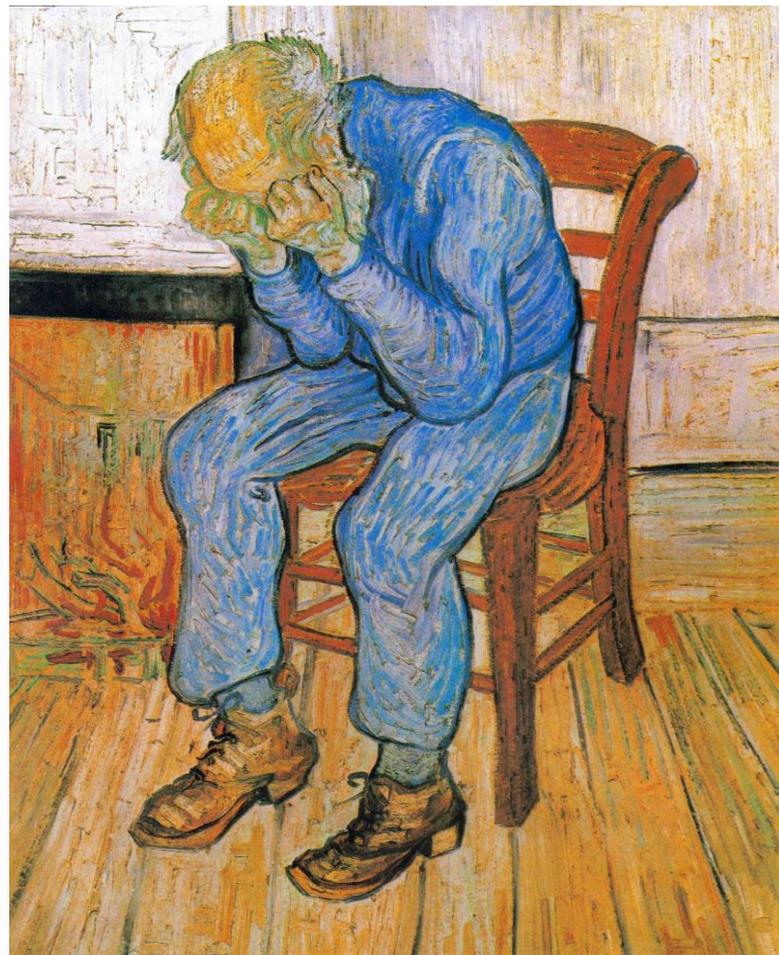
Dr. Juan Manuel Mendive Arbeloa
Médico de Familia.
Centro de Atención Primaria La Mina
ICS. Barcelona



Anciano en pena

(en las puertas de la eternidad)

Vincent Van Gogh. 1890



La realidad de la atención primaria

Pedro 85 años.

- Pescador retirado
- Su mujer muy enferma falleció hace 3 años en una residencia geriátrica.
- Vive sólo
- 3 hijos y 7 nietos. Aunque viven cerca no le visitan con mucha frecuencia...



La realidad de la atención primaria

Pedro 85 años. (comorbilidades)

- Hipertensión arterial
- Dislipemia
- Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica
- Hiperplasia prostática
- Artrosis severa de indicación quirúrgica en ambos hombros y ambas rodillas (rechaza cirugía)



La realidad de la atención primaria

Situación funcional de Pedro Y sus pensamientos

- Muchas pastillas para el dolor...
- Siente que tiene mucha limitación...
- Y un día nos dice:

“ A veces pienso que me gustaría volver a coger mi barca de remos y ponerme a remar mar adentro y perderme en el mar...”



La realidad de la atención primaria

Situación funcional de Pedro Y sus pensamientos

- Muchas pastillas para el dolor...
- Siente que tiene mucha limitación...
- Y un día nos dice:

“ A veces pienso que me gustaría volver a coger mi barca de remos y ponerme a remar mar adentro y perderme en el mar...”



La atención primaria ante una situación de depresión en la gente mayor

- **Conocimiento del paciente**
 - Detección precoz y manejo adecuado
 - Diagnóstico diferencial (demencia...)
- **Conocimiento de la familia (ayuda)**
- **Conocimiento del entorno (comunidad)**
 - Posibilidades de intervención



Los factores de riesgo en la depresión del anciano

| PREDISPONENTES | CONTRIBUYENTES | PRECIPITANTES |
|--|---|--|
| Estructura de la personalidad (dependientes, pasivos-agresivos, obsesivos) | Situación socioeconómica | Crisis propias de la edad |
| Aprendizaje de respuestas a situaciones de tensión | Dinámica familiar | Abandono |
| Predisposición biológica (genética, neurofisiológica y neurobioquímica) | Grado de escolaridad, actividades laborales y de recreación | Sentimientos de desesperanza |
| | Pertenencia a un grupo étnico específico | Aislamiento |
| | Formas de violencia | Violencia |
| | Comorbilidad orgánica y mental | Muerte de familiares y allegados |
| | | Pérdidas económicas |
| | | Agudización de los síntomas de enfermedades crónicas o cronificación de enfermedades |
| | | Discapacidad y disfuncionalidad |
| | | Dependencia |

Fuente: AE Gómez. La depresión en el anciano. Offar. 2007.
9: 80-94

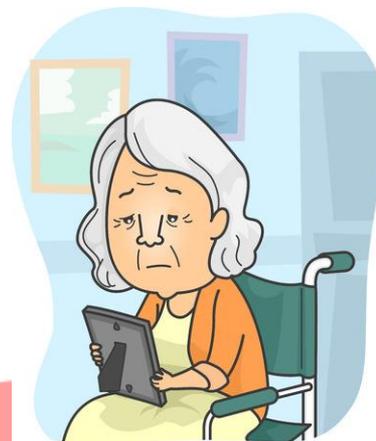
- Muchos ancianos tienen dificultad para reconocer que están deprimidos y quejarse
- No es infrecuente que los síntomas centrales de la depresión, como la pérdida de interés, la astenia, la pérdida de energía, la disminución del apetito, las alteraciones del sueño, el enlentecimiento psicomotor o los problemas de concentración, sean atribuidos erróneamente al envejecimiento
- El humor depresivo pasa desapercibido, en ocasiones, por el aplanamiento afectivo de algunos ancianos, que se interpreta como serenidad
- Más de dos tercios de los pacientes presentan quejas somáticas predominantes, y hasta en el 30% la somatización es el síntoma inicial de la enfermedad. Se quejan de problemas de memoria, gastrointestinales, malestar general, dolores osteomusculares, etc., junto a una negación de los sentimientos de depresión y una ausencia de tristeza
- La sintomatología hipocondríaca es frecuente. Son quejas cardiovasculares, urinarias y gastrointestinales. A menudo se da la presencia concomitante de una enfermedad somática, que dificulta aún más. Casi un tercio de los ancianos con una enfermedad física tienen también depresión
- La sintomatología delirante no es rara en el anciano deprimido, por lo que se corre el riesgo de tratarlo sólo con neurolépticos
- La ansiedad puede enmascarar un cuadro depresivo, conduciendo a la prescripción aislada de ansiolíticos con el riesgo de cronificar el trastorno y desarrollar una pseudodemencia

Por qué cuesta reconocer la depresión en el anciano

Fuente: AE Gómez. La depresión en el anciano. Offar. 2007. 9: 80-94

El abordaje de la depresión de la persona mayor en atención primaria

- Considerar todos los factores a tener en cuenta: valoración terapéutica centrada en la persona de forma específica
- Valorar apoyo psicológico
 - no psicoterapia reglada
- Valorar tratamiento farmacológico
 - perfiles psicofármacos más seguros
- Apoyo de la comunidad (prescripción social)



Actividades de prescripción social

- Hogar de tercera edad : actividades dirigidas (talleres memoria y coordinación...)
- Grupos de autoayuda en la comunidad (actividades de voluntariado)
- Actividades de acompañamiento
- Actividades de ejercicio físico



Evidencia sobre aislamiento social

LA SOLEDAD MATA

- Metanálisis de 148 estudios prospectivos que analizan la mortalidad en relación con las relaciones sociales.
- Se demuestra que la influencia de las relaciones sociales en la mortalidad es comparable a factores de riesgo como la obesidad o el tabaquismo.

Holt-Lunstad, J., Smith, T. B., & Layton, J. B. (2010). Social relationships and mortality risk: a meta-analytic review. PLoS medicine, 7(7), 859.

Social Relationships and Mortality Risk: A Meta-analytic Review

Julianne Holt-Lunstad^{1☯*}, Timothy B. Smith^{2☯}, J. Bradley Layton³

1 Department of Psychology, Brigham Young University, Provo, Utah, United States of America, **2** Department of Counseling Psychology, Brigham Young University, Provo, Utah, United States of America, **3** Department of Epidemiology, University of North Carolina at Chapel Hill, Chapel Hill, North Carolina, United States of America

Abstract

Background: The quality and quantity of individuals' social relationships has been linked not only to mental health but also to both morbidity and mortality.

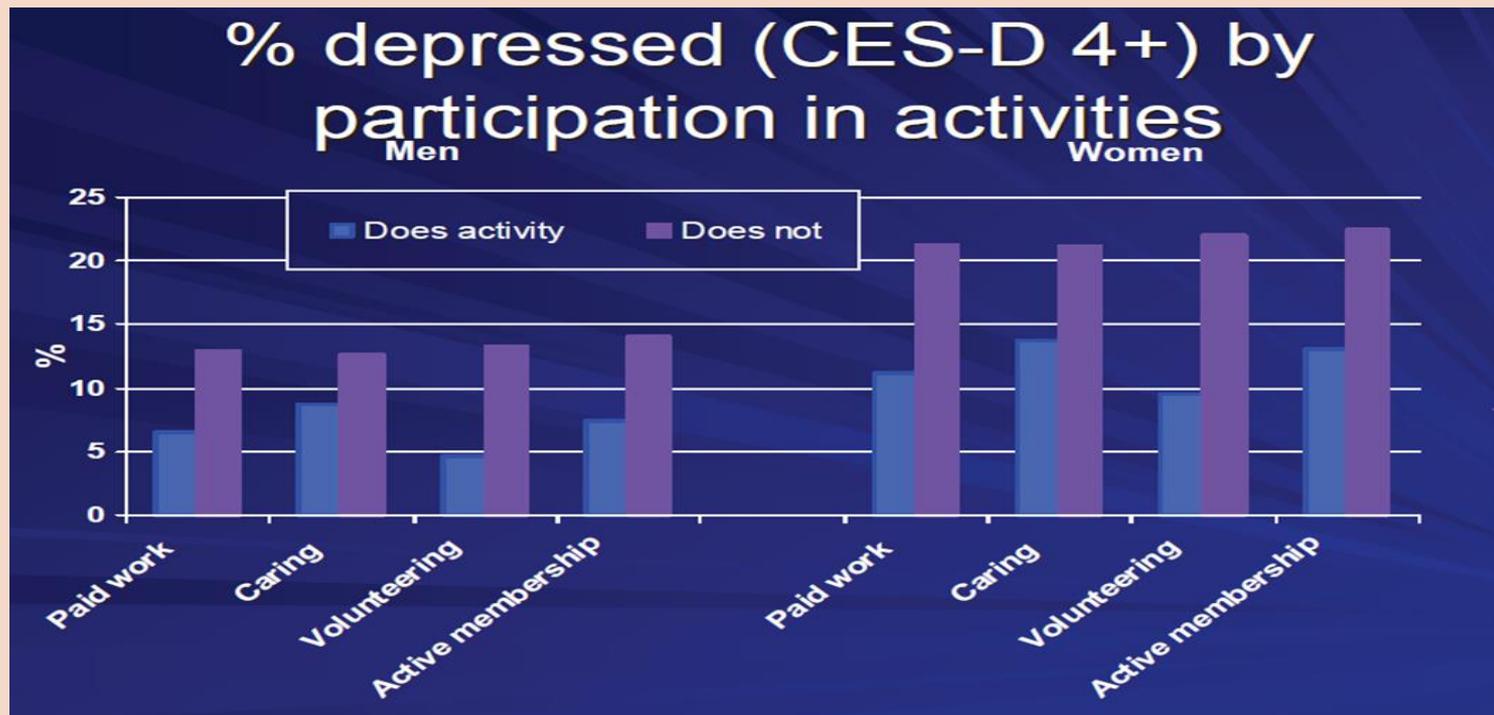
Objectives: This meta-analytic review was conducted to determine the extent to which social relationships influence risk for mortality, which aspects of social relationships are most highly predictive, and which factors may moderate the risk.

Data Extraction: Data were extracted on several participant characteristics, including cause of mortality, initial health status, and pre-existing health conditions, as well as on study characteristics, including length of follow-up and type of assessment of social relationships.

Results: Across 148 studies (308,849 participants), the random effects weighted average effect size was OR = 1.50 (95% CI 1.42 to 1.59), indicating a 50% increased likelihood of survival for participants with stronger social relationships. This finding remained consistent across age, sex, initial health status, cause of death, and follow-up period. Significant differences were found across the type of social measurement evaluated ($p < 0.001$); the association was strongest for complex measures of social integration (OR = 1.91; 95% CI 1.63 to 2.23) and lowest for binary indicators of residential status (living alone versus with others) (OR = 1.19; 95% CI 0.99 to 1.44).

Conclusions: The influence of social relationships on risk for mortality is comparable with well-established risk factors for mortality.

Actividades en la comunidad para promover la salud mental



English Longitudinal Study on Ageing (ELSA), Netuveli, 2006

| | Depresión | Enfermedad de Alzheimer |
|--|--|--|
| Intención de búsqueda de intervención médica | Presente | Ausente |
| Alteración cognoscitiva. | Fluctuante | Estable |
| Alteración mnésica | Para hechos recientes y remotos | Particularmente alterada para hechos recientes |
| Reflejos de liberación frontal | Ausentes | Presentes (eventualmente desde etapas leves-moderadas) |
| Praxias y Gnosias | Normales | Alteradas |
| Habilidades sociales | Alteradas | Inicialmente preservadas |
| Historia Psiquiátrica | Frecuente | Menos frecuente |
| Antecedentes personales depresivos | Presente | Ausente |
| Reconocimiento del déficit mnésico | Resaltado insistentemente | Anosognosia |
| Pensamiento | Usualmente enlentecido, inmerso en la tristeza y sin esperanzas | Enlentecido, perseverativo y con pérdida del interés |
| Variación durante el día (Afecto y queja de alteraciones de las FMS) | Se siente peor en la mañana, usualmente mejora durante el transcurso del día | Déficit estable |
| Sueño | Insomnio de despertar temprano | Confusión y deambulación nocturna |
| Esfuerzo en psicometría | Poco, genera angustia | Bueno, se percibe indiferencia |
| Factores asociados | Animo de fondo depresivo, alteraciones del apetito y a veces ideas suicidas. | Inestabilidad emocional, confusión y desorientación |



Muchas gracias