FACULTAD DE MEDICINA
UNIVERSIDAD DE CHILE

UNIVERSIDAD DE CHILE

BASES DE LA MEDICINA CLÍNICA

Unidad:
GERIATRÍA

Tema:
TRASTORNOS DE ÁNIMO EN EL ANCIANO

Neuropsicóloga Claudia Dechent Rivera

Medichi
Red de aprendizaje digital

RESUMEN

Los trastornos del ánimo se clasifican en trastornos depresivos, ansiosos y somatizaciones, siendo el primero de ellos el que se tratará en detalle a continuación. Actualmente, la depresión constituye una de las enfermedades prioritarias en salud pública y afecta frecuentemente a las personas mayores con patologías crónicas, deterioro cognitivo y/o pérdida de funcionalidad, causando sufrimiento al paciente y familia, así como disminución en la capacidad funcional y empeoramiento de las patologías de base. La depresión geriátrica tiene síntomas que la diferencian de la depresión de inicio temprano, tales como, menor frecuencia de antecedentes familiares y alteraciones de la personalidad, mayor presencia de síntomas psicóticos y cognitivos, mayor asociación con factores de riesgo cardiovascular y presencia de comorbilidades, así como tendencia a la cronicidad, respuesta tardía a fármacos, riesgo de recaídas y/o de evolucionar a demencia. Dada la importante prevalencia, el curso clínico y la existencia de síntomas subclínicos de difícil detección, se hace necesario incorporar a la práctica diaria, pruebas sencillas pero eficaces de evaluación afectiva y cognitiva con el fin de derivar y/o tratar, con medidas tanto farmacológicas como rehabilitadoras y psicoterapéuticas.

INTRODUCCIÓN

En los últimos 50 años, han mejorado los cuidados en salud, lo que ha dado lugar a un incremento en la esperanza de vida, aumentando sustancialmente el número de personas mayores de 65 años. Un adulto que tiene actualmente 60 años vivirá en promedio 21,6 años más. Se espera que en el año 2050 existan dos billones de adultos mayores de 60 años en el mundo y seis millones en Chile. Junto con aumentar los años de vida, aumentarán las enfermedades asociadas a la edad, siendo la depresión geriátrica una de ellas, por lo que constituye hoy un tema central de discusión social y prioridad en salud pública, entre otras patologías.

La depresión geriátrica está descrita en el Manual Diagnóstico y Estadístico de la Asociación Americana de Psiquiatría (DSM-IV) y en la Clasificación Internacional de Enfermedades (ICD-10) como un síndrome depresivo que se presenta en personas mayores de 65 años. Es frecuente que los adultos mayores con patologías médicas crónicas, deterioro cognitivo o pérdida de funcionalidad, presenten cuadros depresivos causando sufrimiento, conflictos familiares y disminución de la funcionalidad en el paciente, evidenciándose además, un empeoramiento de las patologías de base. A pesar de los esfuerzos realizados en la descripción de la depresión geriátrica y en el mejoramiento de los tratamientos, continúan existiendo consecuencias nefastas tanto para las personas afectadas como para su entorno familiar y social.

La depresión es el trastorno del ánimo más frecuente, sin embargo, también se describen cuadros ansiosos y somatizaciones en personas mayores.

PREVALENCIA E INCIDENCIA DE LA DEPRESIÓN EN LA POBLACIÓN GERIÁTRICA

En estudios epidemiológicos realizados en Estados Unidos, se evidencia que la prevalencia de cuadros depresivos es mayor en pacientes hospitalizados e institucionalizados que en personas insertas en la comunidad. Entre 1 y 4% de la población anciana en la comunidad presenta depresión

mayor, equivalente a una incidencia de 0-15% por año, mientras que en pacientes hospitalizados este porcentaje aumenta al 10-12% y 12-14% en pacientes institucionalizados. En atención primaria las cifras de este cuadro, representan el 6-9%. En cuanto a la depresión menor, la prevalencia en población anciana no institucionalizada es de 4-13% mientras que en hospitalizados alcanza alrededor de un 30% y en pacientes que residen en instituciones un 17-35%. En atención primaria, el 6% de los pacientes atendidos presenta depresión menor y un 10% síntomas subclínicos de depresión. En el caso de trastornos distímicos, que hacen referencia a la presencia de síntomas depresivos de menor intensidad en el curso de los últimos 2 años, tienen una prevalencia del 2%.

El Instituto Nacional de Salud de Estados Unidos, establece que en atención primaria, existe entre 50 y 75% de casos de depresión no diagnosticados, 34% de los casos diagnosticados recibe tratamiento inadecuado o insuficiente mientras que el 55% no recibe tratamiento. Sólo el 11% recibe un tratamiento adecuado.

En Chile, la depresión constituye una de las 21 enfermedades en población adulta prioritarias en salud, estudiada en la última encuesta nacional de salud, en que se estableció una prevalencia de 3,7% (hombres: 2; mujeres: 4,9) de síntomas depresivos en el último mes, siendo el porcentaje más elevado en el segmento con escolaridad básica (5,6%), de sujetos sobre los 65 años. En el caso de los síntomas depresivos en el último año, estas cifras ascienden la prevalencia a 13,4% (hombres: 7,2; mujeres: 17,8), encontrándose mayor porcentaje en el grupo de sujetos con escolaridad básica (18,6%).

En un estudio realizado en Chile en atención primaria, con personas en situación de pobreza, se estableció que el 11,1% de 1.023 presentaba depresión. En otro estudio, se detectó que el 47% (n=52) de los pacientes que acuden a la Unidad del Adulto Mayor por cualquier causa, presentó resultados positivos para depresión.

Con frecuencia los síntomas depresivos o síndromes depresivos se encuentran presentes en pacientes con trastornos cognitivos tipo demenciantes como la demencia tipo Alzheimer. Diversos autores sostienen que alrededor de un 17% de estos pacientes presentan depresión mayor y un porcentaje aún mayor se ha encontrado en pacientes con demencias subcorticales. Por otra parte, los cuadros depresivos pueden evolucionar hacia deterioro cognitivo e incluso a demencia a pocos años del inicio de los trastornos. De las depresiones con demencia reversible, cuyos síntomas cognitivos remiten casi completamente después del tratamiento antidepresivo, un 40% desarrolla demencia dentro de los siguientes 3 años. En un estudio de reciente publicación, se encontró un riesgo relativo de conversión a demencia en los pacientes con diagnóstico de pseudodemencia depresiva, constituyéndose así en un robusto predictor de demencia. Estudios sostienen que el inicio de un cuadro de depresión mayor, 10 años previos al diagnóstico de demencia y la historia de un episodio depresivo, constituyen un factor de riesgo para desarrollar enfermedad de Alzheimer.

SÍNTOMAS PRINCIPALES DE LA DEPRESIÓN GERIÁTRICA

Es importante destacar la existencia de heterogeneidad y amplitud de los síntomas relacionados con la depresión, tanto a nivel anímico, cognitivo como somático, lo que hace que exista discrepancia respecto de las características distintivas de la depresión en el adulto mayor, sin embargo, existe consenso respecto a diferenciar la depresión de inicio temprano con la depresión de inicio tardío, cuyo primer episodio depresivo ocurre después de los 60 años. En la depresión de inicio tardío, existe menor frecuencia de antecedentes familiares psiquiátricos, alteraciones de la personalidad y mayor

presencia de síntomas psicóticos (alucinaciones o ideas delirantes), que motivarían el diagnóstico de depresión psicótica. Además, existe mayor asociación con factores de riesgo cardiovascular, motivando el diagnóstico de depresión vascular y presencia de comorbilidad con otras enfermedades médicas (cáncer, dolor crónico, insuficiencia renal crónica, enfermedades del sistema nervioso, infarto agudo al miocardio, entre otras). Es relevante mencionar que los adultos mayores con depresión, presentan frecuentemente polifarmacia, debido tanto a comorbilidades y automedicación como a mantención de tratamientos no necesarios, lo que puede inducir, potenciar o interferir con el tratamiento del cuadro depresivo.

Otro elemento particular de la depresión geriátrica es la presencia de síntomas cognitivos, aunque se debe destacar que no todo paciente adulto mayor con depresión presenta alteraciones cognitivas. Se puede distinguir de esta forma, la depresión sin alteración cognitiva, la depresión con síntomas cognitivos asociados (pseudemencia) presumiblemente reversible posterior al tratamiento, la depresión con alteraciones cognitivas concomitantes y la depresión con disfunción ejecutiva, siendo ésta última altamente resistente al tratamiento farmacológico.

Como última distinción con la depresión a edades más tempranas, la depresión en el anciano se asocia con una mayor tendencia a la cronicidad y/o respuesta incompleta o tardía a fármacos con un alto riesgo de recaídas y/o de evolucionar a demencia.

En síntesis, en cuanto a la clínica depresiva en personas mayores, se encuentran como síntomas principales, frecuentemente apatía en lugar de ánimo depresivo, somatizaciones, fatiga, deterioro funcional, es decir, dificultades en la realización de actividades cotidianas y/o deterioro cognitivo.

En adultos mayores deprimidos también existe un riesgo de suicidio, necesario de pesquisar y evaluar. Las personas de género masculino, que viven solos, con ideación suicida o intentos previos, con enfermedades crónicas, abusos de alcohol y/o drogas, síntomas psicóticos, marcada desesperanza e historia familiar de suicidio presentan mayor riesgo de suicidio, por lo que es crucial detectarlo a tiempo y derivar a servicios especializados.

SÍNTOMAS PRINCIPALES DE LOS TRASTORNOS ANSIOSOS

Los trastornos ansiosos se caracterizan por la presencia de ansiedad y preocupación excesivas sobre una amplia gama de acontecimientos o actividades y son de difícil control. Además, puede existir inquietud o impaciencia, fatigabilidad fácil, dificultad para concentrarse, o “quedar con la mente en blanco”, irritabilidad, tensión muscular (temblores, sacudidas, inquietud motora, dolores o entumecimientos musculares) y alteraciones del sueño. También, se describe aparición temporal y aislada de miedo y malestar intensos, que se acompaña de palpitaciones, sudoración, etc.

SÍNTOMAS PRINCIPALES DE LAS SOMATIZACIONES

Las somatizaciones se refieren a síntomas corporales que no pueden explicarse por la presencia de alguna enfermedad conocida o el uso de alguna sustancia. Se clasifican en 3 áreas: síntomas de dolor (cefaleas, mialgias, “opresión al pecho”), misceláneos (mareos, debilidad muscular, parestesias, dificultad de deglución, disfunciones sexuales, afonía) y síntomas gastrointestinales (distensión abdominal, náuseas y diarrea).

CLASIFICACIÓN DE LA DEPRESIÓN

No existe una clasificación específica para los cuadros depresivos en el anciano, por lo que se han de utilizar las construidas para la edad adulta, DSM-IV y CIE-10. Aunque numerosos pacientes no cumplen los criterios establecidos en estos manuales de clasificación, el criterio clínico del especialista constituye un elemento fundamental en el diagnóstico de la depresión subclínica, por cuanto es frecuente que estos cuadros afecten significativamente tanto en la funcionalidad y cognición como en el curso de las enfermedades de base, haciendo necesaria su consideración y tratamiento.

Dichas clasificaciones incluyen la depresión mayor, depresión menor, trastorno distímico y trastorno adaptativo (Tablas 1 y 2 ver anexos). Autores sostienen y enfatizan la importancia de la existencia de la depresión subsindrómica, que además de la alta frecuencia en el anciano, tienen un riesgo alto de convertir a depresión mayor y se asocia a morbilidad, discapacidad y mayor mortalidad. Más del 50% de los pacientes con formas leves de depresión continúan deprimidos al año.

En consecuencia, no diagnosticar adecuadamente síntomas afectivos en el adulto mayor, puede empeorar la calidad de vida, provocar sufrimiento, gatillar deterioro funcional e incidir en el deterioro cognitivo. Además, puede aumentar la mortalidad, por enfermedad coronaria, respiratoria, cardiovascular, etc., aumentar la morbilidad, debido al manejo inadecuado de patologías concomitantes y finalmente aumentar las consultas médicas y los costos en salud.

DIAGNÓSTICO

La depresión geriátrica es un cuadro de difícil diagnóstico, dado su carácter atípico, particularidades clínicas, síntomas similares con otras enfermedades médicas y que a menudo no son reportadas espontáneamente por los pacientes. Además, existe la creencia de que los síntomas depresivos forman parte del envejecer, siendo considerados normales, por lo que el personal de salud no pregunta dirigidamente en forma rutinaria, enfatizando habitualmente las consultas, en las patologías somáticas más que en la salud mental.

Para efectuar un diagnóstico adecuado, es necesario en primera instancia preguntar dirigidamente por sus síntomas, utilizando además, pruebas psicológicas diseñadas para ello, un estudio médico básico y los criterios diagnósticos existentes antes mencionados.

Como estudio básico es recomendable realizar Hemograma+VHS, Perfil bioquímico, ECG y TSH.

Existen numerosas pruebas y escalas psicológicas desarrolladas para la evaluación de síntomas afectivos, sin embargo, destacan 3 instrumentos ampliamente utilizados y validados para población anciana; la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (Yesavage et al., 1983), el Cuestionario de Salud de Goldberg y el Test de Depresión en Demencia de Cornell (Alexopoulos et al., 1989). (Ver anexos)

Dado el alto porcentaje de personas mayores con alteraciones cognitivas genuinas o secundarias a otras patologías geriátricas, es necesario confirmar el estado mental previamente a la aplicación de pruebas de detección de cuadros afectivos, utilizando pruebas específicas y reporte de familiares cercanos. En la literatura, el Test de Depresión de Cornell, es considerado el test pertinente en aquellos casos en que se corrobore la existencia de alteraciones cognitivas.

FACTORES DE RIESGO DE DEPRESIÓN

Como factores de riesgo, se definen, ser mujer (aunque en mayores de 85 años se igualan), tener antecedentes de episodios depresivos previos y antecedentes familiares, eventos vitales estresantes (viudez, jubilación), bajo nivel socioeconómico, déficit de algunos nutrientes esenciales (B12, folato), abuso y/o privación de sustancias psicoactivas (alcohol, drogas, medicamentos) y comorbilidad (accidente vascular-cerebral, cáncer, patologías endocrinas, infarto agudo al miocardio, etc.).

DEPRESIÓN Y COMORBILIDAD

Como se ha mencionado anteriormente, la depresión puede hallarse en forma concomitante con numerosos enfermedades. En el caso de la enfermedad cerebrovascular, en un 20% existe depresión mayor, mientras que en un 40-50% depresión menor. Entre un 18%-39% de personas con cáncer presenta diagnóstico de depresión mayor. En el caso de la enfermedad coronaria, un 20% de las personas que han sufrido un IAM o Bypass presenta depresión mayor posterior al evento. Por su parte, entre un 5-11% de las personas con DM tipo 2 presenta depresión mayor. Finalmente, un 30% de las personas que presentan deterioro funcional o alguna discapacidad cursan con síntomas compatibles con depresión mayor.

TRATAMIENTO

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

El tratamiento farmacológico de la depresión geriátrica es tan efectivo en adultos mayores como en adultos jóvenes (80% respuesta), apreciándose mejores resultados si se complementan los tratamientos farmacológicos con intervenciones psicoterapéuticas específicas y de apoyo social. Existe evidencia respecto a la utilidad y efectividad de los antidepresivos en el tratamiento de la depresión geriátrica, sin embargo, existe contraindicación para usar antidepresivos tricíclicos en ancianos. Un buen tratamiento, se basa en la elección adecuada del fármaco, es decir, aquel que tenga menos efectos colaterales, considerando horario ajustado según sedación versus activación, sueño, aumento de apetito, comorbilidades cardiovasculares, etc., de fácil dosificación (preferir monodosis) y costo adecuado a las posibilidades reales de los pacientes.

La recomendación es comenzar con la menor dosis posible, habitualmente un tercio o un 50% de la dosis recomendada en adulto joven y aumentar progresivamente según respuesta clínica. Las primeras 6-8 semanas se consideran para el control de los síntomas y ajuste de dosis. Posteriormente, la fase de continuación, 6-12 meses, se considera como prevención de recaídas.

Tricíclicos (amitriptilina, imipramina, nortriptilina, etc.): son medicamentos baratos pero con importantes efectos colaterales anticolinérgicos (sequedad de mucosas, ortostatismo, confusión, retención urinaria, etc.), cardiotóxico y aumento de peso, por lo que se recomienda no usar en geriatría.

Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (SSRI) (sertralina, citalopram): fármacos considerados muy buenos, con menores efectos colaterales, no cardiotóxicos, no aumentan el apetito con menores efectos extrapiramidales (temblor), pero tienden a producir impotencia y alteraciones de la líbido. Se recomienda administrar junto con las comidas.

Inhibidores duales de la recaptación de serotonina y noradrenalina (Venlafaxina): fármaco considerado efectivo, útil en dolor crónico y neuropático, escasos efectos en la líbido, aunque puede aumentar presión arterial y apetito.

INTERVENCIÓN NO FARMACOLÓGICA

Una de las principales dificultades para la detección de los trastornos depresivos, es que generalmente las personas consultan por otros síntomas como dolores difusos, trastornos del sueño, cansancio, trastornos de la memoria, entre otros, lo que aumenta el riesgo de ser subdiagnosticados por los profesionales de la salud. De ahí la importancia de profundizar y precisar el diagnóstico para su correcto y oportuno tratamiento.

Las intervenciones psicológicas han sido menos utilizadas en el tratamiento de los cuadros depresivos geriátricos, avalando la creencia de que sólo la terapia farmacológica puede ayudar a mejorar los síntomas, sin embargo, existe evidencia de que distintos modelos de psicoterapia tienen un efecto positivo, no sólo en la disminución de los síntomas sino también en la disminución del tiempo de recuperación.

Una de las alternativas psicoterapéuticas desarrolladas y estudiadas es la terapia de resolución de problemas (TRP). Este modelo de terapia es una intervención psicológica estructurada y breve que ha mostrado ser efectiva en el manejo de la depresión mayor y los trastornos relacionados con el estrés. El enfoque de resolución de problemas se basa en la observación clínica de que los síntomas emocionales son gatillados principalmente por problemas cotidianos, motivando a los pacientes a formular sus propios caminos alternativos de manejo de dichos problemas. Este modelo se centra en el paciente/cliente y focaliza su atención en el aquí y ahora. A los pacientes se les enseña a utilizar sus propios recursos y habilidades para un mejor funcionamiento en la vida diaria.

En un estudio preliminar se demostró que la TRP adecuadamente realizada, mejora las estrategias de resolución de problemas, así como también mejora la depresión y discapacidad en pacientes adultos mayores con el síndrome de disfunción ejecutiva-depresión, esto al compararlo con la terapia de soporte emocional, que es un modelo de tratamiento psicológico estandarizado que integra elementos inespecíficos comunes a varios enfoques psicoterapéuticos, como la expresión de emociones, escucha empática, entre otros. Estos autores sugieren que la TRP tiene sólidos fundamentos para ser una alternativa terapéutica para un extenso grupo de pacientes con depresión resistente a fármacos.

Cabe destacar que este modelo de tratamiento ha demostrado ser efectivo en población general menor de 65 años con diagnóstico de depresión mayor, que fueron atendidas por profesionales de la salud en atención primaria (médicos generales y enfermeras) debidamente entrenados, confirmándose que ambos profesionales pueden realizar dicha intervención. De modo similar ha sido demostrado que la TRP es efectiva en el tratamiento de depresiones geriátricas sin alteraciones cognitivas y con alteraciones cognitivas inespecíficas que bordean la demencia leve.

CASO CLÍNICO 1

Mujer de 90 años de edad, viuda, 3 hijos, escolaridad universitaria (Química y Farmacia), que vive sola, tiene asesora del hogar de lunes a sábado y trabaja en una farmacia durante algunas horas 3 veces por semana. Como antecedentes médicos relevantes, presenta diabetes mellitus tipo II, hipercolesterolemia y polifarmacia. Según refiere la paciente, presenta problemas de memoria, olvida nombres de personas conocidas y tiene dificultades para encontrar objetos personales. La cuidadora, refiere que desde hace 6 meses tiende a repetir las cosas y a hablar del pasado, lo que se ha mantenido estable. En cuanto a las actividades de la vida diaria, refieren que realiza sólo actividades domésticas ligeras debido a que nunca las ha hecho y últimamente, a la limitación física. Además, ligeras dificultades en administración de medicamentos y realización de cheques. Respecto del estado de ánimo, refieren decaimiento, desgano, tristeza, anhedonia, tendencia a quedarse en cama, quejas físicas múltiples, sentimientos de soledad y deseos de morir, abandono de intereses habituales, pérdida de apetito, disminución de peso e irritabilidad. Además, conducta desconfiada con ideas delirantes de robo ocasionales. Sueño aparentemente conservado.

En la evaluación neuropsicológica obtiene puntuaciones por debajo de lo esperado según su edad y nivel de escolaridad (normas), principalmente en áreas de memoria y funciones visuoconstructivas, con patrón típico degenerativo, compatible con Deterioro Cognitivo Leve (DCL).

Pregunta 1

En relación con el diagnóstico de la paciente, señale la más correcta:

a. Los síntomas afectivos referidos por la paciente y su cuidadora son compatibles con un envejecimiento normal.

b. No existen elementos suficientes para plantear un diagnóstico de depresión geriátrica en esta paciente.

c. Los síntomas afectivos referidos por la paciente son esperables dado el cuadro de deterioro cognitivo leve y no requieren tratamiento específico.

d. Los síntomas son compatibles con depresión geriátrica y explica además, la sintomatología cognitiva.

e. Es posible plantear ambos diagnósticos concomitantemente, es decir, depresión geriátrica y deterioro cognitivo leve.

Las alteraciones cognitivas descritas corresponden a las típicamente encontradas en cuadros de deterioro cognitivo degenerativo, lo que no descarta la posibilidad de hallar cuadros depresivos concomitantes con sintomatología diversa, dada la heterogeneidad de los cuadros anímicos en personas mayores. Las alteraciones cognitivas asociadas a cuadros depresivos se manifiestan con un patrón predominantemente disejecutivo, es decir, de lentificación psicomotora, alteraciones atencionales, dificultades de procesamiento y acceso a la información almacenada y, preservación de las funciones visuoconstructivas.

Pregunta 2

Con respecto al tratamiento, señale la más correcta:

a. Una alternativa de intervención no farmacológica son las actividades sociales ofrecidas en clubes de adulto mayor, municipalidades, etc.

b. No existen tratamientos efectivos para la depresión geriátrica en pacientes con deterioro cognitivo leve.

c. La terapia farmacológica es tan efectiva en adultos mayores como en jóvenes por lo que cualquier antidepresivo es útil.

d. La en conjunto con terapia farmacológica puede ser útil como tratamiento.

e. La evidencia respecto de tratamientos para la depresión geriátrica es insuficiente por lo que es recomendable utilizar medidas paliativas.

La Terapia de Resolución de Problemas ha demostrado ser efectiva en el tratamiento de depresiones geriátricas sin alteraciones cognitivas y con alteraciones cognitivas inespecíficas que bordean la demencia leve. En el caso descrito, se presenta un paciente con DCL, es decir, con deterioro cognitivo que no cumple con todos los elementos para demencia. Además, los estudios señalan que aplicar tratamientos complementarios (farmacológico y psicológico) es más efectivo y presenta resultados en menor tiempo, que cada uno por separado.

CASO CLÍNICO 2

Hombre de 75 años, viudo, 1 hijo, con estudios técnicos en contabilidad, que se desempeñó en el área de finanzas en diversas instituciones del estado. Vive con el hijo, nuera y 2 nietos en la casa del hijo. Tiene antecedentes médicos de HTA, DM tipo 2, hipercolesterolemia y accidente cerebrovascular no secuelado aparentemente. Además, hace 1 año se realizó amputación supracondilea en extremidad inferior derecha. Se hospitaliza por cuadro respiratorio infeccioso y delirium hipoactivo secundario.

En la evaluación neuropsicológica 2 días posteriores al ingreso, se aprecia vigil pero no colaborador, con atención ligeramente fluctuante, comprensión presumiblemente adecuada, mutismo, facie triste, mirada perdida pero con contacto visual ocasional, pérdida de apetito y escasa participación en actividades de higiene menor. En entrevista con la familia, refieren que previo al cuadro actual, presentaba adecuada participación en actividades familiares, higiene menor, desplazamiento con ayudas técnicas, comunicación adecuada y mantención de algunos intereses, aunque describen sintomatología depresiva leve (tristeza, desgano, cansancio y lentificación global) y discretas alteraciones cognitivas (olvidos de información reciente, dificultades para recordar nombres y ligera desorientación temporal).

Pregunta 1

Para diagnosticar un cuadro anímico en este caso, señale la alternativa más correcta:

a. No es posible establecer diagnósticos dado el cuadro de delirium.

b. Una herramienta adecuada sería el Cuestionario de Salud de Goldberg.

c. Una herramienta adecuada sería el Test de Depresión de Cornell.

d. No existen herramientas validadas y confiables para dicho caso.

e. Es suficiente con el juicio clínico del profesional que realiza la evaluación (médico, psicólogo, terapeuta ocupacional).

El Test de Depresión en Demencia de Cornell es una guía de entrevista clínica que se basa en la información aportada por el cuidador y/o familiar, el paciente y la apreciación clínica del profesional evaluador, quien realiza una síntesis final. De este modo, en caso que el paciente no se encuentre en condiciones mentales de entregar información del todo confiable, como en el caso descrito, existe una herramienta adecuada para orientar el diagnóstico, ya que el juicio clínico es insuficiente.

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

1. Previsiones demográficas mundiales. Revisión 2006. Naciones Unidas.
2. American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition. Washington DC, American Psychiatric Association, 1994.
3. Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud. Décima revisión. Versión 2007. Organización Mundial de la Salud.
4. Alexopoulos GS., Kiosses DN., Klimstra S. et al.: Clinical presentation of the "Depression-Executive Dysfunction Syndrome" of late life. *Am J Geriatr Psychiatry* 2002; 10: 98-106.
5. Blazer DG. Depression in late life: review and commentary. *J Gerontol Med Sci* 2003; 56A: 249-65.
6. Encuesta Nacional de Salud 2003. Ministerio de Salud de Chile.
7. Arranz L., Pérez F., Petidier R. Depresión en el anciano ¿Otra epidemia del siglo XXI? Capítulo II. Sociedad Española de Geriatría y Gerontología. Natural Ediciones, 2008.
8. Capponi, R. Psicopatología y Semiología Psiquiátrica. Editorial Universitaria.
9. Vallejo, R. Introducción a la psicopatología y la Psiquiatría. Editorial Masson, 2006.
10. Lyness JM. Naturalistic outcomes of minor and subsyndromal depression in older primary care patients. *Int J Geriatr Psychiatry* 2008; 23: 249-256.

11. Mynors-Wallis, LM., Gath, DH., Day, A & Baker, F.: Randomised controlled trial of problem solving treatment, antidepressant medication, and combined treatment for major depression in primary care. *BMJ* 2000; 320: 26-30

TABLA 1
Clasificación de la depresión y criterios diagnósticos

Depresión Mayor	Depresión Menor
Presencia de 5 o más de los siguientes síntomas: estado de ánimo depresivo, disminución marcada del interés o anhedonia, pérdida importante de peso en ausencia de dieta o ganancia de peso, insomnio o hipersomnia, agitación o lentificación psicomotora, fatiga o pérdida de energía, sentimientos excesivos de inutilidad o culpa, disminución de la capacidad para concentrarse, pensamientos recurrentes de muerte o suicidio.	Presencia de a lo menos 2 pero menos de 5 síntomas de la depresión mayor (DM).
Al menos uno de los síntomas debe ser estado de ánimo depresivo o disminución de interés o anhedonia.	
Síntomas persisten más de 2 meses, no se explican por otras enfermedades o presencia de duelo y provocan malestar clínicamente significativo o deterioro funcional.	Síntomas persisten más de 2 semanas, no se presencia explican por otras enfermedades o de duelo y provocan malestar clínicamente significativo o deterioro funcional.
	Diagnóstico sólo es posible en ausencia de historia de DM, distimia, bipolar o alteraciones psicóticas.

TABLA 2:
Clasificación de la depresión y criterios diagnósticos

Trastorno distímico	Trastorno bipolar I	Trastorno adaptativo con ánimo depresivo
Presencia de estado de ánimo depresivo y 2 o más de los síntomas de la depresión mayor: pérdida o aumento de apetito, insomnio o hipersomnia, fatiga, sentimientos excesivos de inutilidad o culpa, dificultad para concentrarse o tomar decisiones, sentimientos de desesperanza.	Cumple criterio de DM y tiene antecedentes de al menos 1 episodio maníaco o episodio mixto.	Sujetos que desarrollan estado de ánimo depresivo, tendencia al llanto o desesperanza en los en los 3 meses posteriores a un evento estresante.
Duración de 2 años y sin períodos de ausencia de síntomas de más de 2 meses. Ausencia de episodios de DM. No se explican por otras causas, provocan malestar significativo y deterioro funcional.	No deben superar los 6 meses después de retirado el evento estresante y provoca malestar significativo o deterioro funcional.	El duelo no es considerado un evento estresante.

ANEXOS

	Test de Depresión de Cornell Alexopoulos et al, 1989			
Puntuaciones deben basarse en la presencia de síntomas durante la última semana				
A: Signos relacionados con el ánimo:				
1. Ansiedad: expresión facial de ansiedad, rumiaciones y preocupaciones.	a	0	1	2
2. Tristeza: expresión triste, voz triste, llanto	a	0	1	2
3. Anhedonia: Ausencia de reactividad frente a actividades placenteras	a	0	1	2
4. Irritabilidad: se exaspera con facilidad, pérdida de serenidad	a	0	1	2
B: Alteraciones conductuales:				
5. Agitación: inquietud motora, movimientos estereotipados de la mano.	a	0	1	2
6. Lentificación: movimientos lentos, discurso lento, reacciones lentas	a	0	1	2
7. Quejas físicas múltiples: (puntuación o sólo en síntomas GI)	a	0	1	2
8. Pérdida de intereses: disminución de actividades habituales (Punto si el cambio ha ocurrido hace 1 mes.	a	0	1	2
C: Signos biológicos:				
9. Apetito disminuido: come menos de lo habitual	a	0	1	2
10. Pérdida de peso (puntuación 2 si ha subido más de 2.5 kg. en 1 mes)	a	0	1	2
11. Disminución de energía: se fatiga fácilmente, dificultad para sostener actividades (asignar puntuación si el cambio ha ocurrido hace menos de 1 mes)	a	0	1	2
D: Variaciones del ciclo sueño-vigilia:				
12. Variación diaria de los síntomas del ánimo: es peor en las mañanas.	a	0	1	2
13. Dificultad para conciliar el sueño: se duerme más tarde que lo usual para el sujeto	a	0	1	2
14. Dormir intermitente	a	0	1	2
15. Despertar precoz (despertar antes de lo habitual para el sujeto)	a	0	1	2
E: Alteraciones ideacionales (pensamiento):				
16. Suicidio	a	0	1	2
17. Autoestima pobre: sentimiento de culpa, fracaso, desvalorización.	a	0	1	2
18. Pesimismo: anticipar lo peor.	a	0	1	2
19. Ideas delirantes congruentes con el estado de ánimo: ideas de pobreza, enfermedad y pérdida.	a	0	1	2
TOTAL				
PUNTUACION 0: ausencia 1: síntomas moderados o intermitentes 2: síntomas severos				
INTERPRETACION: 8 o más puntos sugiere presencia de síntomas depresivos importantes. No permiten establecer diagnósticos.				

		Cuestionario de Salud General (GHQ-12) **Goldberg, 1972, 1978**	
1.	Recientemente he sido capaz de concentrarme en lo que hago		
	0: mejor que de costumbre 0: igual que de costumbre	1: menos que de costumbre 1: mucho menos que de costumbre	
2.	Recientemente he perdido mucho sueño por mis preocupaciones.		
	0: no, en absoluto 0: no más que lo usual	1: algo más que lo usual 1: mucho más que lo usual	
3.	Últimamente me he sentido una persona útil para los demás.		
	0: más que de costumbre 0: igual que de costumbre	1: menos que de costumbre 1: mucho menos que de costumbre	
4.	Recientemente me siento capaz de tomar decisiones.		
	0: más que lo usual 0: igual que lo usual	1: menos que lo usual 1: mucho menos que lo usual	
5.	En el último tiempo me he sentido constantemente bajo tensión.		
	0: no, en absoluto 0: no más que de costumbre 1: algo más que de costumbre 1: mucho más que de costumbre		
6.	En el último tiempo, he sentido que no puedo solucionar mis problemas.		
	0: no, en absoluto 0: no más que de costumbre 1: algo más que de costumbre 1: mucho más que de costumbre		
7.	En el último tiempo he podido disfrutar de la vida diaria.		
	0: más que de costumbre 0: igual que de costumbre 1: menos que de costumbre 1: mucho menos que de costumbre		
8.	Recientemente me he sentido capaz de enfrentar los problemas.		
	0: más que lo habitual 0: igual que lo habitual 1: menos que lo habitual 1: mucho menos que lo habitual		
9.	Recientemente me he sentido triste y deprimido.		
	0: no, en absoluto 0: no más que de costumbre 1: algo más que de costumbre 1: mucho más que de costumbre		
10.	Recientemente he estado perdiendo confianza en mi mismo.		
	0: no, en absoluto 0: no más que de costumbre 1: algo más que de costumbre 1: mucho más que de costumbre		
11.	En el último tiempo he sentido que no valgo la pena.		
	0: no, en absoluto 0: no más que lo habitual 1: algo más que lo habitual 1: mucho más que lo habitual		
12.	En el último tiempo me he sentido feliz, considerando todas las cosas.		
	0: más que lo habitual 0: igual que lo habitual 1: menos que lo habitual 1: mucho menos que lo habitual		**Puntuación total:** > 5 sugiere depresión

Escala de Depresión Geriatrica (GDS-15) Yesavage, 1983		
Nombre: _____ Edad: _____		
1. ¿Está usted satisfecho con su vida?	SI	**NO**
2. ¿Ha abandonado usted muchos intereses y actividades?	**SI**	NO
3. ¿Siente usted que su vida esta vacía?	**SI**	NO
4. ¿Se siente usted frecuentemente aburrido?	**SI**	NO
5. ¿Esta usted de buen humor la mayoría del tiempo?	SI	**NO**
6. ¿Tiene miedo a que le vaya a pasar algo malo?	**SI**	NO
7. ¿Se siente usted feliz la mayoría del tiempo?	SI	**NO**
8. ¿Se siente usted a menudo impotente?	**SI**	NO
9. ¿Prefiere usted quedarse en el dormitorio en vez de salir?	**SI**	NO
10. ¿Cree que tiene más problemas de memoria que los demás?	**SI**	NO
11. ¿Cree usted que es maravilloso estar viviendo?	SI	**NO**
12. ¿Es difícil para usted empezar proyectos nuevos?	**SI**	NO
13. ¿Se siente usted lleno de energía?	SI	**NO**
14. ¿Se siente usted sin esperanzas?	**SI**	NO
15. ¿Cree que los demás tienen más suerte que usted?	**SI**	NO
Total subrayados		
Punto corte: 5 respuestas subrayadas sugiere posible presencia de depresión		