Hable sobre:
Los envejecientes: la depresión y el suicidio

SPEAK
Suicide
Prevention
Education
Awareness
Kit

Kit para la Prevención, Educación y Concientización sobre el Suicidio

Estado de Nueva York
David A. Paterson
Gobernador

Oficina de Salud Mental
Michael F. Hogan, Ph.D.
Comisionado

New York State
omh
Office of Mental Health

Hable sobre:
Los envejecientes: la depresión y el suicidio

LA DEPRESION, una de las condiciones más comunes asociadas con el suicidio entre ancianos,[1] es una enfermedad generalmente no reconocida y no tratada. De hecho, muchos estudios han encontrado que muchos adultos de edad avanzada que murieron por suicidio - hasta un 75 por ciento-habían visitado un médico de cuidado primario durante el mes del suicidio. [2] Estos hallazgos hacen notar la urgencia de mejorar la detección y tratamiento de la depresión como un medio para reducir el riesgo de suicidio en personas ancianas.

Los americanos de edad avanzada tienen una posibilidad desproporcionada de morir por suicidio. Los individuos de 65 años, o mayores, componen el 13 por ciento de la población de EE.UU. pero constituyeron el 18 por ciento de todas las muertes por suicidio en el año 2000. Entre los grupos con la tasa más alta (cuando fueron clasificados por género y raza) se encontró al hombre blanco de 85 años de edad o mayor: 59 muertes por cada 1000,(personas en el 2000, lo que es más de cinco veces la tasa nacional en los EE.UU. de 10.6 por 100,000.[3]

De los cerca de 35 millones de americanos de 65 años de edad o mayor, se estima que 2 millones sufren de una enfermedad depresiva (trastorno bipolar mayor, trastorno distímico, o trastorno bipolar) y 5 millones pueden sufrir del "subsíndrome depresivo" o síntomas depresivos que llenan completamente los

criterios para un diagnóstico del trastorno.[4,5] El subsíndrome depresivo es común especialmente entre ancianos y está asociado con un aumento en el riesgo de desarrollar depresión mayor.[6] Sin embargo, en cualquiera de estas formas los síntomas depresivos no son parte normal del proceso de envejecimiento. Al contrario de las experiencias normales de tristeza, luto, pérdida, o tener un estado de humor pasajero, los síntomas depresivos tienden a ser persistentes y a interferir significativamente con la habilidad del individuo para funcionar.

La depresión es frecuentemente concurrente con otras enfermedades serias tales como enfermedades del corazón, ataques, diabetes, cáncer, y la enfermedad de Parkinson.[7] Debido a que muchos ancianos enfrentan estas enfermedades y también dificultades económicas y sociales, muchos profesionales de la salud pueden concluir erróneamente que la depresión es una consecuencia normal de estos problemas - una actitud que es frecuentemente compartida por los pacientes mismos.[8] Unidos, estos factores contribuyen al subdiagnóstico y subtratamiento de la depresión en los ancianos. La depresión puede y debe ser tratada cuando ocurre junto a otras enfermedades, ya que la depresión si no se trata puede retrasar la recuperación o causar el empeoramiento de las consecuencia de otras enfermedades. La relación entre la depresión y el proceso de las otras enfermedades en los ancianos es el objeto de las investigaciones corrientes.

Los doctores y los pacientes pueden tener dificultades al identificar los síntomas de la depresión. Actualmente, investigadores utilizando fondos del NIMH están estudiando la efectividad de las intervenciones educativas ofrecidas en las oficinas de los médicos de cuidado primario para mejorar el reconocimiento y el tratamiento de la depresión y síntomas suicidas en pacientes envejecientes.[9]

Investigaciones y Tratamiento

Las investigaciones han revelado la existencia de varios patrones de características clínicas y biológicas entre los envejecientes que sufren de depresión. Cuando son comparados con envejecientes cuya depresión comenzó más temprano en su vida, aquellos cuya depresión apareció por primera vez más tarde en su vida tienen un curso más crónico de la enfermedad. Además, existe evidencia creciente que la depresión que comienza tarde en la vida está asociada con cambios vasculares en el cerebro.

Los medicamentos antidepresivos y la psicoterapia a corto plazo, ambos tratamientos son efectivos en la depresión tardía.[8] Se sabe que los antidepresivos existentes influyen el funcionamiento de ciertos neurotransmisores del cerebro. Los medicamentos más nuevos, principalmente los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (SSRI) son generalmente preferidos sobre los medicamentos más viejos, incluyendo a los antidepresivos tricíclicos (TCA) y los inhibidores de la monoamina oxidasa (MOI), porque los efectos secundarios son menos y potencialmente son menos severos. [10] Ambas generaciones de estos medicamentos son efectivas para aliviar la depresión, aunque algunas personas responden a un tipo de medicamento pero no al otro.

Las investigaciones han demostrado que cierto tipos de terapia a corto plazo, particularmente la terapia conductual cognitiva y la terapia interpersonal, son tratamientos efectivos para la depresión tardía.[8] Además, se ha demostrado que la psicoterapia, por sí sola, prolonga los periodos de buena salud, sin depresión. Sin embargo, la combinación de la psicoterapia con los medicamentos antidepresivos aparenta proveer máximo beneficio. En un estudio, 80 por ciento de los envejecientes con depresión se recobraron utilizando una combinación de tratamientos. [11] También se encontró que la combinación de tratamientos es más efectiva para reducir la recurrencia de la depresión, que cada tratamiento administrado individualmente.[12]

Se están desarrollando más estudios sobre la eficacia y la efectividad a largo plazo de los SSRI y algunas psicoterapias en específico para tratar la depresión en los envejecientes. Los hallazgos de estos estudios proveerán datos importantes en relación con el curso clínico y tratamiento de la depresión tardía. Se necesitarán investigaciones adicionales para determinar la función de los factores hormonales en el desarrollo de la depresión en los envejecientes, y para determinar si la terapia de reemplazo de hormonas con estrógeno o andrógeno es beneficiosa para el tratamiento de la depresión ta

La Oficina de Salud Mental agradece al Instituto Nacional de Salud Mental po proveer la información contenida en este folleto.

Para mayor información, escriba o llame a la Oficina de Salud Mental (Office of Mental Health, Community Outreach & Public Education Office, 44 Holland Ave., Albany, New York 12209) o llame gratis al 1-866-270-9857 (inglés solamente).

SPEAK Suicide Prevention Education Awareness Kit

OBRAS CONSULTADAS

1. Conwell Y, Brent D. Suicide and aging. I: patterns of psychiatric diagnosis. International Psychogeriatrics, 1995; 7(2): 149-64.
2. Conwell Y. Suicide in later life: a review and recommendations for prevention. Suicide and Life Threatening Behavior, 2001; 31(Suppl): 32-47.
3 Office of Statistics and Programming, NCIPC, CDC. Web-based Injury Statistics Query and Reporting System (WISQARSTM): http://www.cdc.gov/ncipc/wisqars/default.htm.
4. Narrow WE. One-year prevalence of depressive disorders among adults 18 and over in the U.S.: NIMH ECA prospective data. Unpublished table.
5. Alexopoulos GS. Mood disorders. In: Sadock BJ, Sadock VA, eds. Comprehensive Textbook of Psychiatry, 7th Edition, Vol. 2. Baltimore: Williams and Wilkins, 2000.
6. Horwath E, Johnson J, Klerman GL, Weissman MM. Depressive symptoms as relative and attributable risk factors for first-onset major depression. Archives of General Psychiatry, 1992; 49(10): 817-23.
7. Depression Guideline Panel. Depression in primary care: volume 1. Detection and diagnosis. Clinical practice guideline, number 5. AHCPR Publication No. 93-0550. Rockville, MD: Agency for Health Care, Policy and Research, 1993.
8. Lebowitz BD, Pearson JL, Schneider LS, Reynolds CF 3rd, Alexopoulos GS, Bruce ML, Conwell Y, Katz IR, Meyers BS, Morrison MF, Mossey J, Niederehe G, Parmelee P. Diagnosis and treatment of depression in late life. Consensus statement update. Journal of the American Medical Association, 1997; 278(14): 1186-90.
9. Bruce ML, Pearson JL. Designing an intervention to prevent suicide: PROSPECT (Prevention of Suicide in Primary Care Elderly: Collaborative Trial). Dialogues in Clinical Neuroscience, 1999; 1(2): 100-12.
10. Reynolds CF 3rd, Lebowitz BD. What are the best treatments for depression in old age? The Harvard Mental Health Letter, 1999; 15(12): 8.
11. Little JT, Reynolds CF 3rd, Dew MA, Frank E, Begley AE, Miller MD, Cornes C, Mazumdar S, Perel JM, Kupfer DJ. How common is resistance to treatment in recurrent, nonpsychotic geriatric depression? American Journal of Psychiatry, 1998; 155(8): 1035-8.
12. Reynolds CF 3rd, Frank E, Perel JM, Imber SD, Cornes C, Miller MD, Mazumdar S, Houck PR, Dew MA, Stack JA, Pollock BG, Kupfer DJ. Nortriptyline and interpersonal psychotherapy as maintenance therapies for recurrent major depression: a randomized controlled trial in patients older than 59 years. Journal of the American Medical Association, 1999; 281(1): 39-45.

NATIONAL SUICIDE PREVENTION LIFELINE™

Con la ayuda viene la esperanza

1-800-273-TALK

www.suicidepreventionlifeline.org

Ayuda disponible, 24-7, para tí o para alguien que te preocupa

First printed May 2004, revised March 2007

SPANISH