

ENVELLIMENT SALUDABLE

ESTAT D'ÀNIM I DEPRESSIÓ

EN LES PERSONES GRANS



ENVELLIMENT SALUDABLE

ESTAT D'ÀNIM I DEPRESSIÓ EN LES PERSONES GRANS

ENVELLIMENT SALUDABLE

Autors

Enric Álvarez, psiquiatre.

Servei de Psiquiatria, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, UAB, Barcelona

Consuelo Almenar, neuròloga.

Àrea de Psicogeriatria, Hospital Benito Menni, Sant Boi de Llobregat

Pedro Regalado, geriatra.

Àrea de Psicogeriatria, Hospital Benito Menni, Sant Boi de Llobregat

Fundació Salut i Envel·liment UAB Universitat Autònoma de Barcelona

Sant Antoni Maria Claret, 171

08041 Barcelona

<http://salut-envelliment.uab.cat>

fsie@uab.cat

Patrocini

Fundació Agrupació

www.fundacioagrupacio.es

fundacio@agrupacio.es

1a edició: Barcelona, setembre 2015

Disseny i composició: Addenda

Dipòsit legal: B 20673-2015

Índex

Introducció al tema: estat d'ànim i depressió	5
L'estat d'ànim de l'envelliment	7
Què no és una depressió?	15
Què és una depressió?	19
El suïcidi	25
Hi ha tractament farmacològic per a la depressió?	29
Què més podem fer-hi? La prevenció de la depressió en l'edat avançada	33
Estratègies útils més enllà dels fàrmacs	39
A tall de conclusió	47

Introducció al tema: estat d'ànim i depressió

El terme *depressió* s'ha anat vulgaritzant cada cop més durant els darrers vint anys. Els professionals que ens dediquem a diagnosticar i tractar aquesta malaltia pensem que s'utilitza habitualment amb certa frivolitat. La depressió és una malaltia, no pas un estat anímic o una actitud enfront de la vida. Implica, sens dubte, el grau més alt de patiment que un ésser humà pot experimentar, fins al punt que sovint indueix a preferir la mort a la vida. En efecte, prop del vuitanta per cent de les morts per suïcidi es produeixen en persones que pateixen una malaltia depressiva. No podem menystenir la gravetat del problema, atès que el suïcidi és la primera causa de mort externa a tot Europa, per damunt dels accidents de trànsit.

La seqüència d'aquest text consisteix, en primer lloc, a descriure els estats d'ànim tant des d'una perspectiva adaptativa com des d'una altra d'evolutiva, per tal de, posteriorment, abordar de ple la depressió: concepte, particularitats en l'edat avançada i les possibles estratègies farmacològiques, no farmacològiques i preventives disponibles per tractar-la adequadament.

L'estat d'ànim de l'envelliment

Adaptació emocional als canvis de l'envelliment

Durant l'envelliment, es produeixen una sèrie de canvis que requereixen un esforç d'adaptació important i que condicionen l'evolució afectiva de la persona. Així, hi ha canvis biològics, amb disminució de capacitats sensorials, disminució d'algunes funcions orgàniques i aparició de patologies que, moltes vegades, comporten incapacitat; també es produeixen canvis en l'estatus social, amb la jubilació i, freqüentment, la pèrdua del rol social o el desplaçament cap a rols socials menys importants. Encara que hi ha variacions segons la biografia de cada individu, la vellesa és una època, en general, marcada per les pèrdues de persones estimades (amics, germans, familiars i cònjuges). Tot i que un percentatge elevat d'individus conserven la funció sexual fins a edats molt avançades, és cert que també hi ha una disminució de la potència sexual i de la freqüència de relacions sexuals.

En aquestes circumstàncies, els canvis funcionals i en l'aspecte físic també provoquen modificacions en l'autoimatge que no sempre es viuen positivament. I és que l'aproximació al final de la vida i les reflexions inevitables sobre el temps de vida restant (menor que el que s'ha viscut) acompanyen aquesta etapa vital, amb la por universal de la mort com a teló de fons.

Totes aquestes circumstàncies, en molts casos, provoquen un retraïment social i un abandonament progressiu de la connexió amb activitats i relacions que abans eren importants per al subjecte.

Durant un temps es va considerar que aquest allunyament era una adaptació natural preparatòria per al final pròxim, és a dir, la mort (teoria de la desafecció). Per contra, actualment es considera que l'adaptació a les circumstàncies de la vellesa és la resposta més natural i adaptativa, i hi ha molts subjectes que aconsegueixen viure aquesta etapa darrera amb plenitud de sentit. Aquesta experiència vital positiva és més probable com més maduresa emocional ha arribat a assolir el subjecte durant la seva vida adulta.

L'evolució de la personalitat i de l'esfera afectiva en aquesta etapa de la vida depèn de la intensitat dels canvis, de les particularitats de cada subjecte i de la forma com es produeixi l'adaptació als condicionants esmentats abans.

En general, diversos estudis han demostrat l'estabilitat dels trets de personalitat al llarg de la vida, i no es detecten canvis rellevants durant la vellesa, etapa en què fins i tot se'n poden accentuar alguns.

Des del punt de vista psicològic, s'han descrit els mecanismes d'adaptació més freqüents. L'individu pot recórrer a la *resistència*, negant la inevitabilitat dels canvis i intentant perllongar, d'una manera excessiva i artificial, la joventut. També es pot presentar una *regressió*, caracteritzada per un retorn a situacions de més dependència pròpies d'altres etapes de la vida, i una *somatització*, amb una recerca inconscient de beneficis secundaris. L'*angoixa* sol estar present, especialment davant la proximitat del final de la vida. I, finalment, també hi ha l'*acceptació* de la vida com una successió d'etapes diferents les unes de les altres, cadascuna amb les seves pròpies característiques, la qual cosa constitueix un plantejament més madur i adaptatiu.

Pel que fa als freqüents problemes de salut propis de l'edat avançada, diverses investigacions han demostrat que resulta més difícil adaptar-se als que afecten la mobilitat, i també als de pronòstic incert; en canvi, moltes malalties cròniques són més ben tolerades si no afecten la funcionalitat.

Durant la vellesa, l'estat de salut és una preocupació important. Encara que en molts casos es produeix una negació dels problemes i es cau en l'abandonament de les cures bàsiques de les patologies que es pateixen, moltes altres vegades aquesta preocupació fa que moltes persones grans segueixin d'una manera excel·lent els consells de salut i que, per tant, les mesures preventives que se'ls recomanen resultin molt útils.

Al contrari del que podria suposar-se, hi ha molts estudis que mostren que les persones grans descriuen més bé la seva salut que les persones més joves, cosa que sol atribuir-se a una comparació amb els seus congèneres o amb la seva salut anterior; en tot cas, la vivència no és tan negativa com es podria imaginar.

Les somatitzacions que poden donar-se solen ser una forma inconscient de comunicar-se i transmeten la demanda d'ajuda davant l'angoixa de la por de la mort. De cap manera no impliquen l'absència de patologia, sinó que més aviat es tracta d'una forma distinta de manifestar-se la malaltia en determinats subjectes i circumstàncies. Comprendre això ajuda a entendre la veritable dimensió de la malaltia i les seves conseqüències, i a plantejar plans terapèutics més eficaços.

Perspectiva evolutiva: El pas dels anys

L'evolució natural en el nostre entorn al llarg de les nostres vides parteix d'uns coneixements i d'unes prioritats rebuts en el medi familiar —sobretot dels pares—, enriquits amb més o menys estudis i amb les experiències que anem adquirint. En aquest camí possiblement aparegui una parella (o diverses) amb qui compartir-lo, un treball (o diversos), fills i amics que, juntament amb les relacions familiars que es mantinguin, constitueixen la nostra xarxa social. En una situació ideal, tot això contribueix a un creixement personal, professional i, per descomptat, també econòmic.

És clar que, a mesura que es van fent anys, la major part d'aquests aspectes varien quant a importància i prioritat, oscil·lant, per exemple, des de l'auge laboral en la quarantena fins a les esperances posades en el descans en l'edat pròxima a la jubilació. En aquesta mateixa línia, els interessos propis i els que la societat considera adequats o característics en qualsevol de nosaltres són molt diferents segons l'edat.

En general, les persones grans —es considera que ho són les de més de 65 anys— han tingut anys per consolidar els seus coneixements i experiències, han creat una família pròpia, amb fills o fins i tot amb néts, i no els falta gaire per acabar la seva etapa laboral. Fins aquí, qualsevol podria pensar que amb els anys s'ha arribat a un moment vital de felicitat, de celebració; però la realitat és sovint una altra, atès que en l'edat avançada conflueixen altres circumstàncies que poden generar sentiments de tristesa, i això pot impedir la percepció d'aquesta merescuda felicitat. Precisament, en els propers paràgrafs comentarem algunes d'aquestes circumstàncies.

Amb el pas dels anys, es tendeix a fer una crítica interna d'aspectes i decisions importants anteriors que sovint sol ser desfavorable, sense pensar que l'experiència és un grau i que cada moment vital és diferent. Aquests pensaments es fan també extensibles a les esperances posades en la família —per exemple: «Hauria d'haver aconseguit que el meu fill acabés la carrera, que s'hagués casat amb una altra...»—, i la persona es culpabilitza d'allò que no s'ha assolit i, el que és pitjor, arrossega la percepció errònia que no ha estat capaç de modificar-ho. De vegades, aquesta situació de crítica pot conduir a un estat d'insatisfacció més o menys permanent que, certament, no permet gaudir de situacions quotidianes agradables.

El lideratge familiar —en qualsevol dels dos sexes— es modifica amb el pas dels anys, i, òbviament, encara que un pot considerar molt vàlida la seva experiència de la vida, les generacions posteriors, tant fills com nés, deixen de valorar-la progressivament.

Tot i que moltes malalties poden aparèixer en edats primerenques, i fins i tot en la infantesa, en la gent gran s'acumulen algunes de les patologies que són considerades cròniques; les més freqüents són:

- tensió arterial alta
- diabetis tipus II
- artrosi
- colesterol elevat (perfil lipídic alterat)
- sobrepès
- etc.

A totes se'ls ha de prestar la deguda atenció mèdica, ja que són factors de risc a l'hora de patir problemes importants de cor o de cervell; per això és necessari el tractament diari, i encara més davant la tendència a la pèrdua d'autonomia personal que pateix la gent gran.

En aquest sentit, cal dir que l'assistència sanitària primària del nostre país s'encarrega directament de controlar qualsevol d'aquests factors i malalties, però, en tot cas, la cronicitat i el risc estaran presents en qualsevol de les persones afectades. A més, aquestes malalties requereixen un tractament consistent en un nombre considerable de pastilles cada dia, i això és probable que provoqui alguns efectes no desitjats (efectes secundaris) que poden contribuir a empitjorar l'estat de salut percebut. El cas de l'artrosi, que afecta els malucs o els genolls, és un bon exemple de malaltia pròpia de persones grans, que continua evolucionant amb els anys i que limita l'autonomia física.

En aquest moment de la vida, també s'acumulen les pèrdues d'éssers estimats —familiars o amics—, la majoria d'edats similars a la pròpia. Encara que sovint es repeteix que la mort «és llei de vida», és un fet que, llevat d'excepcions, sorprèn a qualsevol edat, i molt més quan afecta persones pròximes.

En tot cas, reconèixer que ja se'n van éssers propers de la mateixa edat, justifica el pensament negatiu sobre la proximitat del final de la vida. Tothom pot identificar en aquest paràgraf la recerca de detalls en les necrològiques dels diaris. El dol, tot i que, òbviament pot afectar-nos en qualsevol etapa, revesteix un risc especial en l'edat avançada.

Per això, davant la pèrdua d'un ésser pròxim, cal estar especialment atents a l'evolució de com afecta aquest esdeveniment la vida de la gent gran. Passats els primers sis mesos, la tendència desitjable és que el dolor i la tristesa vagin millorant i siguin més modificables amb la presència d'activitats i notícies agradables.

Entre un i dos anys després, com a màxim, el record de la persona estimada ha de ser més serè i menys dolorós, amb més records de situacions i anècdotes agradables. Si no és així, ha d'intervenir el metge per descartar que el dol s'hagi complicat i que el subjecte presenti una depressió, cas en el qual —llavors sí— caldria tractament farmacològic.



Què no és una depressió?

La millor manera d'entendre el concepte de malaltia depressiva és comentar breument tot allò *que no és una depressió*.

Per començar, cal deixar clara la noció de *tristes*: una emoció o estat anímic primari reactiu a determinades situacions que el provoquen. En aquest sentit, la mort d'una persona estimada és l'exponent màxim d'un esdeveniment vital trist, però hi ha moltes situacions que es viuen diàriament que potencialment poden induir situacions de tristesa, des de les més banals, com ara la pèrdua d'una competició esportiva o veure una pel·lícula dramàtica, fins a problemes econòmics, passant per la ruptura d'una relació. Es tracta d'un estat d'ànim normal que tots som capaços de definir i identificar, i que depèn de les vivències que l'envolten, que el poden modificar.

Si a una persona que pateix una depressió se li demana que compari el seu humor actual amb el que tenia quan va morir un ésser estimat, el més habitual és que respongui: «No té res a veure..., llavors jo sabia el que em passava»; més endavant, descriurem les característiques de l'humor depressiu, però avancem ara que molts pacients el defineixen com a por; una por intensa del que ha d'anar passant a la vida i de circumstàncies que abans li produïen estats emocionals molt diferents. De fet, el que és preocupant és que una persona no senti tristesa davant d'una situació que habitualment la produeix.

Si la causa de la tristesa s'allarga en el temps i triga molt a resoldre's, l'ànim trist l'acompanya. Les expressions col·loquials més

habituals per a aquesta situació són: «Estic depre...», «Tinc una depre de cavall...». No obstant això, tampoc no es tracta d'una malaltia depressiva, sinó d'un predomini de la tristesa sobre altres estats d'ànim provocat i mantingut per la causa esmentada.



És obvi que, en l'edat avançada, aquestes situacions es produeixen en una mesura més gran i, molt sovint, inclouen desenllaços més inductors de tristesa. La mort de la parella o d'amistats molt pròxims, la separació d'un fill i la situació dels néts, l'empitjorament de la situació econòmica o fins i tot la pèrdua de rol social, incloent-hi el sistema familiar mateix, en són exemples clars. Aquestes situacions, de vegades característiques de l'envelliment, als ulls

d'un profà poden semblar una depressió. La identificació d'una o diverses causes, que en general el subjecte mateix reconeix, la variabilitat d'aquestes causes, que repercuteixen en una millora anímica, evidencien que ens trobem en realitat davant d'una situació d'adaptabilitat que, si és severa i altera l'autonomia de l'individu, pot assolir el rang de trastorn adaptatiu i requerir algun tipus d'abordatge terapèutic.

Una altra qüestió imprescindible que cal comentar fa referència a les persones la conducta de les quals es caracteritza per la manca d'assertivitat, és a dir, les persones que es deixen portar pels altres amb molta facilitat, que gairebé no s'atreveixen a dir la seva i que deixen que les circumstàncies els afectin sense oposar-hi gaire resistència. Per exemple, si els serveixen un plat en mal estat en un restaurant, no protesten, o quan el grup d'amics ha de decidir què fer no es veuen capaços de mostrar-hi la seva disconformitat. És característic que, en general, vegin l'ampolla mig buida. Es tracta de persones amb un temperament depressiu innat, i la tendència és que, amb els anys, aquests trets s'accentuin. Podríem dir que aquestes persones són així, no que estan malaltes.

Qualsevol tipus d'indicació terapèutica, que rarament requereixin aquestes situacions, té com a objectiu atenuar o fer més suportable la situació. El lector pot deduir que els estats anímics aparentment depressius que són induïts per esdeveniments vitals, és a dir, per les circumstàncies de la vida, seran més reversibles o millorables com més capaços siguem de modificar aquestes circumstàncies. El tractament farmacològic, si arriba a estar indicat, tindrà uns objectius més modestos que han de valorar els professionals i ser assumits pels pacients mateixos.

Aquestes reflexions prenen una importància especial en l'edat avançada, en la qual les circumstàncies de la vida que poden implicar tristesa són més freqüents, i fins i tot molt més freqüents, com ara la solitud (per pèrdua d'algun ésser estimat) o el deteriorament complet del rol social i familiar. En aquest sentit, les accions encaminades a atenuar-ne els efectes han de ser, sens dubte, prioritàries.

Què és una depressió?

La depressió és, sobretot, una malaltia. No és un estat que s'expliqui per les coses que ens passen a la vida. Pot ser que, en un primer episodi, estigui associada a alguna circumstància externa especialment estressant, però en la major part dels episodis la reflexió del pacient sol ser: «... i per molt que ho pensi no trobo cap motiu per estar així...».

Comença d'una manera lenta i solapada; els primers símptomes solen incloure desinterès per activitats o situacions de les quals el pacient normalment gaudia, tant aficions o passatemps com relacions socials i familiars. També és freqüent que, progressivament, el rendiment intel·lectual empitjori, és a dir, aparegui una disfunció cognitiva. Aquest símptoma és especialment destacable en relació amb l'edat. Amb els anys, és normal que hi hagi un cert declivi cognitiu, sobretot pel que fa a la memòria recent, la rapidesa de resposta i la manca d'atenció. Si s'hi afegeixen símptomes depressius semblants als que hem ressenyat, el pacient pot presentar una aparença pròxima a la d'una demència. El cansament físic intens va fent efecte en el subjecte des del començament, i s'afegeix al declivi del vigor físic propi de l'edat, un símptoma que també destaca en la senectut. Referent a això, el terme *clinofília* fa referència a la tendència del pacient que pateix una depressió a romandre al llit o tirat al sofà una bona part del dia.

Un altre símptoma que, des del principi, va empitjorant és el trastorn del son. Allò que s'anomena *arquitectura del son*, és a dir, la successió adequada de son profund i superficial perquè el son



sigui reparador, literalment es descompon. Amb independència de les hores que dormi, el pacient es desperta més cansat i en pitjors condicions físiques que quan es va ficar al llit. Un cop més, la tendència que la qualitat del son empitjori amb l'edat pot fer que aquest símptoma tingui una significació especial des del començament de l'episodi.

Sovint, es perd la sensació de gana. El malalt no menja si no se'l força una mica, o bé només «pica» discretament durant el dia. La disminució de pes és inevitable, i el risc de deshidratació és alt en les persones grans, per a la salut de les quals és fonamental una bona hidratació.

La tolerància a les situacions d'estrès es redueix fins al mínim. Tot es fa una muntanya. Prendre les decisions habituals de la vida quotidiana, com ara sortir a comprar alguna cosa, es fan tan pesades i insofribles que esdevenen tasques extraordinàriament complicades d'afrontar. Igualment, la tolerància al dolor es redueix d'una manera considerable. Per exemple, la petita distensió abdominal que qualsevol persona pot percebre després d'un àpat, per a un pacient deprimit pot ser un dolor abdominal intens. Per això, les queixes relacionades amb molèsties corporals són més freqüents —i cal tenir en compte que, com més alta és l'edat, hi ha més probabilitats de patir malalties que cursen amb dolor—, i fins i tot dramàtiques, a mesura que els individus es fan grans.

A més, les idees que inunden la ment d'un pacient deprimit són tremendament pertorbadores. El subjecte deprimit no s'agrada, perd l'autoestima i es convenç que els altres també el veuen així. En l'edat avançada, i amb la pèrdua parcial o total del rol social o familiar, aquesta percepció pot ser encara més accentuada. De fet, les idees de culpa són molt habituals; de vegades, per situacions anteriors que ara el malalt reviu des del prisma de la seva percepció depressiva, i de vegades per circumstàncies recents, i es culpabilitza de no experimentar les sensacions agradables que li proporcionava abans la companyia de fills i néts.

La percepció de si mateix està tan distorsionada que finalment es perd completament, i en ocasions el pacient se sent literalment mort, podrit per dins i en descomposició. Aquests casos extrems, i poc freqüents avui en dia, per la prestesa amb que són tractats, es coneixen com a síndrome de Cotard, en honor al metge francès que el va descriure per primera vegada.



Davant d'una situació com aquesta, el pacient no percep cap sensació agradable i, en canvi, el patiment i l'angoixa l'envaeixen i l'ofusquen constantment: és l'humor depressiu. La seva presència no es modifica per les circumstàncies de l'entorn, però en ocasions presenta una certa millora quan s'acosta la nit.

Tots aquests símptomes queden resumits en la taula I, ordenats segons els sistemes actuals de diagnòstic.

Si el lector té prou empatia per posar-se en la pell d'una persona que experimenta els símptomes que hem descrit, podrà entendre la possibilitat que el pacient pensi: «Ja en tinc prou»...

TAULA I. SÍMPTOMES D'UN EPISODI DE DEPRESSIÓ, ORDENATS SEGONS ELS SISTEMES DE DIAGNÒSTIC I CLASSIFICACIÓ ACTUALS

Síntomes de la depressió	Desenvolupament
Humor depressiu	La major part del dia, immodificable per circumstàncies externes.
Disminució d'interès vers activitats plaents	Tant per observació del pacient com dels altres. Inclou els aspectes lúdic, laboral, social i familiar.
Pèrdua important de pes	Sol ser de més de 3 kg o del 5% del pes corporal en un mes. En alguns casos, sobretot en persones joves, pot haver-hi bulímia i augment de pes (molt poc freqüent).
Insomni o hipersòmia	Es presenta gairebé cada dia. La sensació del pacient és sempre que el somni no és reparador.
Agitació o alentiment psicomotor	És observable. L'agitació es relaciona amb idees de ruïna o culpa. L'alentiment pot arribar a l'estupor.
Fatigabilitat i pèrdua d'energia	Respon a la imatge de passar-se el dia al llit o tirat al sofà.
Sentiments d'incompetència, sentiments de culpa, autoretrets	La naturalesa del sentiment de culpa pot anar des de sentir-se malament per carregar als altres amb més feina durant la baixa laboral fins a pensaments delirants de culpa sense cap connexió amb la realitat biogràfica del pacient.
Disminució de la capacitat de pensar, concentrar-se, rendir; indecisions constants	Els pacients manifesten que no poden seguir un fil narratiu, que han de llegir diverses vegades alguna cosa per retenir-la, que són incapaços de concentrar-se en una tasca.
Pensaments recurrents de mort	Les idees de mort van des pensar que la vida no val la pena viure-la fins a planificar acuradament una temptativa de suïcidi.

El suïcidi

El suïcidi és, des de fa anys, la primera causa de mort externa, per damunt dels accidents de trànsit i, encara més, dels homicidis (gairebé quatre vegades més) i els conflictes armats. En més del 90% dels casos s'hi identifica una malaltia mental, majoritàriament depressió. Els anomenats suïcidis que s'expliquen per circumstàncies purament biogràfiques són molt estranys.

Probablement, es tracta de l'acte més antinatural que un ésser humà pot dur a terme. Els cossos i cervells de tots els mamífers estan preparats per preservar la pròpia vida. L'acte del suïcidi —infligir-se voluntàriament la mort— ha d'evidenciar, als ulls del lector, el terrible sofriment que pot implicar patir una malaltia depressiva i li ha de permetre diferenciar clarament aquesta malaltia de les situacions esmentades anteriorment, com són l'adaptabilitat als canvis, el temperament o la tristesa com a emoció normal.

Les dimensions del problema són notables. Als anys vuitanta, la prevalença del suïcidi en la depressió arribava al 15% dels malalts depressius; actualment, i en relació amb l'increment de pacients identificats i tractats correctament, no arriba al 8%, però continua sent un percentatge molt elevat. Entre els factors de risc, n'hi ha dos de molt rellevants en el tema que ens ocupa: la solitud i l'edat avançada. En aquestes circumstàncies, ser home augmenta el risc encara més. Hi ha altres factors ambientals que no són importants com a desencadenants de l'acte suïcida, però, en la vellesa, circumstàncies com ara la pèrdua de la parella, l'empitjorament de l'estatus socioeconòmic o del rol familiar poden precipitar actes autolítics en

pacients grans que pateixen una depressió. El risc, en aquests casos, sempre ha de ser avaluat per professionals amb experiència, i mai no s'ha de pensar que el discurs pessimista que transmet una pèrdua de l'interès per la vida és una circumstància vital que caracteritza la vellesa. En aquestes circumstàncies, pensaments com ara «Fins aquí he arribat», «Ja en tinc prou...», «Ja n'estic cansat...» prenen una rellevància especial que ha d'alertar les persones que envolten al pacient i els professionals responsables de la seva salut.

Explorar el risc de suïcidi no és difícil ni complicat; n'hi ha prou amb una insinuació lleugera com ara: «Tal com es troba, alguna vegada ha pensat que la vida així no val la pena?». Es pot pensar que, encara que el pacient no hagi manifestat pensaments suïcides, aquests l'afligeixen i consumeixen la major part del dia, i la possibilitat de parlar clarament del tema tindrà un efecte tranquil·litzador, li aportarà certa calma. Aquest és el moment de transmetre els primers missatges per reduir el risc de passar a l'acte: «No cal fer-ho ara», «Sempre ho pot fer un altre dia», per exemple, i transmetre la confiança del professional a millorar aquesta situació. És el moment de parlar del tractament farmacològic i de la seva notable efectivitat, de la condició de malaltia amb majúscules de la depressió i el corrent del fenomen de l'estigmatització i la incomprensió dels altres. Frases habituals com «No tens motius...», «El que et cal és...», «No et fa vergonya fer-nos això...» han d'evitar-se perquè són perilloses, irrealistes i irresponsables.

La relació entre el suïcidi i la depressió és tan rellevant que constitueix la part central dels programes de prevenció del suïcidi que s'han impulsat a Europa durant l'última dècada. Fa deu anys, un

grup alemany va demostrar que quan en una àrea poblacional es posaven en marxa una sèrie d'accions per millorar la capacitat de detecció de casos nous de depressió i s'organitzava un programa assistencial específic per a persones que alguna vegada havien intentat suïcidar-se, el nombre de suïcidis consumats en els anys següents era molt menor que en un altre sector de població en què no s'hagués implementat aquest procediment.

La millora de la capacitat de detecció de casos nous de depressió tenia relació amb la millor formació dels metges de família, però també dels anomenats agents multiplicadors, és a dir, professionals que atenen els ciutadans en situacions de certa implicació i que poden, com a mínim, sospitar que hi ha símptomes depressius i recomanar una visita al metge de família. Aquestes professions incloïen mestres, sacerdots, policies i bombers. Aquest programa europeu, encara vigent, s'anomena **Aliança contra la Depressió**.

Davant aquests excel·lents resultats, l'estudi es va replicar en altres divuit països de la Unió Europea. A Espanya, es va fer a l'Hospital de Sant Pau, en coordinació amb el sector de la Dreta de l'Eixample (CPB). Els resultats van ser superposables als del grup alemany, i des de fa anys continua funcionant amb finançament públic del govern català per a l'àrea d'influència de l'Hospital de Sant Pau i, de moment, també a l'àrea del Vallès, en concret a l'Hospital Parc Taulí (Sabadell).

Una altra circumstància que ha de diferenciar-se adequadament de la que ens ocupa és el desig de morir amb dignitat en el context d'una malaltia terminal en què l'actor expressa la voluntat de no acabar la seva vida en un marc hospitalari que impliqui solitud i

sofriment. Aquesta situació no té res a veure amb la depressió ni amb el suïcidi, sinó amb el desig de morir envoltat de les persones estimades, sense violència i amb serenitat. Es tracta del suïcidi assistit, que requereix, sens dubte, un tractament diferent i que està més relacionat amb conceptes com el de les cures pal·liatives.

Hi ha tractament farmacològic per a la depressió?

La depressió té tractament, i és efectiu. Tots els esforços per evidenciar l'estatus de malaltia de la depressió estan encaminats al fet que el lector dedueixi que el tractament principal és un fàrmac. En efecte, de la mateixa manera que en algunes malalties s'intenta eliminar la causa identificada —etiologia, en terminologia mèdica—, com ara en les malalties causades per bacteris o virus, en d'altres de causa exacta desconeguda s'intenta interferir amb les disfuncions químiques que produeixen i mantenen els símptomes.

Els fàrmacs antidepressius actuen, principalment, augmentant la quantitat de neurotransmissors que entren en contacte amb les cèl·lules nervioses o neurones. Els neurotransmissors, tal com indica el seu nom, transmeten la informació d'una neurona a una altra. S'ha pogut constatar un dèficit en l'activitat de la serotonina, que es relaciona amb la mala tolerància a l'estrès o amb l'increment en la percepció del dolor, o de la melatonina, responsable d'estructurar el son i la major part de ritmes circadianis. Igualment, un dèficit de noradrenalina implica cansament, pèrdua de vigor físic i dificultat per concentrar-se i rendir intel·lectualment, i, finalment, la reducció de l'activitat de la dopamina comporta la dificultat de sentir plaer i sensacions agradables en general i també és responsable de l'alentiment físic i mental que presenten alguns pacients.

Els fàrmacs antidepressius només han ser prescrits per metges. La via d'accés habitual és el metge de família, i, en el cas de les per-

sones grans, el geriatre. Els casos que no responen adequadament —les persones que pateixen altres malalties o que són molt grans i presenten dubtes en el diagnòstic— han de ser avaluats i tractats per especialistes en psiquiatria.

Un percentatge superior al 50% dels pacients depressius respon de manera adequada a un primer antidepressiu, i fins al 80% respon amb dosis o combinacions que decideixen els especialistes. Per sort, els medicaments moderns, tot i no estar exempts d'efectes no desitjats, són molt més ben tolerats que els que es van emprar fins a la dècada dels anys noranta.

Com s'indica, les persones d'edat avançada que prenen antidepressius poden patir els efectes secundaris negatius. Per exemple, els medicaments antics, com ara la imipramina (Tofranil) o l'amitriptilina (Tryptizol), poden causar un estat de confusió que pot assemblar-se a una demència i que desapareix amb la reducció de la dosi o la supressió del fàrmac.

Per contra, els medicaments més moderns poden reduir subtilment la sensació de tenir el cap clar i, rarament, induir símptomes que recorden la malaltia de Parkinson.

En tot cas, des del punt de vista terapèutic, el missatge ha de ser optimista, atès que una gran part dels casos



s'acaben resolent, i, a més, amb una tolerància al tractament en general bona i assumible. Tot i així, els professionals han de ser curosos a evitar els antidepressius que puguin causar interaccions rellevant en persones grans tractades també amb altres medicaments. Entre els fàrmacs moderns, la paroxetina, la fluoxetina i la fluvoxamina no haurien de ser indicats mai per a persones d'edat avançada; es tracta de casos en què poden coincidir, en el mateix pacient, medicaments per reduir el colesterol, el sucre o la coagulació amb altres que poden interaccionar i augmentar de manera tòxica la seva activitat.

Una qüestió que mereix un capítol especial és la vigència de l'*electroxoc*. El desprestigi popular d'aquesta opció terapèutica és més que notable. No obstant això, aquesta percepció s'hauria de matisar d'una manera convenient, atès que la denominada electroconvulsoteràpia manté unes indicacions precises que cal conèixer per obtenir una visió justa d'aquesta tècnica.

L'evolució tecnològica relativa a l'anestèsia, la relaxació i el tipus i intensitat de corrent emprada ha convertit una possibilitat de tractament agressiu en el que, probablement, és l'elecció més innòcua. En efecte, el tractament de la depressió en l'edat avançada pot presentar esculls difícils de salvar, i la severitat de l'episodi pot implicar un mal estat general que dificulti la utilització de dos fàrmacs o més amb perfils d'efectes no desitjats que empitjorin la patologia mèdica del pacient. La progressió de l'episodi depressiu es pot veure afavorida per canvis continus de tractament, pel fet de no tolerar dosis terapèutiques, o per la combinació de medicaments que necessita el pacient. Són situacions en què la pèrdua de pes i les dificultats per mantenir una hidratació adequada poden per-

judicar seriosament la salut del pacient. Igualment, pot arribar a presentar les formes més greus —que es comenten en l'apartat següent—, com és ara el cas de l'estupor depressiu. En aquestes situacions, la electroconvulsoteràpia és la millor opció: no solament garanteix la màxima eficàcia amb la major rapidesa, sinó que evita el retard clàssic dels antidepressius en la millora del pacient (entre tres i sis setmanes).

Què més podem fer-hi? La prevenció de la depressió en l'edat avançada

La prevenció de la depressió, com la d'altres malalties, no és accessible respecte a la vulnerabilitat de cada persona a patir-la. No obstant això, sí que podem incidir en els factors que poden precipitar-la. D'altra banda, un entorn controlat i acurat permet identificar la depressió des dels primers símptomes, implementar un tractament adequat i evitar que evolucioni fins a fases d'extrema gravetat. De fet, les formes de depressió més greus gairebé han desaparegut. Tant l'estupor malenconiós, autèntic coma depressiu, com la síndrome de Cotard esmentada, que representa el màxim nivell de patiment, s'observen rarament i només en unitats per a pacients aguts molt especialitzades. L'excel·lent formació dels metges de família i geriatres, juntament amb la facilitat d'ús dels nous antidepressius, ha facilitat la identificació i el tractament precoç dels episodis depressius, de manera que, amb independència del resultat final, l'evolució cap a les formes més greus s'ha vist, afortunadament, parcialment truncada.

Així doncs, la primera acció preventiva és una vinculació adequada amb el metge d'assistència primària, el metge de família o el geriatre. Així, el metge pot detectar qualsevol canvi significatiu en el tracte amb el pacient, diagnosticar-lo i tractar-lo, almenys, inicialment. El temps que el pacient passa sense ser tractat farmacològicament incideix també en el pronòstic final; dit amb unes altres paraules, com més setmanes passi el malalt sense ser tractat, menys possibilitats tindrà d'aconseguir la remissió clínica.

Així mateix, aquesta vinculació amb el metge d'assistència primària ha de permetre distingir l'inici d'una depressió del d'una malaltia neurodegenerativa. En efecte, els símptomes depressius poden ser manifestacions inicials de malalties freqüents en persones grans, com ara l'Alzheimer i el Parkinson.



Això no vol dir en absolut que l'inici de símptomes depressius en l'edat avançada sigui normalment l'inici d'un procés neurodegeneratiu, però sí que és molt important tenir-ho en compte per evitar que símptomes com la tremolor, la pèrdua de facultats cognitives (rendiment intel·lectual) o caigudes inexplicables passin desapercibuts o es contemplin com una part dels símptomes depressius o efectes no desitjats del tractament en marxa. El metge és qui ha d'analitzar les característiques clíniques i indicar el tractament més adequat per abordar el problema de salut que s'hagi pogut detectar.

En la mateixa línia, i atesa la incidència de la malaltia d'Alzheimer després dels 65 anys —la seva prevalença augmenta amb l'edat: a una de cada quatre persones de més de 80 anys li serà diagnosticada—, no és infreqüent que un pacient d'edat avançada amb depressió sigui diagnosticat de demència per les característiques dels símptomes relacionats amb les seves capacitats cognitives. Encara que en l'actualitat disposem de diferents fàrmacs (donepezil, rivastigmina, galantamina i memantina) que, en certa manera, retarden l'evolució de l'Alzheimer, la malaltia portarà sempre, inexorablement, a un estat de dependència física i cognitiva total. Com el lector pot suposar, confondre el diagnòstic amb una depressió privarà al subjecte d'una resposta terapèutica favorable amb qualsevol dels tractaments descrits.

De la mateixa manera, un entorn familiar amb un bon nivell de nutrició emocional té una repercussió similar en la detecció d'un canvi de caràcter, la desaparició d'interessos, l'empitjorament del son, la falta de gana i molts altres símptomes depressius que són evidents vistos per un tercer.

No obstant això, en molts casos, la xarxa social que envolta al pacient és escassa o nul·la, per abandonament familiar o simplement per la seva inexistència o desaparició.

En aquests casos, els moviments associacionistes, vinculats o no a una administració pública, poden jugar un paper rellevant. Allotjar gent jove a la pròpia llar, membres d'un voluntariat que acompanyi la persona gran a fer gestions o que simplement passi unes hores amb ella són accions que redueixen la percepció diària de l'estrès que implica la solitud i permeten detectar canvis en l'ancià que alertin sobre l'inici d'un episodi depressiu.



El paràgraf anterior ens serveix per enllaçar amb la possibilitat de patir aparentment una depressió. Tornem al començament per recordar que formes més lleus de patiment relacionades amb les circumstàncies de la vida poden, a ulls d'un neòfit, semblar una depressió. En l'edat avançada, la solitud forçada que implica una xarxa sociofamiliar pràcticament nul·la constitueix un factor d'estrès constant que indueix un estat d'ànim en aparença depressiu (trastorn adaptatiu). En aquest sentit, totes les accions encaminades a reconstituir al màxim la xarxa social o sociofamiliar implicaran la modificació d'aquest estat anímic, el qual podria ser considerat en aquest context com a normal i reactiu, i, per tant, modificable. En aquests casos, el tractament mai no és farmacològic, atès que el subjecte no pateix una malaltia depressiva.

En l'apartat següent, desenvolupem aquests aspectes crucials de l'envelliment que poden fer que la vida de la gent gran sigui vista com a aparentment depressiva.

Estratègies útils més enllà dels fàrmacs

És aconsellable tenir en compte totes les estratègies que, fàcilment implementades, han demostrat una eficàcia significativa per evitar l'ànim subdepressiu.

D'una banda, l'exercici físic d'una certa entitat millora durant unes hores l'estat d'ànim. En el camp de la psicologia clínica rep el nom d'**activació conductual**; solen formar-se grups de pacients per instruir-los sobre com practicar exercici, la rellevància que té i com incideix en l'estat anímic. Tot plegat, per descomptat, requereix fer modificacions en les accions de la vida quotidiana que impliquin un increment d'activitat; per exemple, fer a peu els desplaçaments la distància i durada dels quals siguin assumibles pel pacient. De fet, n'hi ha prou amb caminar una mitja hora al dia (dos quilòmetres, aproximadament) per evitar el tan injuriat estil de vida sedentari; d'aquesta manera, l'activació conductual implica beneficis en relació amb l'estat anímic i la salut física.



Les tècniques psicoterapèutiques encaminades a descentrar les preocupacions que ens afecten i contribueixen a la persistència d'un estat d'ànim baix també permeten millorar l'humor a llarg termini. De fet, en un article publicat fa pocs anys es va demostrar que, en pacients d'edat avançada que havien patit depressió, la realització de tai-txi diverses vegades per setmana reduïa de manera significativa el risc d'una recaiguda. La pràctica freqüent d'una d'aquestes tècniques procedents de la cultura oriental, convenientment descontextualitzades, pot ser molt útil en persones grans amb dèficits de xarxa social per reduir les tribulacions pròpies de la seva situació.



Encara que pugui considerar-se una qüestió accessòria, la dieta pot jugar un paper més important del que sembla en primera instància. Alguns dèficits dietètics són propis de les persones que viuen soles i no cuinen. Així, si s'ha optat per una dieta fàcil i capritxosa, és probable que a la llarga es presentin dèficits d'algunes vitamines secundàries que s'han relacionat amb l'estat anímic.

Més curiós per al lector, però contrastat científicament, és el fet que el consum habitual (almenys quatre vegades per setmana) d'algun aliment redueix de forma significativa la recaiguda en pacients amb depressió. Fins a



la data, això s'ha demostrat comparant una dieta rica en tomàquet amb la dieta convencional o amb aquella en què predomina la fulla verda. Així doncs, no es pot descartar que en un futur immediat puguem recomanar la inclusió habitual d'altres aliments protectors.

Finalment, cal destacar l'afrontament de la solitud. En efecte, en absència de depressió, afrontar adequadament la solitud no buscada és essencial per prevenir-la. Sens dubte, la personalitat de cadascú és un factor essencial perquè l'afrontament sigui més o menys adaptatiu i no generi símptomes aparentment depressius.

En aquest sentit, la passivitat i l'acceptació solament són adaptatives en persones amb bona formació i molt segures de si mateixes, però són negatives per a la majoria de persones grans. Aquesta és una opció més freqüent en països anglosaxons, amb xarxes

familiars que perden amb més freqüència la seva integritat amb el pas dels anys que en països llatins. És ben sabut, i té el suport de la bibliografia, que la integritat de la xarxa familiar és protectora davant l'aparició de símptomes depressius.

La distracció, és a dir, la recerca de l'oci com a forma d'invertir el temps, sol ser positiva. Sovint afavoreix el contacte amb l'altre i la recerca de companyia, i permet refer vincles personals com ara ser apreciat i refermar les potencialitats pròpies. Així doncs, l'oci i la distracció impliquen la percepció de plaer i, per tant, de sensacions agradables clarament alternatives a la solitud i la introversió. Tot això té relació amb el concepte que hem apuntat més amunt de l'activació conductual. Associar-se, apuntar-se a activitats grupals, interaccionar amb més gent en associacions són formes d'activar-se aconsellables en l'edat avançada.

Mereix un reconeixement especial tot el que fa referència a activitats de voluntariat, pel nivell i la qualitat que impliquen les sensacions de tornar a tenir un paper. Així mateix, l'augment de la religiositat, present en una desena part de la gent gran, pot ser adaptatiu en situacions vitals molt negatives que impliquen resignació; es tracta d'una opció molt més freqüent en dones i en països amb menor integritat familiar (s'entén que com a recurs davant la solitud).

Tot el que s'ha dit està matisat no solament per la personalitat, sinó per altres recursos interns, com ara la formació al llarg del temps, els estudis adquirits, la sensibilitat intrínseca o els interessos particulars. En tot cas, totes les iniciatives dels sistemes públics que estan relacionades amb la salut i el benestar, i enfocades a facilitar

i orientar la forma d'afrontar adaptativament la solitud haurien de ser prioritàries. Reduir el risc de presentar símptomes depressius i detectar i tractar els inicis d'un episodi de depressió no només millora el benestar general, sinó que és, sens dubte, efectiu pel que fa als costos que suposarà el tractament.



Finalment, paga la pena esmentar un estudi de tipus epidemiològic realitzat a França fa uns anys, amb la intervenció de diverses entitats relacionades amb la salut, com ara la Creu Roja, o amb entitats religioses confessionalment diverses i finançat pel sistema de salut del país veí. La constatació que, entre els anys 1962 i 2007, el nombre de persones grans que vivien soles s'havia triplicat va fer prendre consciència que la solitud no buscada en aquesta etapa de la vida constituïa un problema alarment creixent.

Després que s'analitzessin els resultats d'aquest estudi, es van fer set recomanacions que, parcialment, estan contingudes en tot el que s'ha comentat fins ara i que il·lustren, de manera ordenada, una sèrie d'indicacions que probablement ningú no discutirà avui dia. Aquestes recomanacions queden molt breument exposades en la taula II.

Com comprovarà el lector, algunes de les recomanacions d'aquest estudi —realitzat en la passada dècada— ja s'han posat en marxa en el nostre entorn. Les activitats d'oci i acompanyament per barris, l'accés a formació de diferents nivells o universitat de gent gran, o la formació en eines com ara internet o el treball social són presents en la planificació de l'assistència a l'edat avançada. Naturalment, hi ha diferències territorials que requereixen més atenció.

TAULA II. TAULA DE SÍNTESI DEL TREBALL: «COMBATRE LA SOLITUD DE LA GENT GRAN: AÏLLAMENT DE VIDA DE RELACIÓ DE LA GENT GRAN », PER ANNE-CAROLE BENSADON.

Estratègies	Desenvolupament
Tenir en compte la diversitat de solituds	Valorar sempre els aspectes diferencials de com s'ha arribat a aquesta situació.
Passar de «fer per» a «fer amb»	L'anàlisi qualitativa de les dades va demostrar que el tipus de mesures no poden venir només de l'exterior. Cal elaborar propostes amb participació activa dels interessats.
Reforçar la coordinació individual	De fet, aquesta és la tasca dels assistents socials que fan plans coordinats entre els diferents agents públics que intervenen en aquest tipus de mesures. D'alguna manera, es tracta de reforçar plans individualitzats.
Fomentar relacions de veïnatge	Activitats i possibilitats d'oci o formació ociosa organitzades per àrees d'un barri o fins i tot per comunitats de veïns. Els autors destaquen, en aquest apartat, el paper dels ajuntaments perquè susciten confiança en els ciutadans.
Reforçar el capital social	El capital social és el conjunt de relacions socials de què disposa l'individu.
Promoure l'intercanvi generacional	Hi ha molts estudis que donen suport incondicional a la formació en noves tecnologies i a la idea que l'edat no és un obstacle per aprendre d'elles i utilitzar-les. La reducció de la segregació i l'aïllament per aquesta causa es pot reduir fàcilment.
Conservar l'accés al sistema educatiu	Fa referència a conceptes com ara el d'universitat de gent gran: aprendre com a col·lectiu redueix l'aïllament. En l'edat avançada la formació pot mantenir-se, encara que es deslligui de la productivitat.

A tall de conclusió

L'expectativa de vida ha crescut d'una manera notable en les últimes dècades. La previsió és que, en poc temps, una de cada tres persones tindrà més de seixanta anys d'edat. Envellir implica una sèrie de canvis vitals que requereixen una adaptació progressiva i, fins a cert punt, exigent, sobretot si tenim en compte que sovint dura més de vint anys a partir de la jubilació. Els problemes adaptatius que generen aquests canvis produeixen símptomes depressius que no constitueixen una depressió clínica, però que requereixen estratègies específiques en l'àmbit de les institucions i els col·lectius per evitar-los.

D'altra banda, la depressió és una malaltia greu que presenta unes característiques específiques en l'edat avançada. Aquestes especificitats en dificulten tant la detecció com el tractament. Les estratègies comentades per millorar la vida de les persones grans faciliten el diagnòstic i tractament de la depressió, que revesteix, sens dubte, una gravetat especial en la senectut.

Fundació Agrupació, amb la col·laboració de la **Fundació Salut i Envel·liment UAB**, ha elaborat aquest llibre adreçat a les persones grans amb la finalitat de difondre informació general sobre l'estat d'ànim i la depressió.

