

LA DEPRESION EN LA TERCERA EDAD **RESUMEN**

En el presente artículo se abordan las características clínicas etiopatogénicas y terapéuticas de la depresión en el senescente, describiendo los factores que inciden de forma muy individual en este grupo de pacientes, siendo una población en constante crecimiento y presentándose la depresión como una entidad de relevante importancia teniendo en cuenta la posibilidad del suicidio. Además, en este trabajo se incluye el tratamiento visto de manera integral en sus aspectos biológicos, psicológicos y sociales, con un comentario final sobre la jubilación como elemento generador de distrés según el rol asumido.

PALABRAS CLAVES: Depresión, Tercera Edad.

LA DEPRESION EN LA TERCERA EDAD

Zarragoitia Alonso I.
Hospital Clínico Quirúrgico "Hermanos Ameijeiras"
La Habana, CUBA

Correspondencia:
Ignacio Zarragoitia Alonso
e-mail: ignacioza@yahoo.com

RESUMEN

En el presente artículo se abordan las características clínicas etiopatogénicas y terapéuticas de la depresión en el senescente, describiendo los factores que inciden de forma muy individual en este grupo de pacientes, siendo una población en constante crecimiento y presentándose la depresión como una entidad de relevante importancia teniendo en cuenta la posibilidad del suicidio. Además, en este trabajo se incluye el tratamiento visto de manera integral en sus aspectos biológicos, psicológicos y sociales, con un comentario final sobre la jubilación como elemento generador de distrés según el rol asumido.

PALABRAS CLAVES: Depresión, Tercera Edad.

INTRODUCCION

Aunque la humanidad siempre ha tenido la aspiración de lograr la inmortalidad, cada generación ha comprendido que la única forma de perdurar es la reproducción. Desarrollarse, envejecer y morir para transformarse, es el ciclo de vida que se repite una y otra vez en la especie viviente con marcada exactitud.

De todas las etapas evolutivas, es la vejez la que más aprehensiones provoca en los seres humanos pues comienzan a perderse, de manera progresiva, diferentes capacidades, tanto intelectuales como físicas, comenzando a ser evidentes a partir de los 60 años.

La Organización Mundial de la Salud define la vejez como el período de la vida en que el menoscabo de las funciones mentales y físicas se hacen cada vez más manifiestos en comparación con períodos anteriores (1).

Con el envejecimiento se produce una pérdida de la conectividad nerviosa y aunque hay evidencias que plantean una cierta capacidad regenerativa del tejido nervioso con hipertrofia de las células que se encuentran en la vecindad de las dañadas y aumento de su árbol dendrítico, esta capacidad se encuentra disminuida en los ancianos. (2)

En el momento actual, se está produciendo un fenómeno poblacional a nivel mundial, tanto de crecimiento como de envejecimiento que se argumenta por los siguientes datos.

País	Tasa de crecimiento negativo (%)
Suiza	8,58
Dinamarca	8,45
Suecia	7,26
Austria	3,01

Tabla 2: Proyecciones de la población para el año 2025 según las Naciones Unidas. Cifras tomando como base las indicadas en 1980.

Como se puede observar en las dos tablas anteriores no solamente se espera un crecimiento absoluto de la población de la tercera edad sino que los nacimientos van a disminuir con respecto a las personas fallecidas (tasa de crecimiento negativo).

Este sector poblacional de la tercera edad tiene, entre sus características las siguientes: (3)

Año	Porcentaje de crecimiento
1960	10%
1990	18%
2030	30%

Tabla 1: Envejecimiento poblacional a escala mundial. Proyecciones del Banco Mundial.

- Situación psicosocial: La disminución del soporte sociofamiliar, la pérdida del estatus laboral y económico, mayor aislamiento social todo ello amplificado por la menor capacidad y recursos que el anciano dispone para adaptarse a las circunstancias
- Situación física: Mayor frecuencia de enfermedades

físicas y la discapacidad consiguiente.

- Situación biológica: Es más frecuente la aparición de fenómenos neurodegenerativos o enfermedades físicas que pueden producir sintomatología depresiva.

El envejecimiento de las personas se debe considerar como una etapa más en el desarrollo del individuo, con características muy peculiares, y si bien conlleva a una serie de repercusiones en todos los sentidos, y el número de personas de este grupo poblacional crecerá en progresión destacable, no se debe considerar por esto un cataclismo.

El proceso de envejecer se puede producir, según la teoría del soma desechable, por la actividad de radicales libres de Oxígeno, producidos normalmente por el organismo y neutralizados por mecanismos enzimáticos como son la súper oxidasa y/o glutatión peroxidasa, que crean la protección al daño oxidativo. (4)

El envejecimiento de la población traerá consigo algunas consecuencias como son:

- Consecuencias socioasistenciales: aumento de la demanda a consultas y hospitalizaciones a este grupo atareo.
- Consecuencias económicas: aumento de los gastos en la salud pública.
- Consecuencias familiares: dedicación al cuidado del anciano por parte de los familiares con limitaciones en otras actividades.
- Consecuencias médicas: mayor incidencia de enfermedades crónicas.

El conocimiento de las consecuencias, en todo caso, hará que se prevean medidas más eficaces con el fin de atenuar o solventar las mismas.

En este grupo etéreo, una de las enfermedades crónicas, no transmisibles, que con mayor frecuencia se presenta es la depresión, lo cual sucede igual si la comparamos con el resto de los trastornos psiquiátricos que valoramos en consulta o los ingresos en sala.

Comienzo destacando que diagnosticarla se hace más complejo y en ocasiones menos comprendida, al dar la categoría de "normalidad" a síntomas generados por situaciones habituales en esta edad. Puede ser la misma depresión que ocurre en otras edades, pero los mecanismos patogénicos varían y no tenerlos en cuentas conducen a errores diagnósticos.

La conocida relación entre síntomas depresivos y edad avanzada ha generado numerosos estudios que han planteado un cierto debate acerca de si la depresión en el anciano debe ser considerada un tipo diferente al resto de depresiones. El debate y análisis de las investigaciones que inicialmente se centró sobre la edad del paciente, en el momento que padecía la depresión, viró posteriormente hacia comparaciones de la edad del paciente en el momento que se inició la depresión por ser este dato de mayor importancia al analizar los resultados.

Los argumentos para sostener que la depresión en la tercera edad sea considerada como un tipo distinto de depresión se basan en: (5)

- Diferencias en la sintomatología (mayores síntomas somáticos o hipocondríacos)
- Presencia de menores antecedentes familiares
- Hallazgos de imaginería cerebral
- Peor respuesta al tratamiento.

En el año 1973, en un estudio que profundizaría las características evolutivas de la depresión, Grof y col. demostraron que los episodios depresivos, eran generalmente recurrentes, con acortamiento de los periodos libres de síntomas depresivos. Desde entonces, fue de consistencia fuerte establecer la depresión como una enfermedad crónica-recurrential. (6)

EPIDEMIOLOGIA

En el mundo actual existe un elevado y alarmante incremento de los trastornos mentales. Los trastornos psiquiátricos suponen el 12,5% de las enfermedades de nuestro planeta. El porcentaje de trastornos mentales sobrepasa al cáncer y a las enfermedades cardiovasculares. Además, la depresión es ya la primera causa de incapacidad en el mundo. A pesar de estos datos, sólo el 25% de la población en países industrializados recibe un diagnóstico y un tratamiento adecuados (7).

Como resultado de la disminución estimada de la tasa de natalidad, el aumento de la expectativa de vida (8) y disminución de la mortalidad infantil, sobre todo en los países desarrollados, las personas de la tercera edad, según estimaciones del Banco Mundial, para el año 2030 alcanzará el 30% de la población mundial. En la década del 90 las personas ancianas eran de 700 millones aproximadamente y según estimaciones para el 2025 será de 1156 millones. (1)

Si tenemos en cuenta las repercusiones en sentido general que esto traerá, ante todo, es necesario alertar sobre la necesidad de la dedicación de una política de salud por parte de las instituciones estatales a este sector poblacional que no debe quedar a la libre determinación de actitudes del neoliberalismo globalizado donde las personas de la tercera edad, al tener disminuida su capacidad productiva y no ser de utilidad en los procesos generadores de bienes materiales, quedan a merced de la infernal maquinaria desgarradora de existencias provocada por esa política.

Según datos de la OMS el 25% de las personas mayores de 65 años padecen algún tipo de trastorno psiquiátrico, siendo el más frecuente la depresión, hasta los 75 años (9).

Los trastornos depresivos afectan a:

- 10% de los ancianos que viven en la comunidad,
- 15% - 35% de los que viven en residencias,
- 10% - 20% de los ancianos que son hospitalizados,
- 40% de los que padecen un problema somático y están en tratamiento por ello
- 50% de todas las hospitalizaciones, para ese grupo de edad, en los centros psiquiátricos (8)

En el Reino Unido la depresión afecta entre el 10% y el 15% de las personas mayores de 65 años que viven en residencias. Es el más común y reversible problema de enfermedad mental en la vejez. Se encuentra asociada con enfermedades físicas, eventos vitales y acarrea un incremento de suicidios y mortalidad natural.

Existe un fenómeno específico con la depresión en la tercera edad y es que al no ser diagnosticada y tratada con facilidad se aumenta la morbilidad, demanda de salud, costo y servicio social de comunidad (10). Se estima que en los Estados Unidos alrededor de un millón de personas mayores de 65 años tienen depresión, pero

solamente el 20% serán diagnosticadas y recibirán tratamiento adecuado (11).

La variabilidad de la prevalencia de la depresión mayor se sitúa entre el 3%-17% según el tipo de población estudiada, con disminución en los mayores de 65 años, donde son comunes los síntomas depresivos, por lo que los trastornos depresivos menores pueden alcanzar hasta el 40%, incluyéndose, en ocasiones, los presentados en patologías orgánicas (12-13) entre los que se encontraron con una mayor frecuencia el Cáncer, Artritis Reumatoidea y los accidentes (14). La depresión menor es más frecuente que la depresión mayor, con un 8% a 20% en personas viejas residentes en la comunidad. (15)

La depresión en los pacientes con enfermedades crónicas en la tercera edad es estimada en un 25%, especialmente en los que presentan enfermedades isquémica del corazón, artritis, enfermedad de Alzheimer y Parkinson. (16-17).

CARACTERISTICAS DE LA DEPRESION EN LA TERCERA EDAD

Los factores de riesgo que se han invocado para la presentación de la depresión en los pacientes de la tercera edad son los siguientes:

Factores predisponentes.

Estructura de la personalidad.

- Dependientes
- Pasivos-agresivos
- Obsesivos.

Aprendizaje de respuestas a situaciones de tensión.

Predisposiciones biológicas (genéticas, neurofisiológicas y neurobioquímicas).

Factores contribuyentes.

- Socioeconómicas.
- Dinámica familiar.
- Grado escolaridad Actividades laborales y de recreación.
- Pertenencia a un grupo étnico específico.
- Formas de violencia.
- Jubilación.
- Comorbilidad orgánica y mental.

Factores precipitantes.

- Crisis propias de la edad.
- Abandono.
- Sentimientos de desesperanza.
- Aislamiento.
- Violencia.
- Muertes de familiares y allegados.
- Pérdidas económicas.
- Agudización de los síntomas de enfermedades crónicas o cronificación de enfermedades.
- Discapacidades y disfuncionabilidad.
- Dependencia.

Desde un punto de vista etiopatogénico se puede señalar lo argumentado por Freud, quien plantea, la ruptura de la simbiosis con los objetos amados y que los procesos de separación-individualización no son realizados satisfactoriamente, con sentimientos de pérdida, inconformidad y tristeza.

Por su parte Jung plantea que el anciano deprimido no logra un nuevo significado en la vida con dificultades en los procesos de adaptación a las demandas que impone la reorientación del proyecto vital.

Erikson basándose en las fases del desarrollo señala que en el octavo período existe la crisis de la integridad del Yo contra la desesperación, lo cual determina la aparición o no de la psicopatología.

E. Bibring señala que la depresión en la tercera edad se produce porque el paciente no puede manejar las tensiones entre las aspiraciones, la seguridad y la realidad, afectándose la autoestima e integración del Yo.

En la tercera edad el curso de la depresión tiende a ser más crónico que en adultos jóvenes (18-19-20).

Agrupando algunos factores patogénicos, que de forma general puedan dar al traste con los síntomas depresivos en el senescente, hemos planteado la triada compuesta por las pérdidas, los fracasos y las frustraciones. De estos tres elementos considero el de mayor incidencia las pérdidas y nos preguntáramos, cuantas pérdidas no se producen en la tercera edad.

Parece probada la relación existente entre la depresión y una menor calidad de vida, un incremento de las enfermedades psíquicas y físicas, y una muerte prematura (21). En este sentido, la depresión en el anciano se ha asociado a un deterioro del bienestar y de los niveles de funcionamiento cotidiano. (22-23).

La vejez es un periodo crítico de la vida donde el individuo debe hacer frente a una serie de circunstancias personales, laborales, familiares y culturales, que modifican la percepción de sí mismo y afectan a la propia identidad aunque no por esto se deben desestimar los recursos y las potencialidades que se encierran en esta etapa de la vida, siendo un tiempo propicio para el crecimiento. (24)

Deben quedar vigentes los objetivos de la Organización Mundial de la Salud en lo referente a añadir vida a los años, salud a la vida y años a la vida (25). La tercera edad no debe, ni puede, ser la edad de tercera (26). Es indiscutible que con la vejez se producen limitaciones pero estas no son dolencias ni se puede equipararse a una enfermedad. (20)

La presencia de diferentes factores asociados al envejecimiento pueden, por ellos mismos, dar síntomas depresivos, o añadirse e interactuar con un trastorno depresivo primario aumentando, además, la variabilidad en la expresión del trastorno. (3)

Veamos a continuación algunas otras características de la depresión en esta etapa de la vida (27):

Factores de riesgo en la depresión de la tercera edad.

- Sexo femenino.
- APOE-4 (en las depresiones vasculares).
 - Enfermedad Cerebro Vascular Aguda. La prevalencia de depresión mayor y menor en pacientes con enfermedades cerebro- vasculares es alrededor del 20%.(28)
- Hipotensión.
- Enfermedad de Parkinson.
- Demencia.
 - Acontecimientos biográficos: Pérdida de un ser querido, dificultades en la relación con el cónyuge, enfermedades medicas en general y EPOC en particular.
 - Otros factores: Trastornos del sueño, viudez, consumo de alcohol, incapacidad física, vivir solo, y escaso soporte social.

Las depresiones geriátricas se clasifican en:

- De inicio precoz: antes de los 60 años.
- De inicio tardío: después de los 60 años.
 - Reactivas a un acontecimiento biográfico intenso.
 - Depresiones vasculares.

Las depresiones de inicio tardío se caracterizan por:

- Menor frecuencia de antecedentes familiares.
- Más antecedentes familiares de demencia.
- Mayor frecuencia de ideas delirantes.
- Mayor deterioro de las actividades de la vida diaria.
 - Presencia de deterioro cognitivo concomitante a la sintomatología depresiva.
- Menos trastornos de la personalidad.
- Mayor número de síntomas residuales.
 - Mayor gravedad de las manifestaciones de vasculares subcorticales.

El alargamiento de los ventrículos laterales, atrofia cortical, disminución del volumen del núcleo caudado, y lesiones vasculares del mismo parecen estar relacionados con el comienzo de la depresión tardía asociada con factores de riesgo vascular como son la Diabetes Mellitus, Hipertensión Arterial y enfermedades coronarias, constituyendo elementos de vulnerabilidad para el desarrollo de estados depresivos. (29-30)

Los síntomas más frecuentes que indican depresión en los pacientes senescentes son: (31)

- Irritabilidad.
- Falta de interés en actividades usuales.
- Retirada social.
- Somatización.

Consecuencias de la Depresión

La más seria consecuencia de la depresión tardía, especialmente si no es tratada o inadecuadamente tratada, es el incremento de la mortalidad por suicidio o enfermedades somáticas aumentando la incapacidad asociada con trastornos cognitivos y médicos y resultando en un alto costo en los cuidados de salud. Las personas de la Tercera Edad (mayores de 65 años) tienen un alto porcentaje de suicidios en comparación a otros grupos de edades. Se estima que puede llegar hasta los 21 suicidios por 100,000. (32-33).

CARACTERÍSTICAS	DEPRESIÓN	DEMENCIA
INICIO	Abrupto	Lento, Incidioso
PROGRESION	Rápida	Lenta.
DURACION	Breve	Larga
APP PSIQUIATRICOS	Si	No
QUEJAS	Discapacidades	No es consciente de los trastornos
RESFUERTAS	"No sé"	Próximas a la corrección
ESTADO DEL HUMOR	Variaciones diurnas, peor por la mañana.	Fluctuaciones diurnas, mejor en la mañana.
PERDIDAS COGNITIVAS	Fluctuaciones, no se esfuerza. Muy Angustiado	Estable, se esfuerza pero con indiferencia.
MEMORIA	Hipomnesia de Fijación y Evocación	Hipomnesia de Fijación, Confabulaciones.
PRIMER SINTOMA	Humor Deprimido	Trstorno de Memoria.
ASOCIACION	Ansiedad, Insomnio, Anorexia, Ideas Suicidas.	Falta de Sociabilidad, Hostilidad, Inestabilidad Emocional, Confusion, Desorientacion.

Tabla 3: Diagnóstico diferencial entre depresión y demencia (37) (38)

La diferencia del alto riesgo suicida en este grupo de pacientes, y en los hombres en particular, es la diferencia fundamental de la depresión entre jóvenes y viejos. El primer intento suicida puede ser el último. (34)

Otras consecuencias que se pueden señalar son (27):

- Deterioro físico.
- Recurrencia.
- Cronicidad.
- Demencia.

- Mortalidad.
- Deterioro en las actividades instrumentales diarias.
- Pérdida de peso.
- Incapacidad global.
- Incremento en la carga familiar.

La depresión menor causa tanto distres y desestabilización como la depresión mayor y el costo de los cuidados es igual o mayor que la depresión mayor. Se encuentra por encima del 15% en la atención primaria y en el 50% en las casas de cuidados. Coexisten factores como son privaciones y dolor, pérdida de independencia, declinación de la salud, retiros, ingresos en asilos, falta de soporte social, cambios estructurales en el cerebro por análisis de Resonancia Magnética y dificultades cognitivas que contribuyen al desarrollo de la depresión menor en ancianos. (35) Además, se puede agregar las enfermedades medicas, teniendo en cuenta el sufrimiento a que se ve sometido el paciente. (36) El trastorno depresivo menor es clasificado como uno o más periodos de síntomas depresivos que son idénticos a los episodios depresivos mayores en duración (2 semanas o más), pero que involucran menos síntomas y menos incapacidad. (33)

Un aspecto de gran interés en el diagnostico diferencial de la depresión en el paciente senescente lo constituye la demencia. El termino de pseudodemencia depresiva se refiere a la presencia de síntomas cognitivos en un paciente deprimido, y puede semejarse a una demencia, lo cual fue señalado Kiloh en el año 1961

En el año 1906 Wernicke acuñó por primera vez el termino de Pseudodemencia a una histérica crónica.

Algunos de los síntomas y signos para realizar el diagnostico diferencial, son los siguientes:

Los síntomas cognitivos en la depresión de la vejez pueden ser:

- Problemas en la memoria.
- Trastorno atencional.
- Alteraciones disecutivas.

Por otra parte, el trastorno afectivo-cognitivo que se presenta en la tercera edad puede ser el modo de comienzo de la enfermedad de Alzheimer de comienzo temprano, lo que se encuentra relacionado al trastorno de la cara interna del lóbulo temporal. Una depresión que comienza en al vejez tiene una mayor prevalencia de transformación hacia la demencia en asociación con atrofia cerebral, y de no ser así, presentaría algunos signos de demencia debido a los trastornos cognitivos, a las anomalías en las estructuras cerebrales y al incremento de al M.A.O. plaquetaria. La incidencia de la depresión aumenta, además, cuando existe daño del lóbulo frontal del hemisferio izquierdo y/o ganglios basales. (39)

La confusión que se puede generar en esta asociación se produce por la amplia incidencia que puede oscilar entre 6% al 86%, lo cual depende de los criterios utilizados y la procedencia de la información pues algunos síntomas de la demencia suelen malinterpretarse o variar la incidencia de acuerdo con el estadio de la enfermedad demencial. (40).

TRATAMIENTO DE LA DEPRESIÓN EN LA TERCERA EDAD.

Desde hace más de 10 años se han establecido de manera definitiva los objetivos a alcanzar en el tratamiento de la depresión. (41)

- Decrecimiento de los síntomas depresivos.
- Reducción del riesgo de recaídas y recurrencias.
- Incremento de la calidad de vida.
- Disminución de los costos de los cuidados de salud y mortalidad.

De forma general, el tratamiento de la depresión en la tercera edad debe realizarse de manera integral, lo cual es indicativo del abordaje amplio de los aspectos psicológicos, biológicos y sociales.

Antes de seleccionar una opción de tratamiento se debería considerar los factores coexistentes como son: la vulnerabilidad de la personalidad, por ejemplo, habilidades para enfrentar circunstancias de estrés social. También, la severidad de las enfermedades médicas pueden ser un riesgo. Algunas enfermedades médicas son más comunes en esta edad. (32)

Las consecuencias de no tratar de forma adecuada la depresión en la vejez son las siguientes (42):

- Incremento de la utilización de los servicios médicos.
- Incremento de la morbimortalidad por enfermedades.
- Polifarmacia.
- Inapropiada institucionalización.

Tratamiento psicológico

Para el cumplimiento del tratamiento psicoterapéutico se ha planteado la gran utilidad de diferentes formas de psicoterapias aplicables al trastorno analizado.

Existen estudios que sugieren que varias formas de psicoterapia son efectivas en el tratamiento de la depresión en la tercera edad que incluyen (43-44)

- Terapia cognitivo-conductual.
- Psicoterapia interpersonal
- Terapia del problem-solving
- Psicoterapia psicodinámica breve.
- Terapia reminiscente, una intervención desarrollada específicamente para pacientes de la tercera edad con la premisa que la reflexión sobre experiencias de vida positivas y negativas que posibiliten la reducción individual de sentimientos de desesperación y depresión.

Se debe, ante todo, partir del criterio que el abordaje psicoterapéutico es un encuentro de reflexión y de acción. (45)

Tratamiento farmacológico

Para realizar un adecuado abordaje terapéutico de la depresión en la tercera edad se debe tener, ante todo, presente, que el organismo en este tipo de paciente se caracteriza por tener sus funciones decrecidas. Esto es válido para el sistema digestivo donde el proceso de asimilación es, por regla general, más lento; la función hepática, donde el hepatocito y las isoenzimas en el sistema reticuloendotelial tardan un poco más de tiempo en degradar las sustancias, la excreción del fármaco demora en la eliminación y el sistema cardiocirculatorio, con disfunción en mayor o menor medida.

Por otra parte, es necesario tener en cuenta los aspectos tanto farmacocinéticos como farmacodinámicos en el paciente de la tercera edad, como son: (46)

Cambios farmacocinéticos:

- a) Peor absorción intestinal.
- b) Flujo plasmático inestable (toxicidad para el Sistema Nervioso Central)
- c) Alteración del volumen de distribución.
- d) Diferente concentración de fármaco libre no unido a proteínas.
- e) Aumento de la biodisponibilidad del fármaco.
- f) Eliminación hepática y renal más lenta lo que conlleva a una acumulación del fármaco.
- g) Retardo de la absorción intramuscular.

Factores farmacodinámicos:

- a) Cambios en el número y la sensibilidad de los receptores.
- b) Peor respuesta inmune.
- c) Síntesis deficientes de factores de la coagulación.
- d) Pobre capacidad regulación térmica.
- e) Quimiorreceptores carotídeos menos activos.
- f) Reflejos lentos y de menor intensidad.

Todo lo anterior, hace que los psicofármacos se deben indicar bajo cinco preceptos a saber:

- I. La mitad de las dosis que en el adulto.

- II. Las dosis terapéuticas se deben alcanzar de forma progresiva.
- III. Tener presente las reacciones secundarias del antidepresivo.
- IV. Precisar los medicamentos que toma el paciente producto del padecimiento de otras enfermedades.
- V. Tener en cuenta los elementos farmacocinéticos y farmacodinámicos.

Antidepresivos tricíclicos.

Los efectos indeseables antimuscarínicos, antihistamínicos y anticolinérgicos son los más relevantes y más aún en este tipo de pacientes donde coexisten diferentes enfermedades y para las cuales el paciente lleva un tratamiento de manera más o menos prolongada.

Dentro de los antidepresivos tricíclicos las aminas secundarias (Nortriptilina y Desipramina) son mejor toleradas que las aminas terciarias (Imipramina, Doxepin y Amitriptilina).

Para prevenir eventos adversos es importante el monitoreo del complejo QRS por electrocardiograma.

Cambios en la función renal afectan el aclaramiento de los hidroximetabolitos de los antidepresivos tricíclicos y pueden ser responsables de la toxicidad, por tener propiedades quinidínicas y causar arritmias cardíacas.

En el tratamiento con tricíclico se pueden producir el Síndrome anticolinérgico central caracterizado por confusión, pérdida de la memoria, agitación, delirios, alucinaciones y trastornos de conducta. (31)

Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina

Los Inhibidores de la Recaptación de Serotonina tienen menos efectos adversos que los antidepresivos tricíclicos, a excepción de la Paroxetina que produce ligera sedación y efectos anticolinérgicos. (31)

Con el uso de estos medicamentos se debe tener en cuenta su efecto sobre los citocromos P-450 y los fármacos que frecuentemente toman los pacientes de esta edad con el fin de evitar efectos tóxicos a las dosis habitualmente recomendadas.

La Fluoxetina y la Paroxetina inhiben el citocromo P450-2D6, responsable de metabolizar el Propranolol. La Fluvoxamina y la Norfluoxetina son inhibidores del P450-3A que interviene en el metabolismo de los antagonistas del Calcio y Quinidina. Además, la Fluvoxamina es un fuerte inhibidor del P450-1A2, que media el metabolismo de la Teofilina. (28)

Carbonato de Litio

La asociación con Litio no es recomendada aunque si se usa debe ser con cuidado, chequeando la función renal, cardiovascular y tiroidea.

Tratamiento Electroconvulsivante.

En las depresiones severas o en aquellas donde exista un riesgo suicida está indicado el uso del tratamiento electroconvulsivante. (31)

Tratamiento Social

En este aspecto se hace referencia no solamente al apoyo por parte de la comunidad mediante facilidades de subsistencia y atención priorizada a esta parte poblacional, sino también al núcleo familiar como elemento de indiscutible valor en la recuperación y control de tratamiento.

JUBILACION LABORAL, RETIRO Y DEPRESION

Para finalizar el presente artículo propongo abordar un tema de relevante actualidad, fundamentado en que nuestra sociedad se encuentra enfrascada en una constante y tenaz lucha por mantener los logros sociales, alcanzados a través de décadas de sacrificios, y corresponde a una parte importante de la población, y nos referimos a los mayores de 60 años que pasan a la jubilación, mantener una participación activa en este fragor de desarrollo y avance.

Desde hace varios años se determinaron las características poblacionales que tendría Cuba para el año 2025, correspondiendo a los mayores de 60 años el 20.1% de la población total, o sea, más de la quinta parte (47) de personas que tendrían que ser atendidas por la seguridad social

Las revoluciones no terminan con edades, sino que, perduran en el tiempo, y para lograrlo, las transmisiones de experiencias generacionales es un elemento clave a este propósito. Si una persona, por la edad, tiene algunas limitaciones para desarrollar la labor que venía realizando, esta información y enseñanzas de experiencias se tornan de una utilidad extrema.

Existen muchos conocimientos que no aparecen en los libros de textos, pero sí en las vidas de las personas, y constituyen manantial de sabiduría. Esto no se puede pasar por alto puesto que en gran medida la humanidad

ha llegado a alcanzar el desarrollo actual por la continuidad de transmisión de conocimientos y experiencias de generación en generación, aportando, cada una, un sello de relevancia. De no producirse esta interrelación, este ser, de la tercera edad, arribaría a la peor de las metas, el retiro.

Consideraciones

En las antiguas comunidades tribales, por regla general, la opinión de los ancianos era tenida en cuenta en el momento de decidir los destinos o conflictos que se suscitaban en la tribu. Su opinión, de forma categórica, era escuchada con respeto y atención porque constituía la sabiduría de la experiencia, acumulada durante años.

En algunas religiones y sociedades de hermandad se llega a la máxima dirección en una edad ya avanzada, donde cuenta su dedicación y conocimiento de lo profesado. Esto le da una distinción de sabiduría, pues la posibilidad de equivocación es mínima.

Con el paso de los años las personas se transforman de lo temperamental a lo analítico y conservador, y esto no ocurre de manera indiferente sino que se va desarrollando con los acontecimientos y vicisitudes que el mismo bregar de la vida va imponiendo.

Por lo tanto, la vejez no deja de tener abundantes sustancias de la sabia de la vida que sirvan para alimentar los arboles frondosos de la juventud. Por eso no son, ni deben ser excluyentes, en su interrelación, estas dos categorías etareas.

Empezaremos el debate por definir si de manera adecuada corresponde a los 60 años el límite por el cual se comienza a llamar a un individuo, "perteneciente a la tercera edad", puesto que, respetando criterios internacionales, prefiero nombrarlo como un periodo de transición, hasta los 65 años, en que comenzarían a aparecer las mayores características particulares de un tiempo en que todos los cambios se hacen manifiestos.

Por otra parte, el desarrollo alcanzado en el campo de la salud, con la eliminación de muchas enfermedades y el grado de nivel de vida que se ha logrado con disfrute pleno de salud, ha hecho que la esperanza de vida alcance como promedio los 75 años.

Ratifico el criterio de establecer la edad de 65 años como el comienzo de una nueva etapa en el desarrollo del ser humano y valorar sus condiciones físicas e intelectuales en su justa medida. Incluso, en muchas investigaciones se toma esta edad como el comienzo para definir trastornos y peculiaridades bio-psico-sociales del individuo senescente. En las consulta externas se ven frecuentemente personas de 60 años capacitadas tanto físicas como intelectualmente para continuar desarrollando sus labores habituales, sin embargo nos plantean con cierto desgano que ya se encuentran jubilados.

En nuestro país el arribo a los 60 años en el hombre, y los 55 años en la mujer, va aparejado con la llegada de lo muy esperado por algunos y después rechazado por todos, la jubilación. Incluso psicológicamente se corre el riesgo de autodenominarse "viejos" con un tinte peyorativo y de limitaciones. Entonces el individuo se observa un tanto marginado por sentirse con disposición de "seguir haciendo" y "siendo", y algunos lo hacen, pero de forma muy individual, y no muy reconocidos socialmente.

En no pocas veces, la jubilación se hace de manera impuesta, y después de esto no existe una verdadera atención hacia aquel que dedicó parte de su vida a desarrollar actividades de extraordinario valor, sean estas, intelectuales o físicas.

Es difícil aceptar que aun sintiéndose útil no pueda tener la oportunidad de seguir siéndolo. No hay, por tanto, una verdadera continuidad en la labor de atención al que pasa a la mas "amarga" de las edades, no porque en realidad así sea, sino por el criterio de estatus que se tiene, de manera equivoca.

Lo anterior, nos trae a la memoria la incertidumbre de pensar, solamente, todo lo que se hubiese perdido si muchas personas de relevante trayectoria artística, laboral, científica, profesoral, etc., se hubiesen tenido que jubilar al cumplir los 60 años. Ratificamos que no puede constituir, por tanto, ni tan siquiera opcional, la posibilidad del retiro a los 60 años de edad, para no cercenar al individuo en plenas facultades.

Recordamos, por solo apuntar un ejemplo, que durante la remodelación del Capitolio de La Habana algunos oficios, ya desaparecidos en nuestro país, tuvieron que ser asumidos y supervisados personas que sobrepasaban los 60 y 70 años.

Se añade un trasfondo económico y también político donde se le brida al ser humano la oportunidad de continuar contribuyendo al desarrollo de un sistema social de verdadera justicia y equidad y no constituir una carga social de manera permanente y obligada, por el solo hecho de tener esta edad.

De persistir esa situación, el eminente ex-trabajador, pasaría a la fase de retiro, donde el focolismo sería la evolución de esta "penosa enfermedad" que comenzó a los 60 años La falta de reconocimiento social se traduce por una tendencia al aislamiento.

Cuando la persona "se retira", que no es lo mismo que jubilarse, psicológicamente se va preparando para la próxima fase, que es la muerte, el dejar de existir físicamente. Su modo de pensar se convierte en la espera, ya

nada le produce la satisfacción de pensar en lo que le dejara de memoria perdurable a la próxima generación.

Con el paso de los días va entrando, por llamarlo de manera poética, al mundo oscuro y desbastador de la depresión. Las pérdidas se hacen mas frecuentes, empiezan a faltar personas, falta el animo emprendedor, los ¿para que? están en constante revoloteo en una mente en que el porvenir ya esta a dos pasos de llegar, lo físico declina y el auto-pésame pasa a constituir el cuerpo de la angustia.

Al igual que se prepara al niño para enfrentar los avatares de la vida, al adulto hay que prepararlo para enfrentar la vejez, siempre hay una oportunidad para comenzar y continuar. No marquemos socialmente al ser humano con las clasificaciones etareas que limiten su modo de vida y subsistencia.

Hagamos una loa a la tercera edad, y veámosla como un tiempo que todos deseamos vivir, con dignidad y armonía. Respetar, amar y atender al adulto mayor es ensalzar nuestra condición humana muy por encima de creencias, raza, sexo o nacionalidad. Ese debe ser nuestro lema de vida, con negación rotunda de los planteamientos de Platón y Aristóteles que atacaron de forma despiadada este periodo de la existencia humana. (48)

Por todo lo antes expresado, no corresponde al anciano defender la consecución de una vida con mayor numero de años como lo realizo, en el antiguo imperio romano, Ciceron, en su obra, De senetude, a través de Caton, un anciano de 84 años (6). Debe ser un deber de la sociedad aplicar un programa de atención a la tercera edad como una forma de honrar y respetar la historia patria en la figura del hombre viejo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Solís, Y.; Marín Llanes, R. La tercera edad. *Interpsiquis* 2001 (2) [Psiquiatria.com](http://www.psiquiatria.com)
2. Peinado, M.A., Del Moral M.L., Esteban, F.J. y col. Envejecimiento y neurodegeneración: bases moleculares y celulares. *Rev. Neurol.* 2000; 31 (11): 1054-1065.
3. Menchón, J.M. La depresión en la edad tardía. *Psiquiatría Biológica.* 1997;4(4). <http://psychiatry.medscape.com>
4. Vicario A.; Taragano FE. Sobre la vejez, el corazón y el cerebro. *Alcmeon* 28 Año X Vol. 7 No 4 Marzo, 1999. www.alcmeon.com.ar
5. Franco Martín, M Á, Monforte Porto J, Criado del Valle C H Jiménez Alonso, M. M., y Blanco Garrote J Ao. Síntomas depresivos y riesgo posterior de deterioro cognitivo en ancianos. *www.psiquiatria.com INTERPSIQUIS.* 2001; (2)
6. Grof, P; Angst, J; Haines, T. The clinical course of depression: Practical issues. En *Classification and prediction of outcome of depression.* New York: FK Schattauer Verlag, 1977; 141-155.
7. Jano On-line y agencias 02/10/2001. Congreso Internacional de Psiquiatría. Madrid -2001.
8. Introducción a la Gerontoneuropsiquiatría *Alcmeon* 18 No 3- 1996 Envejecimiento poblacional. [Psiquiatria.com](http://www.psiquiatria.com).
9. Serna I de la, Introducción: Generalidades. In: Serna I. de la editors. *Psicogeriatría.* Madrid: Jarpyo Editores; 1996. p. 7-14.
10. David N. Anderson. Treating depression in old age: the reasons to be positive. *Age and Ageing* 2001; 30: 13-17 © 2001, British Geriatrics Society
11. The Journal of Clinical Psychiatry Intercom. The experts converse. Sep-2000. [*Medscape Mental Health* 6(2), 2001. © 2001 Medscape, Inc.] [editorial] [15/4/2001]
12. Borson., Soo. Epidemiology and clinical presentation of depression in the elderly. APA 2000 Annual Meeting, Chicago, 2000.
13. Zisook, S; Dows, N. Diagnosis and treatment of depression in late life. *J Clin Psychiatry* 1998: 59 (suppl 4).
14. Cohen-Cole S. A; Stoudemire A. Mayor depression and physical illness *Psychiatry Clin Nort* 1987; 10: 1-17.
15. Alexopoulos, G. S., Meyers, B. S., Young, R. C., Campbell, S., Silbersweig, D., & Charlson, M.

- (1997). "Vascular depression" hypothesis. *Archives of General Psychiatry*, 54, 915-922.
16. Borson, S. *Comprehensive textbook of psychiatry*. Baltimore: Williams & Wilkins. (1995).
17. Beekman, A. T., Deeg, D. J., van Tilburg, T., Smit, J. H., Hooijer, C., & van Tilburg, W. Major and minor depression in later life: A study of prevalence and risk factors. *Journal of Affective Disorders*, 36, 65-75. (1995).
18. Alexopoulos, G. S., & Chester, J. G. (1992). Outcomes of geriatric depression. *Clinics in Geriatric Medicine*, 8, 363-376.
19. Callahan, C. M., Hui, S. L., Nienaber, N. A., Musick, B. S., & Tierney, W. M. (1994). Longitudinal study of depression and health services use among elderly primary care patients. *Journal of the American Geriatrics Society*, 42, 833-838.
20. Cole, M. G., & Bellavance, F. (1997). The prognosis of depression in old age. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 5, 4-14.
21. Evans ME. Physical illness and depression. In: Copeland JRM, Abou-Saleh MT, Blazer DG. editors. *Principles and Practice of Geriatric Psychiatry*. Nueva York: John Wiley & Sons; 1994.
22. Bruce MLM, Leaf PJ, Rozal GP. Psychiatric status and 9-year mortality data in the New Haven Epidemiologic Catchment Area study. *Am. J. Psychiatry*. 1994; 151: 716-721.
23. Bruce ML, Seeman TE, Merrill SS et al. The impact of depressive symptomatology of physical disability: MacArthur Studies of Successful Aging. *Am. J. Public Health*. 1994; 84: 1796-9.
24. Fornós Esteve, M. El estereotipo social de la vejez. I Congreso Virtual de Psiquiatría 1 de Febrero - 15 de Marzo 2000 [Mayo 2000]; Conferencia 13-CI-G: [6 pantallas]. Disponible en: http://www.psiquiatria.com/congreso/mesas/mesa13/conferencias/13_ci_
25. Fortes Alvarez, J.L., Ramos Fuentes, M.J. El suicidio y sus circunstancias. *Jano La medicina hoy*. Abril 1999 Vol. 56-No 1296.
26. Valdés Mier, M.A. Conferencia en el Taller Nacional de Psicogeriatría. Hospital Clínico Quirúrgico "Hermanos Ameijeiras". La Habana 2001.
27. Viralta Franch, J. Epidemiología de la depresión en el anciano. *Informaciones psiquiátricas*. Monográfico. Jornadas de actualización en Psicogeriatría. 2002: 167 (1): 19-40.
28. Keith R. Edwards. Conference Report. Bridging Geriatric Psychiatry Research and Practice. American Association for Geriatric Psychiatry 14th Annual Meeting. Feb 23-26 2001. *Medscape Mental Health* 6(2), 2001.
29. Baldwin, R. C., & Tomenson, B. (1995). Depression in later life. A comparison of symptoms and risk factors in early and late onset cases. *British Journal of Psychiatry*, 167, 649-652.
30. Alexopoulos, G. S. (1997, November 6). Epidemiology, nosology and treatment of geriatric depression. Paper presented at Exploring Opportunities to Advance Mental Health Care for an Aging Population, meeting sponsored by the John A. Hartford Foundation.
31. Salzman, C. The Depressed older patient. *Perennial Issues in the management of Depression*. Current Therapeutics Inc. 1998 pag 15-19.
32. Centers for Disease Control and Prevention. Suicide deaths and rates per 100,000 [On-line]. Available: <http://www.cdc.gov/ncipc/data/us9794/suic.htm>. (1999).
33. Low-Level Depression. Diagnosing and Treating Minor Depression Is Vital in Elderly from The Brown University Geriatric Psychopharmacology Update. Posted 07/16/2002.
34. Roth, SM. Aspectos clínicos, biológicos y sociales de las depresiones en la Tercera Edad. *Actas españolas de Psiquiatría*. Dic 2000. Vol. 28 No 7 Pag 32-37.
35. Lavretsky H, Kumar A. Clinically significant non-major depression: old concepts, new insights. *Am J Geriatr Psychiatry* 2002; 10:239-255.
36. Oxman TE, Sengupta A: Treatment of minor depression. *Am J Geriatr Psychiatry* 2002; 10:256-264.
37. Grupo de estudio de Neurología de la conducta y Demencias. *Guía de Demencias*. Documento de trabajo de la SEN 1999.

- 38.** Montano, CB. Primary care issues related to the treatment of depression in elderly patients. *J Clin Psychiatry* 60 (suppl 20): 45-51 1999.
- 39.** Similitudes y diferencias semiológicas entre la depresión geriátrica y la demencia con depresión. *Alcmeon. Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica*. Vol. 7 No 3 Nov. 1998. www.alcmeon.com
- 40.** Baquero Toledo, M. La depresión de la enfermedad de Alzheimer. , *Revista electrónica de Psiquiatría*. Vol. 3 No 4 Dic. 1999.
- 41.** National Institutes of Health Consensus Development Conference Statement. Diagnosis and treatment of depression in late life. *NIH Consensus Statement Online* 1991 Nov 4-6:9(3):1-27
- 42.** Newhouse PA and col. A double-blind comparison of Sertralina and Fluoxamina in depression elderly outpatients. *J Clin Psychiatry* 2000;61:559-568.
- 43.** Butler, R. N. (1974). Successful aging and the role of the life review. *Journal of the American Geriatrics Society*, 22, 529-535.
- 44.** Butler, R. N., Lewis, M. I., & Sunderland, T. (1991). Aging and mental health: Positive psychosocial and biomedical approaches.
- 45.** Packman M. *Prácticas constructivas: el diseño de las conversaciones terapéuticas*" 1999, No 6-7 pp 13-58
- 46.** Hormaechea J.A., Julian I., Sacristan A. y Prieto L. La problemática de los ensayos clínicos en la psicogeriatría. *Informaciones psiquiátricas. Monográfico. Jornadas de actualización en Psicogeriatría*. 2002: 167 (1): 61-71.
- 47.** Programa de Desarrollo 2000. *Geriatría y Gerontología*. Ed. Ciencias Médicas. Pag. 25- 26, 1987.
- 48.** Gracia D. *Historia de la vejez. Problemas éticos en relación con el paciente psiquiátrico*. Colección Clínicas geriátricas. 11-7 Editores Médicos, S.A. Madrid, 1995