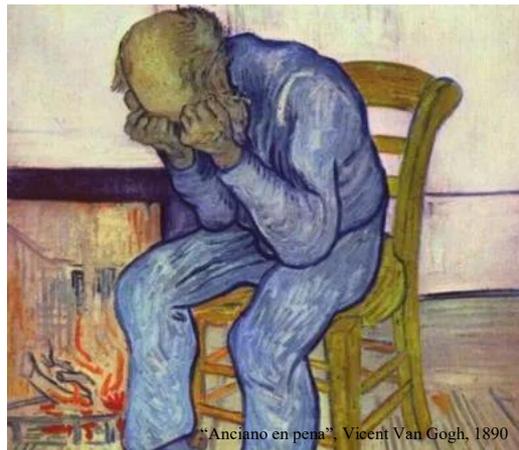


Trabajo Fin de Grado

Trastornos afectivos en personas mayores

Affective disorders in old people



Autora

Lucía Vicente Conchello

Directores

Laura Montes Reula

Francisco Javier Olivera Pueyo

Facultad de Medicina, Zaragoza.

2021-2022

ÍNDICE

RESUMEN	4
PALABRAS CLAVE	4
ABSTRACT	5
KEYWORDS	5
1. INTRODUCCIÓN	6
1.1 ORIGEN HISTÓRICO DE LA DEPRESIÓN EN EL PACIENTE MAYOR	7
1.2 FACTORES BIOLÓGICOS	7
1.3 EFECTOS DEL ENVEJECIMIENTO SOBRE LA SALUD MENTAL	9
1.4 SEXO	12
1.5 DEPRESIONES BIPOLARES Y UNIPOLARES	12
1.6 ENTIDADES NOSOLÓGICAS	13
1.6.1 TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR (TDM)	13
1.6.2 TRASTORNO DEPRESIVO PERSISTENTE (DISTIMIA)	14
1.6.3 PSEUDODEMENCIA DEPRESIVA	14
1.6.4 TRASTORNO BIPOLAR (TB) Y RELACIONADOS.	15
1.6.5 SÍNTOMAS PSICÓTICOS MÁS FRECUENTES EN LA DEPRESIÓN	16
1.6.6 CONDUCTA SUICIDA EN PERSONAS MAYORES	16
1.7 DIAGNÓSTICO	17
1.8 ABORDAJE TERAPÉUTICO DE LA DEPRESIÓN EN LOS ADULTOS MAYORES	18
1.8.1 INHIBIDORES DE LA RECAPTACIÓN DE LA SEROTONINA (ISRS)	20
1.8.2 ANTIDEPRESIVOS CON OTRAS VÍAS DE NEUROTRANSMISIÓN	20
1.8.3 ESTRATEGIAS DE POTENCIACIÓN	21
1.8.4 TERAPIA ELECTROCONVULSIVA	22
2. MATERIAL Y MÉTODOS	22
3. RESULTADOS	23
4. OBJETIVOS	24
5. DISCUSIÓN	24
5.1 LA INTERCONEXIÓN ENTRE DEMENCIA Y DEPRESIÓN	24
5.2 DIFERENCIAS ENTRE DEMENCIA Y PSEUDODEMENCIA DEPRESIVA	26
5.3 MÉTODOS DE DIAGNÓSTICO	27

5.4 AISLAMIENTO SOCIAL Y FUNCIÓN COGNITIVA	28
5.5 PRONÓSTICO E IMPORTANCIA DE LA INTERVENCIÓN SOCIAL	29
5.6 TRASTORNO MENTAL PREVIO COMO FACTOR DE RIESGO PARA DEPRESIÓN	30
5.7 ADULTOS MAYORES AISLADOS DURANTE LA CUARENTENA COVID-19	31
<u>6. CONCLUSIONES</u>	<u>33</u>
<u>7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</u>	<u>34</u>

RESUMEN

Introducción. Los problemas de salud mental son frecuentes en la población adulta mayor, especialmente los trastornos afectivos, que muchas veces pasan desapercibidos, no son diagnosticados o son infratratados. Los trastornos afectivos pueden clasificarse en dos grandes grupos: trastornos bipolares y unipolares, dentro de los cuales encontramos diversos subtipos, algunos especialmente característicos de la senescencia, como la pseudodemencia depresiva.

Material y métodos. Se llevaron a cabo diversas búsquedas en distintas bases de datos: Web Of Science, PubMed, Cochrane, Scopus y Google Académico, con términos MeSH y palabras claves tanto en español como en inglés.

Resultados. Se acotó la búsqueda a revisiones sistemáticas con una fecha de cobertura de entre cinco y diez años de antigüedad, obteniéndose veintitrés publicaciones seleccionadas que son en las que está fundamentada este proyecto de revisión.

Objetivos. Una visión amplia de la situación médica, afectiva y social de la vida del adulto mayor nos permitirá realizar un óptico abordaje diagnóstico y terapéutico, teniendo en cuenta la importancia del diagnóstico diferencial entre la depresión de origen tardío y la demencia incipiente, dos patologías que a edades avanzadas pueden resultar muy difíciles de diferenciar.

Discusión. La asociación existente entre demencia y depresión en las personas mayores supone una gran tarea para el diagnóstico diferencial de dichas patologías en la edad geriátrica. Es fundamental, además, detectar en esta población la existencia de factores de riesgo, que pueden resultar determinantes para la evolución y pronóstico de su enfermedad, así como de su calidad vida, como el aislamiento social y la escasez de recursos o de contactos en la esfera afectiva.

Conclusiones. Es prioritario prestar atención a los trastornos afectivos en la senescencia, que pueden resultar especialmente difíciles de diagnosticar, ya que muchas veces se solapan junto al envejecimiento propio de la edad o con el deterioro cognitivo, por lo que un correcto diagnóstico diferencial resulta fundamental. Como parte del tratamiento, resulta de vital importancia la integración de la persona mayor en un adecuado entorno social, ya que factores como el aislamiento social especialmente frecuente en este tipo de población es un estimulador de trastornos mentales, así como de empeoramiento del diagnóstico en aquellos con trastorno mental previo.

- **Palabras clave:** depresión, persona mayor, senescencia, afectividad, pseudodemencia depresiva, aislamiento social.

ABSTRACT

Introduction. Mental health problems are quite common among the elderly, especially affective disorders, which very often are unnoticed, are not diagnosed or they are undertreated. Affective disorders are classified in two main groups: unipolar and bipolar disorders, with different ratings, some of them are directly linked with the old age, as depressive dementia.

Material and methods. The searching included several databases: Web Of Science, PubMed, Cochrane, Scopus y Google Scholar, with MeSH terms and keywords both in Spanish and English.

Results. The search was limited to systematic reviews with a coverage date between five and ten years old, obtaining twenty-one winning publications, which are the ones on which this thesis is based.

Objectives. A broad view of the medical, affective and social situation of the elderly lives will allow us to carry out an optical diagnostic and therapeutic approach, taking into account the importance of the differential diagnosis between late origin depression and incipient dementia, two pathologies that can be very difficult to differentiate at advanced ages.

Discussion. The existing association between dementia and depression in the elderly represents a great task for the differential diagnosis of these pathologies in the elderly. It is also essential to detect in this population the existence of risk factors, which can be decisive for the evolution and prognosis of this disease, as well as their quality of life, such as social isolation and the lack of resources or contacts in the affective sphere.

Conclusions. It is a priority to pay attention to affective disorders in old age, which can be especially difficult to diagnose, since they often overlap with age-related aging or cognitive impairment, so a correct differential diagnosis is essential. As part of the treatment, the integration of the elderly in an adequate social environment has vital importance, since factors such as social isolation, especially oft in this type of population, is a stimulator of mental disorders, as well as worsening in those with prior mental disorders.

- **Keywords:** depression, elderly, aged, mood disorders, depressive dementia, social isolation.

1. INTRODUCCIÓN

Los problemas de salud mental son frecuentes en la población adulta mayor: más de un 20% de este grupo etario puede padecerlos con distintos grados de severidad, de acuerdo con numerosos estudios epidemiológicos a nivel mundial. De esta manera, debe prestárseles tanta o más importancia que a los problemas de salud física, ya que pueden exacerbar sus manifestaciones (en particular las de enfermedades crónicas) e incrementar la dependencia funcional y el mayor uso de los recursos sanitarios.

Por otro lado, los problemas de salud mental muchas veces pasan desapercibidos, no son diagnosticados o son infratratados, por lo que la capacitación de los profesionales en esta área es indispensable para un manejo oportuno y eficiente. Es necesario, además, contar con políticas, estrategias y servicios especializados en salud mental para este grupo etario, de tal modo que su calidad de vida y la de sus familiares pueda ser preservada.

El periodo del ciclo vital conocido como "adulthood mayor" o senescencia, posee probablemente características de mayor singularidad que las de otras fases, al acumular factores y experiencias de etapas previas y afrontar desenlaces que, aunque sean más o menos predecibles o conocidos, no dejan de generar ansiedad o expectativas de duda, conflicto, pesimismo e incertidumbre. El componente afectivo o emocional de la vida cotidiana del adulto mayor, muchas veces privada del calor y el apoyo del grupo familiar o de un mínimo de interacciones sociales positivas, confiere significados diferentes a la gradual reducción de diversas funciones biológicas, cognitivas o sensoriales y, con ella, una mayor vulnerabilidad a agentes o factores patógenos.

Los trastornos afectivos, en general, cubren en los sistemas nosológicos más recientes dos áreas fundamentales: trastornos unipolares (depresivos propiamente dichos) y trastornos bipolares. Aun así, está claro que otros cuadros psiquiátricos, tanto en adultos como en personas mayores, pueden presentar un definido componente afectivo: es el caso de trastornos ansiosos, obsesivo-compulsivos, trastornos relacionados con trauma y estresores, así como trastornos neurocognitivos, de personalidad y adictivos.(1)

1.1 Origen histórico de la depresión en el paciente mayor

En la quinta edición del tratado de Kraepelin (1896) se aísla un grupo denominado depresión involutiva, diferente de la demencia precoz y de la psicosis maníaco-depresiva (PMD), que aparece entre los 50 y los 60 años de edad, caracterizado por depresión grave, teñida de una intensa ansiedad que puede llegar a la agitación, además de frecuentes ideas de culpa, de ruina e hipocondríacas y un alto riesgo de suicidio.⁽²⁾ En 1907, Dreyfuss demostró que la mayor parte de las depresiones involutivas en el material clínico de Kraepelin habían sufrido anteriormente otros episodios afectivos. Aceptando esta crítica, Kraepelin volvió a incluir en la octava edición de su obra la melancolía involutiva en la misma categoría que la psicosis maníaco-depresiva (PMD).

Los datos no siempre concordantes que se obtienen al estudiar estos pacientes se explican por el grupo heterogéneo de enfermos que componen las depresiones tardías, compuesto por los subgrupos siguientes: depresión como preludeo de un cuadro orgánico-cerebral; depresión ubicada entre las depresiones endógenas unipolares; y reacción vivencial depresiva en edades avanzadas como respuesta al contexto familiar y social.⁽³⁾

A pesar de esta evolución en el criterio nosológico kraepelianiano, en los últimos 30 años la independencia nosológica de la depresión involutiva se ha ido cuestionando hasta el punto de que en el momento actual se tiende a incluirla entre las depresiones endógenas unipolares de inicio tardío.⁽²⁾ En los últimos años, prevalece la actitud de rechazar la autonomía de la melancolía involutiva dentro de los trastornos afectivos y se considera que el término involutivo en este contexto carece de auténtico valor. De ahí, su supresión de la Clasificación internacional de Enfermedades desde su novena edición (OMS, 1978).⁽³⁾

1.2 Factores biológicos

Desde hace cinco décadas, el enfoque biológico de la depresión ha sido dominado por la hipótesis de las monoaminas. La hipótesis propone que la depresión es causada por un déficit funcional de los neurotransmisores noradrenalina (NA) y serotonina (5-HT) en las regiones límbicas del cerebro. Esta hipótesis se apoyó por el hallazgo de que el tratamiento con reserpina (un

fármaco antihipertensivo que agota las reservas de monoaminas) causó episodios depresivos en algunos pacientes.

La serotonina influye en diversas funciones cerebrales como el sueño, la actividad motora, la percepción sensorial, el apetito, el comportamiento sexual, la regulación de la temperatura, la nocicepción y la secreción de hormonas; mientras que la adrenalina se relaciona con la motivación, el estado de alerta-vigilia, el nivel de conciencia, la percepción de los impulsos sensitivos, la regulación del sueño, el apetito, la conducta sexual, la neuromodulación de los mecanismos de recompensa, el aprendizaje y la memoria.

Así, en el tratamiento del trastorno depresivo se utilizan muchos fármacos que aumentan la disponibilidad extracelular de estos neurotransmisores, inhibiendo su recaptación y prolongando su permanencia en la hendidura sináptica. Estos sistemas monoaminérgicos se distribuyen ampliamente en toda la red de neuronas del sistema límbico, el estriado y los circuitos neuronales prefrontales, quienes proporcionan las manifestaciones conductuales y viscerales de los trastornos del estado de ánimo.⁽⁴⁾

Por otro lado, los factores biológicos en pruebas de imagen han sido asimismo considerados como un determinante importante en la etiología de la depresión en población geriátrica. Incluso en ausencia de enfermedad cerebral orgánica, un incremento de la intensidad de la materia blanca en la secuencia T2 de RMN ([imagen 1](#)) ha sido referido en la bibliografía de estudios de casos hospitalarios y de la comunidad, junto a otros cambios estructurales cerebrales, como el engrosamiento de los ventrículos y la reducción del hipocampo, de los ganglios de la base y del volumen del lóbulo frontal.

Los cambios observados utilizando RMN de flujo incluyen hipoperfusión de áreas prefrontales (por ejemplo, el córtex prefrontal dorsolateral) y en los ganglios basales. Las investigaciones neuropatológicas han demostrado que la hiperintensidad de la sustancia blanca central en la depresión son lesiones isquémicas y que la inflamación más generalizada también se hace presente. Otros estudios han informado sobre incrementos en las células gliales y una reducción de las neuronas en la depresión de la persona mayor.

Asimismo, estudios más recientes han confirmado un incremento en la intensidad de la sustancia blanca incluso cuando los riesgos vasculares están controlados, demostrando una clara relación de estas lesiones con los circuitos frontales y subcorticales. De esta manera, se concluye que la hiperintensidad basal de la sustancia blanca predice el riesgo de depresión entre un año y cuatro años después, lo que sugiere nuevamente que la relación entre depresión y enfermedad cerebrovascular es bidireccional. Del mismo modo, dicha hiperintensidad de la sustancia blanca mantenida en el tiempo puede ser modificada por el tratamiento, lo que resulta de gran importancia para examinar el impacto del tratamiento antidepresivo y del tratamiento de la enfermedad cerebrovascular en la depresión.(5)

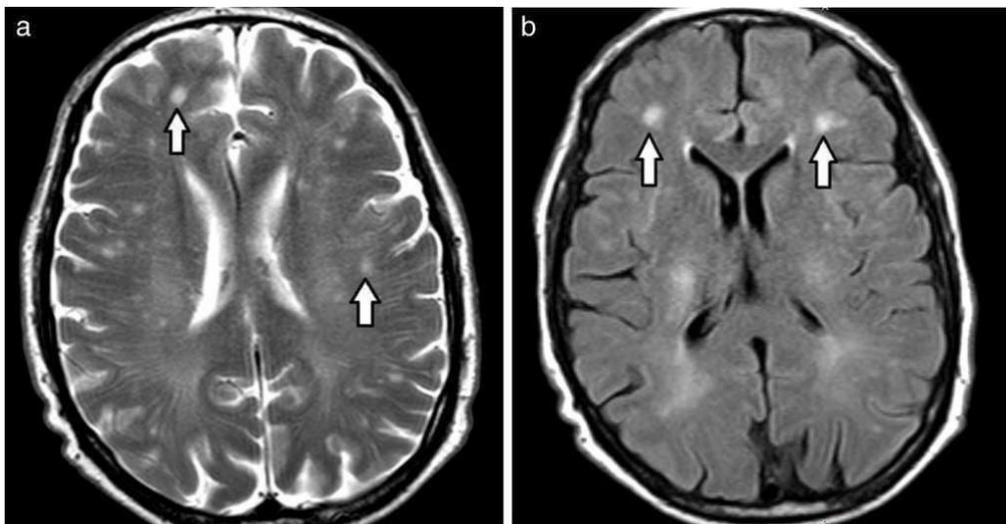


Imagen 1

Rev Argent Radiol. 2017;81:110-21

1.3 Efectos del envejecimiento sobre la salud mental

El síndrome depresivo es un trastorno del afecto, el cual puede presentarse como parte de diferentes entidades clínicas específicas como los episodios depresivos, trastorno bipolar, distimia, ciclotimia, trastorno adaptativo o un trastorno orgánico depresivo (depresión secundaria). Los factores psicológicos de riesgo son similares en todos los grupos de edad e incluyen la culpa y los patrones de pensamiento negativos. La disfunción cognitiva es otro factor de riesgo importante.

El hallazgo de síntomas afectivos (principalmente depresivos) en el adulto mayor puede perder significación si el médico los ubica en el contexto de un cuadro

físico o los "explica" como una respuesta "normal" a experiencias de pérdida o envejecimiento. La evaluación de este tipo de síntomas se complica en función de la severidad y la variabilidad en el curso de días o semanas, de las combinaciones sindrómicas de presentación, y de la impredecibilidad de la duración y evolución del cuadro. Si a ello se une una información insuficiente por las deficiencias del propio paciente o de su entorno sociofamiliar, la tarea clínica puede resultar especialmente complicada e incluso frustrante.

Otros cuadros psiquiátricos, tanto en adultos como en personas mayores, pueden presentar un definido componente afectivo: es el caso de trastornos ansiosos, obsesivo-compulsivos, relacionados con trauma y estresores, trastornos neurocognitivos, de personalidad y adictivos.

Entre los factores de riesgo para el desarrollo de trastornos depresivos de inicio tardío destacan factores biológicos (envejecimiento cerebral y alteración de distintas vías de neurotransmisión, oxidación, microvascularización); factores psicológicos (pérdidas y duelos, estilo cognitivo, dificultades de adaptación, personalidades vulnerables); y factores sociales (ageísmo o edadismo, pérdidas de rol, cambios de domicilio, institucionalización, merma económica y, de forma significativa, la soledad y el aislamiento).

Las situaciones psicosociales pueden cambiar en un adulto desde que se jubila hasta que alcanza la condición de persona muy mayor, dependiendo de la evolución de su salud, de su autonomía y de las crisis que le puedan afectar.

La adaptación a una enfermedad crónica grave o la pérdida del cónyuge suelen ser con frecuencia el origen de los síntomas afectivos; los afectados se recuperan con el tiempo, cuando desaparece el factor que genera el estrés o bien pueden generar una respuesta patológica que termina produciendo un trastorno depresivo.

Las posibilidades de adaptarse a las situaciones, sobre todo si son nuevas, están determinadas en las personas mayores por su pasado, su salud y sus capacidades de comunicación y sus respuestas.

Sobre el pasado no se puede hacer nada, pero sobre los demás factores sí se puede intervenir, por ejemplo, mediante las actuaciones de los cuidadores o convivientes. Espontáneamente, los mayores suelen reunirse en grupos para convivir en su tiempo libre o de ocio, por tener intereses comunes y una subcultura compartida; por ello, concurren voluntariamente a clubes o centros sociales diurnos y se incorporan a diversos quehaceres, más o menos activos o pasivos, desde simples partidas de juegos a viajes programados.

Está demostrado que algunas circunstancias psicoecológicas influyen en la conducta de las personas mayores. Así, la territorialidad o espacio personal del que disponen, tanto si están en familia, en una residencia o en el hospital, influye en su bienestar, confort y en la forma de manifestarse en muchos actos de la vida diaria, lo que plantea unas necesidades de espacio e intimidad mínimas para desenvolverse como persona con cierta libertad o discreta autonomía. Con respecto a los factores económicos, también se puede concluir que las personas con ingresos más bajos predisponen un mayor riesgo de depresión.

La ingesta habitual de fármacos y la polifarmacología -frecuentemente utilizada en esta edad- a menudo con compuestos que llevan asociados sedantes centrales, pueden ser también causa de estados depresivos. La depresión puede, también, aparecer en el comienzo de un cuadro de demencia y en ocasiones simularlo, como en la pseudodemencia depresiva, que se desarrollará más adelante.

La valoración del estado mental (VM) debe formar parte del proceso de valoración integral (clínica, funcional, mental y social) de la persona mayor. Las áreas principales e inexcusables de la VM son dos: el estado cognitivo (que comprende la demencia, el estado confesional y la alteración de memoria asociada a la edad) y el afectivo. La responsabilidad del médico ya sea de atención primaria, geriatría o psiquiatría, abarca no sólo la necesidad de detectar tales componentes, sino la de precisar sus rasgos de entidad clínica autónoma (por ejemplo, depresión mayor); de manifestación comórbida (por ejemplo, síntomas depresivos en un incipiente cuadro demencial); un síndrome reactivo o una respuesta al padecimiento de un cuadro médico incipiente más o menos definido.[\(6,7\)](#)

1.4 Sexo

El sexo femenino es un factor de riesgo para la depresión y algunos trastornos de ansiedad. La preponderancia femenina de la depresión es más acentuada en la edad media de la vida, y la diferencia entre sexos va disminuyendo conforme va avanzando la edad. Sin embargo, los estudios avalan que la depresión es generalmente más frecuente en mujeres, también en las personas mayores.

Como parte de la socialización del género humano, los hombres, en mayor extensión que las mujeres, son más promotores a exponerse y habituarse a los estímulos del miedo y la naturaleza. Además, los miedos se desarrollan más frecuentemente en las mujeres, como consecuencia a las diferencias de género y al remodelado de los roles en la sociedad, así como al manejo y exposición de los diferentes peligros.[\(8\)](#)

En cuanto a los suicidios, mujeres de 60 años, o más, presentan un índice más alto de intentos suicidas que su contraparte masculina, sin embargo, la prevalencia de suicidios consumados es más alta entre los varones, llegando a ser hasta dos veces mayor que la de la población general. Aparte de sexo masculino, los factores específicos de riesgo incluyen presencia de comorbilidades médicas, contacto interpersonal pobre, duelo prolongado, muerte reciente de un ser querido, intento suicida previo o problemas económicos. La modalidad escogida puede ser fundamentalmente sobreingesta medicamentosa, precipitaciones o autoagresiones con armas cortopunzantes y uso de armas de fuego, especialmente en poblaciones americanas. Predominan los métodos suaves o poco letales en mujeres, como la ingesta de fármacos; y los métodos duros en hombres como el ahorcamiento y el envenenamiento.[\(9\)](#)

En muchos de estos pacientes no ha habido un diagnóstico formal previo de depresión, pero sí se registran visitas médicas más o menos frecuentes en semanas previas al intento suicida.[\(10\)](#)

1.5 Depresiones bipolares y unipolares

La apreciación de Leonhard, en 1957, acerca de dos tipos de depresiones endógenas sustancialmente diferentes ha dado lugar a numerosos estudios en los últimos años (Vieta y Gastó, 1997). Mientras que en las depresiones bipolares

alternan los períodos melancólicos con otros maníacos o hipomaníacos, se consideran unipolares aquellos trastornos depresivos endógenos que han presentado varias fases melancólicas consecutivas sin episodio maníaco o hipomaníaco interrecurrente (Perris estableció el límite de tres).

Las diferencias clínicas son poco notables, aunque se han destacado las somatizaciones y la ansiedad como más propias de las formas unipolares, y los actos suicidas como más frecuentes en los pacientes bipolares. En defensa de la separación de ambos trastornos se destacan aspectos clínicos comunes y otros diferenciales. Entre las características comunes se refiere: curso periódico, número de fases limitadas, episodios breves, extensión constante del episodio, acortamiento de los intervalos sanos y extensión de la primera fase independientemente del número de episodios posteriores. Entre los aspectos diferenciales se destaca que los trastornos bipolares se manifiestan más precozmente, son episodios más cortos y presentan recaídas más frecuentes, períodos entre crisis más cortos y un índice menor de frecuencia que las formas unipolares.(2)

1.6 Entidades nosológicas

1.6.1 Trastorno depresivo mayor (TDM)

Se considera que hasta un 2% de la población adulta mayor puede experimentar TDM, las mujeres representan más de la mitad de esta cifra. Los criterios diagnósticos aceptados en esta categoría diagnóstica, cuando aplicada a adultos mayores, incluyen cinco o más de los siguientes síntomas con una duración prácticamente diaria durante un período igual o mayor a dos semanas: sentimientos persistentes de tristeza, vacío emocional, desesperanza, anhedonia, apatía, insomnio o hipersomnias, retardo psicomotor (enlentecimiento, agitación psicomotriz, hiponimia), aislamiento social y disminución de funciones cognitivas (bradipsiquia, dificultad de concentración, dificultades ejecutivas).

En las personas mayores así afectadas, la fragilidad física se hace más evidente, por lo que es importante atribuir correctamente a TDM síntomas físicos tales como dolores difusos generalizados, estreñimiento, fatiga y síntomas

pseudogripales. Muchas personas mayores con TDM permanecen en cama largas horas del día y pueden exhibir dependencia y negativismo que, en casos, alcanza niveles psicóticos. El deterioro funcional puede ser similar al que se observa en enfermedades orgánicas graves.[\(1,11\)](#)

1.6.2 Trastorno depresivo persistente (distimia)

También llamada "depresión crónica" o "depresión menor", se define como los síntomas depresivos que duran 2 o más años, incluyendo falta o exceso de apetito, insomnio o hipersomnia, baja energía o fatiga, baja autoestima, falta de concentración y sentimientos de desesperanza. Los síntomas a menudo fluctúan por encima y por debajo del umbral del episodio depresivo mayor. Su distinción con otros cuadros psiquiátricos, o incluso con entidades médicas tales como hipotiroidismo, es fundamental. Habitualmente predomina el pesimismo, la pasividad, la obnubilación, la introversión y la hipercrítica de uno mismo. Los adultos mayores son también más propensos a cuadros de duelo prolongado cuya ocurrencia "en ondas", con sentimientos de culpa, desaliento, ideas de muerte o suicidio, pueden anunciar una transición definida hacia el TDM.[\(1,11\)](#)

1.6.3 Pseudodemencia depresiva

Una depresión severa puede afectar seriamente la función cognitiva de pacientes mayores y acompañar incluso a trastornos neurocognitivos mayores (demencia) o menores. Ocasionalmente, se utiliza el término "pseudodemencia" para caracterizar estos casos que hacen, o hacían, referencia a las depresiones que simulan un deterioro cognitivo funcional más propio de las demencias. La apatía, un síntoma común de demencia, puede, sin embargo, no ser parte del cuadro de fondo y constituirse, por lo tanto, en entidad manejable. La llamada "depresión de inicio tardío" puede ser un indicador temprano de enfermedad de Alzheimer, aunque también ha sido vinculada a cuadros cerebrovasculares en el contexto de la llamada hipótesis de "depresión vascular". Así pues, no es raro que se plantee un diagnóstico diferencial entre un síndrome demencial incipiente y una depresión tardía, pues más del 50% de los casos de este tipo de depresiones evolucionan a demencia. Es indudable que los síntomas inducen a error, sobre todo en los casos calificados de pseudodemencias en los que pueden aparecer graves trastornos de atención, concentración, memoria, fallos

en la orientación, pararrespuestas y conductas extravagantes e histeroideas que recuerdan el síndrome de Ganser (trastorno disociativo caracterizado por la emisión de respuestas erróneas a preguntas sencillas, para conseguir un estado mental patológico con la finalidad de conseguir ser liberados).(12) La incidencia de tales conductas está relacionada probablemente con el descenso de actividad que se traduce en una incapacidad de integrar la vida psíquica, con lo que se posibilitan las conductas más primitivas. El inicio rápido del cuadro, las fluctuaciones clínicas que transitoriamente pueden llegar a la remisión total, el predominio de quejas mnésicas subjetivas y la combinación de síntomas depresivos y déficits cognitivos, así como la respuesta favorable de las pseudodemencias a los antidepresivos tricíclicos y la terapia electroconvulsiva, orientan hacia la depresión.(1,11)

1.6.4 Trastorno bipolar (TB) y relacionados.

Los trastornos bipolares se clasifican en:

- **Trastorno bipolar I:** definido por la presencia de al menos un episodio maníaco completo (es decir, que interrumpe la función social y laboral normal) y alternancia con episodios depresivos.
- **Trastorno bipolar II:** definido por la presencia de episodios depresivos mayores con al menos un episodio hipomaníaco, pero sin episodios maníacos completos.
- **Trastorno bipolar no especificado:** trastornos con características bipolares claras que no cumplen criterios específicos para otros trastornos bipolares.

La manía se define como el episodio mayor o igual a una semana de duración de un estado de ánimo persistentemente elevado, expansivo o irritable, y el aumento persistente de la energía o la actividad con propósito, además de más síntomas adicionales como autoestima inflamada o megalomanía, disminución de la necesidad de sueño, mayor locuacidad de lo habitual, fuga de ideas o pensamientos acelerados, distraibilidad o excesiva participación en actividades con alto riesgo de consecuencias graves (por ejemplo, compras compulsivas, inversiones financieras insensatas).(1,11)

Sucede predominante en poblaciones jóvenes y con edad de inicio más frecuente en la segunda o tercera década de la vida. El TB presenta, sin embargo, otro desafío clínico en su versión geriátrica. Se reconoce hoy una tendencia creciente de prevalencia (hasta el 10% en algunos estudios), una lista mayor de trastornos médicos (neurológicos, endocrinos, farmacológicos y cognitivos, en particular) como precipitantes o comórbidos (más del 70%) y la compleja gama de entidades y características relacionadas al llamado espectro bipolar (variedades de bipolaridad, cicladores rápidos, presencia de catatonía, patrón estacional, rasgos atípicos o mixtos, etc.). Predominan episodios depresivos con rasgos melancólicos y las pacientes del sexo femenino parecen mostrar incidencia más alta de ciclación rápida y disforia durante episodios maníacos. Los episodios pueden ser más frecuentes y de duración más corta, configurando numerosas recurrencias.(11)

1.6.5 Síntomas psicóticos más frecuentes en la depresión

En las personas mayores son más prevalentes las depresiones con síntomas psicóticos. Además de las ideas congruentes con el ánimo depresivo (hipocondriacas, de culpabilidad o de ruina), también son frecuentes las ideas de perjuicio; por ello, la clínica paranoide de inicio en edades tardías exige también un cribado afectivo y no solamente cognitivo.

Una forma de depresión psicótica grave, también más prevalente en las personas mayores, es el síndrome de Cotard, caracterizado por un “delirio de negación”, en el que los pacientes presentan un estado melancólico con intensa angustia secundaria a la creencia de que sus órganos vitales han dejado de funcionar, negando su propia vida y, en ocasiones, llegando a demandar ser incinerados o a celebrar su propio funeral. Estas formas graves de depresión suelen requerir el tratamiento con terapia electroconvulsiva (TEC).(7)

1.6.6 Conducta suicida en personas mayores

La consecuencia más grave asociada a la depresión de los mayores es el elevado número de suicidios en la población geriátrica. Si en los adultos jóvenes las tasas se aproximan a 5-10 por 100.000 habitantes, en los mayores de 70 años las cifras alcanzan al doble, más de 20 por 100.000 o incluso superiores a

35 por 100.000 en el caso de los hombres, siempre con cifras superiores a las mujeres. De hecho, las personas mayores de 70 años representan el grupo poblacional con mayor prevalencia de suicidios consumados, con menos tentativas registradas que en población más joven.

Por todo ello, los programas de diagnóstico y tratamiento temprano de la depresión geriátrica son fundamentales en la prevención del suicidio. La exploración de las ideas de muerte y suicidas es preceptiva en los pacientes mayores con síntomas afectivos.(7)

Como ya se ha expuesto, en los varones de raza caucásica, el suicidio es 45% más frecuente entre los de 65-69 años, más del 85% entre los de 70-74 años, y más de tres veces y media entre los de 85 años o mayor edad. Hasta el 70 % de las personas mayores que consumaron el suicidio habían visitado a su médico de atención primaria en las cuatro semanas anteriores.(6)

1.7 Diagnóstico

El diagnóstico de la depresión geriátrica no es sencillo. Algunas pautas generales se exponen en la [Figura 1\(7\)](#). Exige una exhaustiva historia clínica en la que resultan fundamentales los antecedentes, la exploración psicopatológica, y la exploración somática, así como la evaluación neuropsicológica, al menos, con instrumentos sencillos de cribado cognitivo que faciliten el diagnóstico diferencial entre la depresión y el inicio de los diferentes cuadros neurodegenerativos. Por ello, en el seguimiento de las personas mayores con depresión es fundamental la exploración cognitiva regular.

Los síntomas somáticos pueden solaparse con los de otras enfermedades, pero también numerosos procesos orgánicos pueden asociar clínica depresiva, por ejemplo, el hipotiroidismo, la polimialgia reumática, diferentes enfermedades infecciosas, neoplasias de distintos órganos o enfermedades neurológicas. La polifarmacia, propia de este grupo poblacional, es otro factor de riesgo para la aparición de sintomatología depresiva: analgésicos centrales y opiáceos, antiinflamatorios, betabloqueantes, digoxina, tratamientos hormonales, algunas estatinas, corticoides, antineoplásicos, antipsicóticos, etc. Por ello es importante la solicitud de exámenes complementarios, analítica completa de sangre

(hormonas tiroideas, iones, función hepática y renal, hemograma con velocidad de sedimentación globular), así como de orina. En depresiones de inicio tardío también es recomendable la realización de pruebas de neuroimagen, puesto que la depresión puede ser el primer síntoma de enfermedades neurológicas graves como consecuencia de neoplasias o accidentes vasculares cerebrales.(7)

1.8 Abordaje terapéutico de la depresión en los adultos mayores

La intervención psicoterapéutica sola o combinada con tratamiento farmacológico puede mejorar los síntomas de depresión en el adulto mayor, sobre todo la combinación de ambos es eficaz en la depresión moderada y severa.

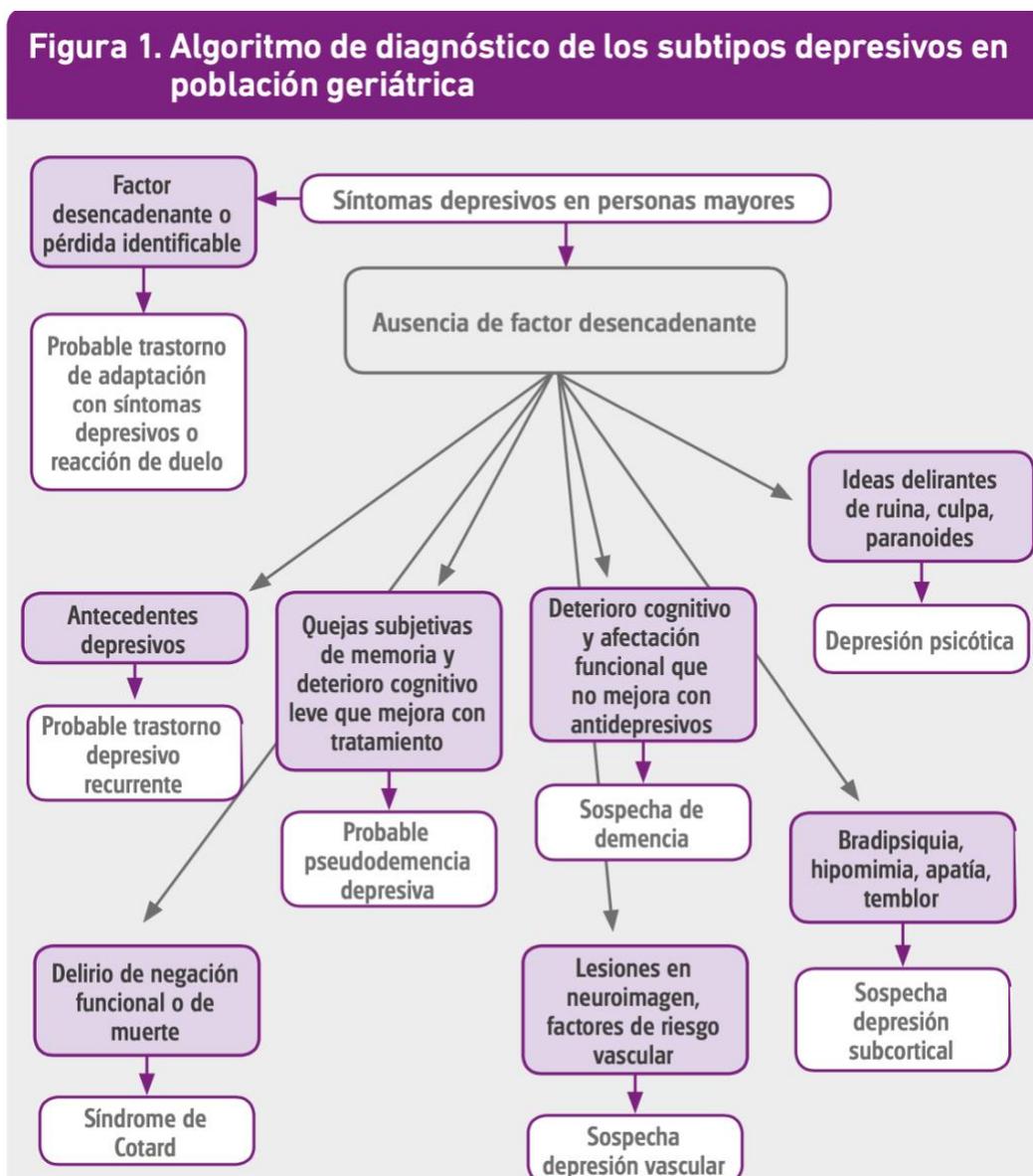


Figura 1: Olivera Pueyo J, Alemany Santamaria C, Balanzá Martínez V, Cardoner Álvarez N, Cebolla Lorenzo S, de Diego Adeliño FJ, et al. Pautas de Actuación y Seguimiento: Depresión [Internet]. Madrid

La psicoterapia cognitivo-conductual y la psicoterapia interpersonal han demostrado en ensayos clínicos aleatorios ser tan eficaces como la terapia farmacológica en casos seleccionados de depresión moderada. Las terapias corporales y psicomotrices, familiares y actividades socioterapéuticas, son sobre todo de utilidad preventiva. Sin duda el uso de instrumentos o escalas de valoración cognitiva en el primer nivel de atención podrían facilitar una exploración rápida y sistemática de la situación mental de los pacientes mayores, debido a que permiten obtener resultados homologables y reproducibles.

Así, en contra de lo que históricamente se ha ido transmitiendo, la psicoterapia puede ser eficaz en el tratamiento de la depresión geriátrica. La terapia basada en la resolución de problemas, en la aceptación, en el soporte psicosocial añadido, han demostrado eficacia y utilidad en el tratamiento de la depresión geriátrica; es fundamental en la elaboración de los duelos complicados. Se trata de favorecer el acompañamiento, la asimilación de las pérdidas, de forma flexible y adaptándose a la situación en cada momento.

El tratamiento farmacológico de la depresión en los adultos mayores viene condicionado por los cambios fisiológicos asociados al envejecimiento que alteran los procesos de la farmacocinética y la farmacodinámica, así como la polimorbilidad y la polifarmacia tan frecuente en estos pacientes. Por ello resultan de utilidad los protocolos, guías y consensos que elaboran periódicamente las sociedades científicas dedicadas a la atención de los pacientes psicogeriátricos. Los principios para el uso de antidepresivos en los mayores son los de prescripción general en población geriátrica: utilizar el menor número posible de fármacos y de tomas diarias, iniciar con dosis bajas e ir aumentando muy lentamente.

De esta manera, el tratamiento resulta un factor determinante en el pronóstico de la depresión en pacientes geriátricos. Los pacientes mayores se benefician del tratamiento farmacológico al igual que los adultos de mediana edad. No obstante, algunos investigadores muestran que sólo una décima parte de los adultos mayores deprimidos residentes en comunidad reciben el manejo farmacológico indicado; además, de este grupo sólo una cuarta parte recibe dosis antidepressiva en el rango terapéutico; y concluyen que el tratamiento

antidepresivo con dosis subóptimas se asocia a un pobre diagnóstico, es decir, presentan pobre respuesta o remisión incompleta de los síntomas.[\(7\)](#)

1.8.1 Inhibidores de la recaptación de la serotonina (ISRS)

Parece ser que los ISRS no son siempre la primera opción. Dado que los síntomas fundamentales en la depresión geriátrica no son precisamente los psicológicos (tristeza, labilidad, llanto...) y debido a la preponderancia del componente motriz, volitivo y cognitivo; quizá el uso de los ISRS esté más indicado en el trastorno depresivo mayor de la persona mayor, así como en los síntomas depresivos de personas con demencia. Entre ellos se desaconseja la paroxetina, por el mayor efecto anticolinérgico, y se recomiendan la sertralina y el citalopram/escitalopram, teniendo en cuenta las alertas de cardiotoxicidad de estos últimos.[\(7\)](#)

1.8.2 Antidepresivos con otras vías de neurotransmisión

Fármacos como la mianserina o la mirtazapina se han utilizado ampliamente en la población geriátrica. Sus efectos secundarios, como somnolencia o aumento del apetito, pueden suponer una ventaja en estos pacientes. También la trazodona es uno de los fármacos más prescritos en pacientes mayores, pero su eficacia antidepresiva requiere dosis más altas que las utilizadas comúnmente para el tratamiento del insomnio u otros trastornos.

Los fármacos que actúan en la neurotransmisión dual (serotonina y noradrenalina), como desvenlafaxina y duloxetina, muestran eficacia en los pacientes mayores, también en síntomas como el dolor, siendo una primera opción en este grupo poblacional. Venlafaxina precisa monitorización de la tensión arterial. Desvenlafaxina aporta las ventajas de su eficacia desde el inicio del tratamiento: facilidad de titulación en monodosis, escasos efectos secundarios y ventajas para la combinación con otros grupos de antidepresivos. Debido precisamente a los síntomas motores, cognitivos y volitivos de la depresión geriátrica, los antidepresivos de perfil multimodal, como la vortioxetina, con actividad sobre la neurotransmisión colinérgica, aportan también nuevas posibilidades en el tratamiento de la depresión geriátrica por su acción múltiple; de la misma forma que fármacos dopaminérgicos que favorecen la actividad y el impulso de acción, como el bupropion o el pramipexol, en los pacientes con

depresiones hipomímicas e inhibidas. Tianeptina actúa sobre la vía glutamatérgica y aporta un posible beneficio cognitivo, con escasos efectos secundarios, por su menor acción sobre otros neurotransmisores, habiendo demostrado también eficacia en la depresión de las enfermedades neurodegenerativas (Parkinson o demencia).

Respecto a agomelatina, de acción melatoninérgica y dopaminérgica, a pesar de su eficacia, tiene en este momento su uso limitado en mayores debido a su alerta por hepatotoxicidad. De la misma forma, reboxetina, de acción selectiva noradrenérgica, se utiliza con menor frecuencia debido a sus posibles efectos ansiógenos, de inquietud y temblor en las personas mayores.

Los antidepresivos tricíclicos se consideran una segunda opción en los mayores por sus efectos anticolinérgicos, sin embargo, la nortriptilina puede ser una alternativa adecuada debido a su menor cardiotoxicidad y mejor tolerabilidad a dosis bajas, permitiendo, además, combinación con otros antidepresivos.(7)

1.8.3 Estrategias de potenciación

Las asociaciones de antidepresivos más habituales en las personas mayores suelen incluir fármacos de acción en diferentes vías de neurotransmisión combinados con una dosis nocturna de mirtazapina.

Nortriptilina, tianeptina o bupropion también pueden asociarse con ISRS e inhibidores de la recaptación de serotonina y noradrenalina (IRSN, duales).

En depresiones resistentes a la combinación de antidepresivos pueden utilizarse psicofármacos de acción potenciadora, como lamotrigina o carbonato de litio, sin necesidad de alcanzar los niveles terapéuticos habituales; o antipsicóticos, como quetiapina, aripiprazol o amisulpride, para las depresiones psicóticas de mayor gravedad.

Respecto a la potenciación con otros fármacos, en los mayores resulta eficaz el fármaco de acción anfetamínica metilfenidato cuando existen depresiones especialmente apáticas e inhibidas, así como hormonas tiroideas (levotiroxina) sin necesidad de que presenten enfermedad tiroidea de base.(7)

1.8.4 Terapia electroconvulsiva

La terapia electroconvulsiva (TEC) sigue utilizándose en las personas mayores, con efectividad y adecuada tolerabilidad, mostrando escasos efectos secundarios. Resulta una alternativa útil y, en muchos casos, de primera línea en síntomas graves de las depresiones geriátricas resistentes al tratamiento psicofarmacológico disponible, incluso en terapia de mantenimiento prolongado. La existencia de deterioro cognitivo no contraindica su uso.[\(7\)](#)

2. MATERIAL Y MÉTODOS

Estrategia de búsqueda:

Se llevó a cabo una búsqueda inicial ampliada en Web Of Science, PubMed, Cochrane, Scopus y Google Académico con conceptos tanto en español como en inglés: “persona mayor”, “senescencia” “depresión”, “afectividad”, “psicosis”, “pseudodemencia depresiva”, “aislamiento” “depressive dementia”, “dementia”, “elderly”, “depression”, “aged”, “mood disorders”, “psychosis”, “social isolation”.

Se realizó asimismo una búsqueda exhaustiva de términos **MeSH 2021** para establecer un mayor detalle en cuanto a la terminología, que se expone a continuación:

NAMED GROUPS (M)
Age groups (M01.060): adult (M01.060.116): aged (M01.060.116.100)
PSYCHIATRY AND PSYCHOLOGY (F)
Psychological Phenomena (F02): mental health (F02.418)
Mental disorders (F03): mood disorders (F03.600); neurocognitive disorders (F03.615)

3. RESULTADOS

Ante la gran cantidad y variedad de resultados, se dispuso a acotar los campos de búsqueda para realizar una estrategia más dirigida para revisiones sistemáticas con una antigüedad máxima de diez años. Para una última selección de artículos para integrar la información más novedosa, se excluyeron todos aquellos con antigüedad mayor a cinco años.

- Cochrane: “Depression” AND “Dementia” con una acotación de revisiones Cochrane y protocolos Cochrane en los últimos 2 años, con un total de 8 resultados.
- Cochrane: “Depression” AND (“Elderly” OR “Aged”), con una acotación de revisiones Cochrane y protocolos Cochrane en los últimos 2 años, con un total de 75 resultados.
- Web of Science: “Depression” AND “Depressive Dementia”, con una acotación a revisiones sistemáticas entre 2020 y 2021, se obtuvieron un total de 83 resultados
- PubMed: “Depression” AND “Aged” AND “diagnosis”, con una acotación a Metaanálisis y Revisiones sistemáticas desde hace 5 años, se obtuvieron un total de 193 resultados.
- Pubmed: “Depress*” AND “Aged” AND “Psychosis”, con una acotación Metaanálisis y Revisiones sistemáticas desde hace 5 años, se obtuvieron un total de 7 resultados.
- Google Scholar: “Mayores” AND “Aislamiento social” AND “Enfermedad mental previa” AND “Depresión”, con una acotación desde 2018 de artículos de revisión sistemática, se obtuvieron un total de 131 resultados.

Finalmente se seleccionaron un total de veintitrés artículos de máxima calidad para la elaboración de este trabajo de fin de grado, en los cuales se integró desde la información más genérica hasta la más actual con todas sus particularidades.

4. OBJETIVOS

El objetivo de esta revisión bibliográfica busca centrarse en la depresión de la persona mayor, para esclarecer los aspectos importantes referentes al diagnóstico y tratamiento; así como su diagnóstico diferencial con la pseudodemencia depresiva y la demencia incipiente y aspectos sobre su intervención. Bajo el objeto fundamental subyace asimismo una más extensa comprensión de este desorden mental en la edad geriátrica, teniendo en cuenta el crecimiento constante de esta población y presentándose la depresión como una entidad de especial relevancia, al tratarse de uno de los trastornos mentales más frecuentes a esta edad.

5. DISCUSIÓN

5.1 La interconexión entre demencia y depresión

Existe una asociación directa entre depresión y riesgo de demencia, en sentido positivo. Es decir, la depresión aumenta el riesgo de padecer demencia en los próximos años. Además, en estadios iniciales de la demencia, se pueden asociar síntomas de depresión, ya que cuando el sujeto tiene una demencia incipiente es consciente de lo que le está ocurriendo, pudiéndose generar en él un cuadro afectivo de tipo depresivo con alteraciones del humor incluso dos años antes del diagnóstico de demencia.(6)

De esta manera, es importante distinguir entre depresión y un trastorno mental orgánico como la demencia incipiente, ya que los síntomas son analizados en muchos casos sin tener en cuenta el orden cronológico o de manera aislada, y se ha demostrado que, en muchos casos, tanto la depresión como la demencia pueden aparecer en el mismo proceso de enfermedad, y según cuál sea la enfermedad sustentadora se habla de uno u otro diagnóstico, con el consiguiente tratamiento. Así, en la relación demencia-depresión, se presentan varias circunstancias:

- Ambos cuadros pueden presentarse de manera simultánea, no son excluyentes.
- La depresión puede acompañarse de alteraciones cognoscitivas sin tratarse de un trastorno demencial.
- La demencia puede acompañarse de síntomas depresivos o afectivos aislados sin llegar a integrarse en el síndrome depresivo y menos aún en una entidad nosológica afectiva específica.
- Los pacientes que padecen trastornos demenciales sufren con frecuencia (40 a 50%) de trastornos depresivos, requiriendo tratamiento específico.

Así pues, la depresión puede aparecer como un síntoma inicial de la demencia. Es una forma especial de desarrollo de la demencia, donde acontecen antes los síntomas afectivos que los síntomas cognitivos o comportamentales. Es una alteración de la afectividad dentro del cuadro demencial, y nunca deberá ser considerada como entidad específica. Frente a una depresión en un sujeto de edad avanzada, sin otros antecedentes depresivos previos, y con antecedentes familiares de demencia, habrá que hacer valoraciones cognitivas de forma regular.

Por otro lado, la pseudodemencia depresiva se define como la aparición de signos demenciales como primera manifestación de una depresión primaria en personas de edad avanzada. Como síntomas principales predominan un déficit de atención junto a una alteración de memoria que se puede confundir de manera global con un deterioro cognitivo. La forma de aparición del cuadro clínico, su duración y la valoración de antecedentes del sujeto -teniendo en cuenta cuál ha sido el primer síntoma manifestado por el mismo-, unido a una valoración específica de la alteración de la memoria y a cómo vive el sujeto dicho proceso, se integran en los parámetros para hacer un correcto diagnóstico diferencial entre ambas entidades psiquiátricas.[\(13\)](#)

5.2 Diferencias entre demencia y pseudodemencia depresiva

PSEUDODEMENCIA DEPRESIVA	DEMENCIA
Historia y curso evolutivo	
Inicio bien definido	Inicio insidioso
Evolución rápida y corta (semanas)	Evolución lenta y larga (años)
Antecedentes de depresión o acontecimientos adversos	No antecedentes depresivos
Cuadro clínico	
Quejas detalladas y elaboradas de deterioro cognitivo	Quejas escasas. No conciencia de enfermedad
Poco esfuerzo en responder.	Se esfuerza para responder
Síntomas afectivos presentes	Afecto plano, apatía
Incongruencia entre el comportamiento y el déficit cognitivo	Congruencia entre el comportamiento y el déficit cognitivo
Exploración	
Mejoría vespertina	Empeoramiento vespertino y nocturno
Respuestas displicentes antes de iniciar la prueba (p.ej., “no sé”)	Respuestas intentando disimular el déficit
Patrón de déficit con incongruencia	Patrón de déficit congruente
Lagunas de memorias específicas (p.ej., puntos “sensibles”)	No hay lagunas específicas
Evitación social	Se mantienen habilidades sociales (inicialmente)
Conducta desproporcionada a la disfunción cognitiva	Conducta congruente con la disfunción cognitiva
No es frecuente la acentuación nocturna en la disfunción	Empeoramiento nocturno (excluyendo el delirium)
Enfatiza la disfunción	Disimula el trastorno
Hace énfasis con los errores	Enfatiza los logros

Tabla 2(10,14)

5.3 Métodos de diagnóstico

Para proceder a un correcto procedimiento diagnóstico, es muy importante una historia clínica integral, con una anamnesis rigurosa y una anamnesis externa con la participación de familiares cercanos -sobre todo cuando existe baja conciencia de enfermedad-, poniendo énfasis en la aparición cronológica de los síntomas.

Es necesario explorar las funciones cognitivas, incluyendo cognición social, esfera conductual, emocional y funcional, como batería de despistaje entre demencia y depresión. En la depresión, el desánimo suele preceder la aparición de apariciones cognitivas y éstas se instalan rápidamente. Por el contrario, en la demencia, el deterioro cognitivo es de comienzo insidioso y los síntomas anímicos aparecen posteriormente.

Se debe preguntar por antecedentes personales y familiares psiquiátricos y neurológicos. Los antecedentes personales de depresiones recurrentes orientan a un trastorno del ánimo, mientras que una historia familiar de demencia inclina a pensar en un trastorno neurocognitivo mayor.

En el caso de una depresión tardía, su perfil es bastante heterogéneo. Sin embargo, la alteración más común (50%) es la disfunción ejecutiva seguida por enlentecimiento en velocidad de procesamiento de la información (20%).

Asimismo, es importante hacer un uso precoz de las técnicas de imagen para un diagnóstico temprano de una posible demencia. Debido a la complejidad del diagnóstico, es fundamental contar con un equipo médico multidisciplinario que incluya geriatras, neurólogos, neuropsicólogos, psiquiatras y radiólogos, entre otros especialistas.

Sin embargo, hay ocasiones en las que pese a un estudio exhaustivo no es posible distinguir ambas patologías y sólo la respuesta al tratamiento psiquiátrico y la evolución de la enfermedad permitirá hacer un diagnóstico certero.[\(14\)](#)

5.4 Aislamiento social y función cognitiva

El aislamiento social es definido como un estado en el que el individuo tiene un mínimo número de contactos sociales y le falta compromiso con los demás y con el resto de la comunidad. Así pues, el aislamiento social se puede ver como una continuidad, con la soledad total y el alto nivel de participación social en ambos extremos.

Los caracteres del aislamiento social se pueden dividir en actividad social (por ejemplo, participar con grupos sociales, visitar a la familia, amigos y vecinos, comprometerse en voluntariados o trabajos remunerados, participar en actividades culturales o de ocio), red o entorno social (número de contactos, frecuencia de interacción, estado civil, estado de vida) y una combinación de estos dos conceptos, a pesar de que también puedan utilizarse tests de cognición global, memoria y funciones ejecutivas.

Estar aislado socialmente se asocia con la existencia de pocos contactos sociales, conduciendo a una red social más estrecha que aumenta la soledad. Desde una perspectiva de la función cognitiva, las personas que se comprometen en las relaciones y participan en actividades sociales son cognitivamente más eficientes y contribuyen a construir una mejor reserva cognitiva y un incremento de la misma.

Factores protectores del estilo de vida contribuyen a incrementar la función cognitiva, como el ejercicio, la educación, la complejidad ocupacional y las labores que requieren actividad cognitiva, así como el entorno y las relaciones sociales. Se demuestra que el aislamiento social, incluyendo bajos niveles de actividad social y un pobre entorno social, motivados en la actualidad por la pandemia COVID-19, como se expondrá más adelante en este trabajo, están significativamente asociados con un deterioro global y específicamente cognitivo en la senescencia.[\(15\)](#) La institucionalización también ha demostrado ser un factor de riesgo para la reserva cognitiva, afectiva y funcional, pues las personas mayores institucionalizadas en residencias presentan una peor calidad de vida que las que viven en sus propias casas.[\(16\)](#)

Así pues, tener una amplia red social y comprometerse en actividad social supone una contribución estadísticamente significativa en cuanto a la prevención de la función cognitiva en las personas mayores, mientras que el aislamiento y otros factores como el pobre entorno social o la institucionalización están asociadas a una pobre reserva cognitiva en las mismas.[\(15,16\)](#)

5.5 Pronóstico e importancia de la intervención social

El pronóstico a largo plazo de la depresión en población geriátrica es favorable cuando se realiza un diagnóstico preciso y un manejo integral, considerando factores biológicos y psicosociales, durante un período de tiempo adecuado. Sin duda, se alcanzan mejores resultados cuando el paciente tiene un empleo, vive en comunidad con otros familiares, goza de un adecuado apoyo social, durante el último año se han presentado pocos estresores vitales o cambios importantes, no existe otra condición médica incapacitante asociada y se realiza un cuidadoso seguimiento.[\(11\)](#)

Se ha demostrado que la depresión en la senescencia, además de afectar a la calidad de vida del paciente, lo sitúa en mayor riesgo de padecer deterioro cognitivo, depresión inmunológica y diversas enfermedades subyacentes. Constituye un problema geriátrico frecuente que afecta a un 10% de los adultos mayores que conviven en la comunidad.

De igual forma, algunos investigadores concluyen que el pronóstico de la depresión en pacientes geriátricos que reciben tratamiento en forma adecuada es similar al observado en poblaciones jóvenes. Este pronóstico mejora en forma importante cuando se combina farmacoterapia y psicoterapia. No obstante, es pertinente tener presente la duración y la continuación del tratamiento. Los pacientes mayores responden de forma más lenta al tratamiento farmacológico, siendo necesario esperar un tiempo prudente, mayor que en poblaciones de menos edad, para observar la respuesta deseada. Así pues, es preciso un tratamiento integral estrechamente vigilado, además de un riguroso seguimiento a largo plazo, ya que la recuperación completa de un episodio depresivo severo, aun con tratamiento, puede necesitar hasta doce meses en los casos más graves.[\(17\)](#)

Por otro lado, resulta fundamental para el abordaje integral del tratamiento una correcta intervención para integrar al paciente en la participación de actividades y programas de ejercicio, así como la promoción de su socialización. Tener en cuenta el riesgo de soledad identificando los contactos sociales, evaluando los sentimientos de la persona mayor acerca de sí mismo, su sentido de capacidad de controlar la situación, de esperanza y sus habilidades de resolución posibilitarán una relación empática con el objetivo de promover la verbalización de dudas, temores, preocupaciones e inquietudes. El objetivo es ayudar al paciente a no sentirse desamparado, ayudando a identificar los puntos importantes y ventajas personales, darles tiempo para expresar sus sentimientos y su participación en la toma de decisiones, mostrar preocupación, escuchar sus percepciones y preocupaciones y transmitirle confianza para hacer preguntas y conseguir así que el adulto mayor reflexione sobre el sentido de su vida, permitiendo a los profesionales un enfoque más adecuado para su abordaje psicoterápico.(18)

5.6 Trastorno mental previo como factor de riesgo para depresión

La existencia previa de enfermedades orgánicas o mentales, especialmente neurológicas y psiquiátricas, aumenta claramente el riesgo de depresión en adultos mayores. Dentro de los trastornos mentales destacan la depresión previa, la ansiedad, los trastornos psicósomáticos y el abuso de sustancias.(19)

Esta historia previa de trastorno mental supone un aumento de probabilidades de desarrollar una depresión en personas de la tercera edad debido a que el hecho de convivir con enfermedades crónicas o de considerable gravedad puede suponer una dura carga, dado que las probabilidades de mejora y de recuperación merman mucho en sujetos con una edad más avanzada.

Conductas o sentimientos como el miedo a la muerte también aumentarán las probabilidades de desarrollar una depresión en personas de la tercera edad. El hecho de contar con una edad avanzada implica que los sujetos tengan una conciencia, más que justificada, de la casi inminente posibilidad de morir en un breve período de tiempo. No obstante, el grado de aceptación puede variar dependiendo del valor o la fe que profese cada individuo.(20)

En cuanto a las conductas suicidas en la población mayor, éstas se ven afectadas por una mala calidad de vida y una salud deteriorada, con factores de riesgo como la depresión previa, el abandono familiar, el intento autolítico previo y la historia de drogodependencia.(21)

5.7 Adultos mayores aislados durante la cuarentena COVID-19

La declaración de pandemia mundial por el SARS-CoV-2 realizada por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2020) puso en el foco del problema a las personas mayores por ser las de mayor riesgo vital.(22) Asimismo, una mayor tasa de mortalidad por SARS puede estar correlacionada con peores resultados en la salud mental, ya que este tipo de enfermedades no solamente afecta al paciente como tal, sino también a sus familiares y personas más allegadas.(23)

Las medidas impuestas por los gobiernos y las recomendaciones de la OMS sobre el distanciamiento social y el aislamiento para evitar la propagación del virus (aunque hayan tenido un efecto positivo sobre la enfermedad), son la raíz de las consecuencias negativas para la salud mental en general y para el grupo de los mayores en particular.(22)

La población mayor es la que ha sido la principalmente aislada, debido a ser la más afectada durante la pandemia. El impacto negativo del aislamiento social en adultos mayores está bien documentado, lo que se traduce en un aumento de riesgo de enfermedades cardiovasculares, autoinmunes, neurocognitivas y mentales. Estudios demuestran que el impacto es todavía mayor en aquellos que viven solos, que no tienen familia cercana o amigos y dependen del apoyo de servicios voluntarios o asistencia social(23), que señalan el aislamiento como un factor de riesgo para el deterioro cognitivo y determinadas enfermedades neurodegenerativas.(22)

Otra de las consecuencias que ha generado el confinamiento es la preocupación sobre los efectos psicológicos del aislamiento y la soledad en las personas mayores como grupo vulnerable. Como resultado de esta inquietud, han empezado a ponerse en marcha programas e iniciativas tanto para mayores institucionalizados como para aquellos que viven en sus hogares que ayuden a

solventar la situación de reclusión y de falta de relaciones sociales en las que muchos permanecen.

En el caso de la población afecta de trastornos mentales previos o con conflictos y otros contextos humanitarios se requiere una mayor atención, ya que sus necesidades de salud mental son muchas veces pasadas por alto. La actual pandemia puede exacerbar condiciones preexistentes o inducir nuevas condiciones. Se han señalado, como factores de riesgo, vivir solos o en zonas rurales, mal estado funcional, ser viudos, ser mujer, poseer bajos ingresos, la existencia de depresión o tristeza, tener mayores autopercepciones del envejecimiento, menos recursos para entretenerse y menor calidad del sueño.

Entre los desórdenes psiquiátricos que se presentaron con mayor prevalencia durante los brotes de SARS y MERS, y que, probablemente podrían asociarse a la pandemia por COVID-19 encontramos: ansiedad, depresión, alteraciones del sueño y trastorno de estrés postraumático (TEPT). También podemos observar respuestas emocionales de miedo, ira, entre otras. Son frecuentes los pensamientos relacionados a la posibilidad de infectarse o infectar a familiares o amigos, al igual que ser juzgado por la sociedad al haber adquirido la infección; preocupaciones que, combinadas a la incertidumbre y las diferentes pérdidas sufridas a raíz de la infección por SARS-CoV-2, pudieron actuar como factores contribuyentes a las alteraciones de la salud mental durante el distanciamiento físico.[\(23\)](#)

En un intento por minimizar los efectos de la pandemia, las recomendaciones a considerar por parte de los gobiernos y sustentadas en la evidencia encontrada son:

- Estipular la duración del confinamiento por el tiempo más corto posible, mantener actualizada a la población y proporcionar suministros básicos adecuados.
- Brindar información que permita desarrollar estrategias de afrontamiento y manejo del estrés, así como la promoción de estilos de vida saludable.

De esta manera, siguiendo estos consejos, quizá se podría reducir la incidencia de alteraciones mentales durante la actual pandemia; teniendo en cuenta asimismo que innovaciones como la telemedicina o telepsiquiatría podría ser una herramienta clave que permita brindar la atención de salud mental requerida por la población y de manera segura.(23)

6. CONCLUSIONES

El adulto mayor es una persona frágil que se enfrenta irremediamente a la última etapa de su vida. Requiere especiales cuidados, ya que además de las enfermedades concomitantes y las de aparición típica en la senescencia, la salud mental también puede verse afectada, encontrando en este tipo de pacientes trastornos afectivos. Como son mayoritariamente de aparición solapada o confundidos con los trastornos propios del envejecimiento, son frecuentemente infratratados, por lo que es prioritario prestar atención y buscar este tipo de trastornos en las personas mayores.

A pesar de la variedad de trastornos afectivos presentes en la población adulta en general y en la población mayor en particular, se catalogan como más frecuentes los trastornos depresivos y se hace hincapié en ellos. Es de crucial importancia no entreverar los síntomas de una depresión tardía y de una demencia incipiente, que en las personas mayores no es infrecuente que se confundan en la práctica clínica. Debido a la complejidad de su diagnóstico, es importante hacer una valoración global del paciente mayor junto con su entorno, para establecer si los síntomas depresivos pueden deberse a una demencia incipiente o si, por el contrario, los síntomas demenciales y cognitivos pueden estar ocultando tras de sí una depresión de origen tardío.

Del mismo modo, el componente social en la vida de la persona mayor tiene un papel fundamental en su salud mental. Las personas mayores aisladas, con poco contacto social o sin estímulos necesarios son más proclives a sufrir de un trastorno mental, especialmente de carácter afectivo, así como también empeora el pronóstico de aquellos que sufren una enfermedad mental previa. La

pandemia por COVID-19 también ha resultado un factor determinante para el empeoramiento de la reserva cognitiva en personas mayores, así como un aumento de incidencia de alteraciones mentales como consecuencia del aislamiento social y el miedo al contagio.

Aunque el tratamiento farmacológico tiene un papel esencial en el manejo terapéutico del trastorno del afecto en el mayor, requiere tanta o incluso más relevancia el manejo del entorno social, contribuyendo a la inclusión de la vida en sociedad, a la comunicación de los familiares, la participación en determinadas actividades como clubes para mayores o centros de día. Independientemente de que la persona mayor viva en su domicilio o en una institución, la cobertura de posibilidades adaptativas para con su entorno debe de ser muy amplia, para que el adulto mayor no tropiece con la soledad, el sentimiento de inutilidad o incluso de sobra que puede aparecer tras la percepción de que todas aquellas metas que se habían tenido en una vida anterior ya han sido cumplidas o simplemente carecen de interés. Es muy importante la vigilancia de los pacientes mayores tanto desde el punto de vista sanitario como social y comunitario, aprendiendo a distinguir entre el declive funcional propio de la edad, del deterioro cognitivo o síntomas que puedan atribuirse a un bajo estado afectivo, siendo en ocasiones extremadamente complicado hacer un correcto diagnóstico diferencial de los dos últimos.

7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Tello-Rodríguez T, Alarcón RD, Vizcarra-Escobar D. Salud mental en el adulto mayor: Trastornos neurocognitivos mayores, afectivos y del sueño. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2016 Apr 1;33(2):342–50.
2. Vallejo Ruiloba J. *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría*. 8th ed. Barcelona: Ed Elsevier; 2015.
3. Lastra Martínez I. *La depresión de aparición tardía*. 1996.
4. Pérez-Padilla E, Cervantes-Ramírez V, Hijuelos-García N, Pineda-Cortés J, Salgado-Burgos H. Prevalencia, causas y tratamiento de la depresión mayor. *Rev Biomed*. 2017;28:89–115.

5. Thomas AJ, O'Brien JT. Mood disorders in the elderly. *Psychiatry*. 2009 Feb;8(2):56–60.
6. Sotelo Alonso I, Rojas Soto JE, Sánchez Arenas C, Irigoyen Coria A. La depresión en el adulto mayor: una perspectiva clínica y epidemiológica desde el primer nivel de atención. *Arch Med Fam*. 2012;14(1):5–13.
7. Olivera Pueyo J, Alemany Santamaria C, Balanzá Martínez V, Cardoner Álvarez N, Cebolla Lorenzo S, de Diego Adeliño FJ, et al. Pautas de Actuación y Seguimiento: Depresión [Internet]. Madrid; Available from: www.ffomc.org
8. Skoog I. Psychiatric Disorders in the Elderly. *Can J Psychiatry*. 2011;56(7):387–97.
9. Deví Bastida J, Puig Pomés N, Jofre Font S, Fetscher Eickhoff A. La depresión: Un predictor de demencia. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2016 Mar 1;51(2):112–8.
10. Sánchez M, Agüera L, Martín M, Azpiazu P. Guía Esencial de Psicogeriatría. 2nd ed. Buenos Aires: Ed Médica Panamericana; 2015.
11. American Psychiatric Association. Guía de Consulta de los Criterios Diagnósticos del DSM-5. 7th ed. Madrid: Editorial médica panamericana; 2014.
12. Clínica Universidad de Navarra. Diccionario médico. 2022.
13. Beltrán Aleu P. Diagnóstico diferencial entre demencias y pseudodemencias o deterioro neurocognoscitivo leve y relacionado con la edad. *Psicopatol clín leg forense*. 2004;4:215–25.
14. Iribarne C, Renner V, Pérez C, de Guevara DL. Trastornos del Ánimo y Demencia. Aspectos clínicos y estudios complementarios en el diagnóstico diferencial. *Rev méd Clín Las Condes*. 2020 Mar;31(2):150–62.
15. Evans IEM, Martyr A, Collins R, Brayne C, Clare L. Social Isolation and Cognitive Function in Later Life: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Alzheimers Dis*. 2019;70(1):119–44.
16. Montes Reula L, Cañete Lairla M, Navarro López J, Pelegrín Valero C, Galindo Ortiz de Landázuri J, Marijuán Fernández P, et al. Predominant factors of institutionalization in the elderly: a comparative study between home nursing and community dwelling. *Working with Older People*. 2021 Jan 22;25(1):58–72.
17. Campo Arias A. Curso y pronóstico de la depresión en ancianos. *Med Unab*. 2001 Dec;4(12):161–5.

18. Santos S, Tier C, Silva B, Barlem E, Felicianni A, Valcarenghi F. Diagnósticos e intervenciones de enfermería para ancianos con depresión y residentes en una institución de larga estancia (ILE). *Enfermería Global*. 2010;20:1–13.
19. Borda Pérez M, Anaya Torres M, Pertuz Rebolledo M, Romero de León L, Suárez García A, Suárez García A. Depresión en adultos mayores de cuatro hogares geriátricos de Barranquilla (Colombia): prevalencia y factores de riesgo. *Salud Uninorte*. 2013;29(1):64–73.
20. Aracil DD, Esperanza M, Signes E, Girón Martínez M, Gualda ML, Diana D, et al. Factores de riesgo determinantes en la aparición de depresión en ancianos. *Revista Fundamentos*. 2014;6(1):47–54.
21. Molina Linares I, Mora Marcial G, Marrero Salazar M, García Trina G. Factores de riesgo asociados a la conducta suicida en el adulto mayor. *Medicent Electrón*. 2020 Jan;24(1):54–67.
22. Sánchez-Ordóñez R, Francisco Sánchez-Vázquez J. El aislamiento del adulto mayor por el COVID-19: consecuencias e intervenciones psicosociales durante la cuarentena. Vol. XIX, *Studia Zamorensia*. [Salamanca]: Universidad Pontificia de Salamanca; 2020.
23. Rodríguez F, Orobio A, Marulanda D. Impacto del distanciamiento físico en la salud mental y cómo prevenirlos, revisión de la literatura. *Revista Médico Científica*. 2021 Feb 16;33(2):20–30.