

# guias

PRÁCTICA CLÍNICA EN EL MAYOR  
DESDE LA ATENCIÓN PRIMARIA

## DEPRESIÓN EN EL MAYOR

MANEJO Y PREVENCIÓN DE  
LA DEPRESIÓN EN EL MAYOR



## ÍNDICE

MIEMBROS DEL GRUPO DE TRABAJO DE LA GUIA DE PRÁCTICA CLINICA MANEJO Y PREVENCIÓN DE LA DEPRESIÓN EN EL MAYOR	7
COMITÉ DE COORDINACIÓN DE LAS GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA EN EL MAYOR	7
MARCO GLOBAL DE LAS GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA EN EL MAYOR	8
VERSIÓN RESUMIDA DE LA GUÍA DE DEPRESIÓN EN EL MAYOR	9
<b>LA DEPRESIÓN EN EL MAYOR</b>	<b>19</b>
1. INTRODUCCIÓN	21
2. ¿CUÁLES SON LOS DATOS EPIDEMIOLÓGICOS MÁS RELEVANTES?	24
3. ¿CUÁLES SON LOS PRINCIPALES FACTORES DE RIESGO PARA LA DEPRESIÓN EN LAS PERSONAS MAYORES?	25
4. ¿CUÁL ES LA PRESENTACIÓN CLÍNICA HABITUAL?	28
5. ¿QUÉ IMPORTANCIA TIENE EL RIESGO DE SUICIDIO EN LAS PERSONAS MAYORES QUE SUFREN DEPRESIÓN?	30
6. ¿QUÉ PATOLOGÍAS ASOCIADAS PRESENTAN LAS PERSONAS MAYORES QUE SUFREN DEPRESIÓN?	33
7. ¿CÓMO HACER EL CRIBAJE Y EL DIAGNÓSTICO EN ATENCIÓN PRIMARIA (AP)?	39
8. LA DEPRESIÓN EN LAS PERSONAS MAYORES ¿SE PUEDE PREVENIR DESDE AP?	45
9. ¿CÓMO DEBEMOS ABORDAR EN AP EL TRATAMIENTO DE LA DEPRESIÓN EN LAS PERSONAS MAYORES?	46
10. ¿CUÁL ES EL PRONÓSTICO DE LOS PACIENTES MAYORES CON DEPRESIÓN?	63
11. ¿CUÁLES SON LOS CRITERIOS DE DERIVACIÓN AL NIVEL ESPECIALIZADO DE LOS PACIENTES MAYORES CON DEPRESIÓN DESDE AP?	64
12. ¿CÓMO DEBE SER EL PLAN DE CUIDADOS INDIVIDUALIZADO DEL PACIENTE MAYOR CON DEPRESIÓN ATENDIDO EN AP?	65
13. DEPRESIÓN EN LAS PERSONAS MAYORES	66
Ideas clave	66
Errores frecuentes	66
<b>BIBLIOGRAFÍA</b>	<b>69</b>
<b>ANEXOS</b>	<b>77</b>
ANEXO 1. ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA DE YESAVAGE (Versión abreviada)	77
GDS 15 ítems	77
GDS 5 ítems	77
ANEXO 2. ESCALA DE CORNELL PARA LA DEPRESIÓN EN LA DEMENCIA	78



# guias

PRÁCTICA CLÍNICA EN EL MAYOR  
DESDE LA ATENCIÓN PRIMARIA

## DEPRESIÓN EN EL MAYOR

MANEJO Y PREVENCIÓN DE  
LA DEPRESIÓN EN EL MAYOR



## MIEMBROS DEL GRUPO DE TRABAJO DE LA GUIA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE DEPRESIÓN EN EL MAYOR

### COORDINADOR Y REDACTOR

**Sebastià Riu Subirana**  
Médico de Familia  
SRETR Llars Mundet. Diputació de Barcelona

### REDACTORES

**Josep M<sup>a</sup> Bosch i Fontcuberta**  
Médico de familia  
ABS Encants (Maragall). ICS. Barcelona

**María Estrella Barceló Colomer**  
Farmacóloga clínica  
SAP Muntanya. Barcelona

**Víctor Manuel González Rodríguez**  
Médico de Familia  
C.S. Villoria. Salamanca

### REVISORES EXTERNOS

**Jordi Cebrià Andreu**  
Médico de familia  
ABS Granollers Sud. ICS. Barcelona

**Joan Manel Pérez Castejón**  
Geriatra  
Clínica Barceloneta. Barcelona

**Manel Sánchez Pérez**  
Psiquiatra  
GG.HH. Hospital del Sagrat Cor. Martorell.  
Barcelona

**Antoni Hidalgo**  
Técnico de salud  
IDIAP Jordi Gol. Barcelona

Conflictos de interés: Los miembros del grupo de trabajo declaran la ausencia de conflictos de interés

## COMITÉ DE COORDINACIÓN DE LAS GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA EN EL MAYOR

**Sergi Blancafort Alias**  
Responsable de Formación  
Fundació Biblioteca Josep Laporte

**Albert J. Jovell Fernández**  
Director Fundació Biblioteca Josep Laporte

**José Miguel Baena Díez**  
Médico de Familia  
Centro de Salud La Marina. Barcelona

**Antonio San José Laporte**  
Médico Internista  
Hospital General Valle de Hebrón. Barcelona

**Roser Solans**  
Médico Internista  
Hospital General Valle de Hebrón. Barcelona

**Sebastià Riu Subirana**  
Médico de Familia  
SRETR Llars Mundet. Diputació de Barcelona.

**Eric Sitjas**  
Médico de Familia  
Consorti Sanitari Maresme

## MARCO GLOBAL DE LAS GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA EN EL MAYOR

El presente proyecto de elaboración de una serie de “Guías de Práctica Clínica en el mayor desde la perspectiva de la Atención Primaria” es fruto de una iniciativa de la Fundación Biblioteca Josep Laporte, el Col·legi Oficial de Metges de Barcelona y la Universitat Autònoma de Barcelona, que cuenta con la colaboración del Grup de la Gent Gran de la Societat Catalana de Medicina Familiar y Comunitaria y la Sociedad Catalana-Balear de Geriatria y Gerontología, y con el patrocinio del Merck Institute of Aging and Health. El objetivo es desarrollar Guías de Práctica Clínica en el ámbito de la Geriatria orientadas preferentemente hacia los médicos de Atención Primaria.

Su redacción ha sido precedida de un curso bimodal de formación en la elaboración de guías de práctica clínica, que ha tenido como objetivo homogeneizar las presentes Guías y formar a los alumnos del curso en aspectos metodológicos. Dicho curso ha tenido dos fases. En la primera fase, presencial, se realizó una introducción al campus y a los contenidos del curso, al proceso de evaluación de Guías de Práctica Clínica mediante el instrumento AGREE (Appraisal of Guidelines Research and Evaluation for Europe, <http://www.agreecollaboration.org>) y se crearon los grupos de trabajo para cada una de las distintas Guías. En la segunda fase, on-line, se realizó el curso propiamente dicho, con una posterior evaluación.

Cada grupo de trabajo fue enfocado desde una orientación multidisciplinar en función de cada Guía de Práctica Clínica, contando con el soporte metodológico y documental de la Fundación Biblioteca Josep Laporte. Se procedió a una revisión sistemática de las evidencias disponibles, se elaboraron las preguntas a responder por la Guía de Práctica Clínica, se determinó el formato de las Guías y se seleccionó a un grupo de revisores externos para configurar de manera definitiva cada Guía, incluyendo a expertos en el tema, un revisor experto en metodología y un revisor del Programa de Actividades Preventivas y Promoción de la Salud del grupo del Mayor de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria.

Como toda Guía para la Práctica Clínica, sus recomendaciones deben de interpretarse no como un

dogma, sino como una ayuda en la toma de decisiones. Intentan que los clínicos adopten dichas decisiones con la mejor evidencia científica disponible con el objeto de mejorar la calidad de la atención para sus pacientes. Es por ello que el formato de las presentes Guías se ha orientado en función de las preguntas clínicas que se formulan habitualmente en la práctica asistencial. Asimismo, es importante recordar que las Guías no tratan de suplantar el juicio clínico y ni mucho menos tratan de abordar todos los aspectos de los temas abordados, aunque si que tratan de disminuir la variabilidad de la práctica clínica de los profesionales implicados en la atención a las personas mayores y que estas actuaciones se basen en la mejor evidencia científica disponible.

La difusión de la presente guía contempla diversas opciones entre las que destacaremos la presente versión en forma de libro, la versión resumida, la versión en formato electrónico (disponible en....) y la versión disponible en las webs de las Sociedades científicas que participan en el proyecto:

1. Sociedad Catalana de Medicina Familiar y Comunitaria: [www.camfic.org](http://www.camfic.org)
2. Sociedad Catalana-Balear de Geriatria y Gerontología: [www.segg.es](http://www.segg.es)
3. Fundación Biblioteca Josep Laporte: [www.fbjoseplaporte.org](http://www.fbjoseplaporte.org)

La Presente Guia se revisará cada 2 años, a menos que aparezcan evidencias suficientes para que el grupo de trabajo considere que debe de realizarse en un plazo inferior. Las actualizaciones se podrán consultar en las direcciones electrónicas referidas anteriormente.

### Fuentes de financiación

La presente guía ha sido financiada por una beca del Merck Institute of Aging and Health, que sirvió para la realización de un curso bimodal de elaboración de guías de práctica clínica, que incluía el diseño de un campus virtual para el seguimiento del curso y la organización de sesiones presenciales. Los colaboradores de la presente Guía no han recibido ningún tipo de compensación económica, ni de otra índole.





# DEPRESIÓN EN EL MAYOR

VERSIÓN RESUMIDA



## 1. ¿CUÁLES SON LOS DATOS EPIDEMIOLÓGICOS MÁS RELEVANTES?

El EURODEP<sup>35</sup> (Estudio Europeo de la Depresión en mayores que viven en la comunidad) encuentra una prevalencia global del 12.3% (95% IC: 13.5%-14.8%), mujeres 14.1% (95% IC: 13.5%-14.8%), hombres 8.6% (95% IC: 7.9%-9.3%). Existe una gran variabilidad entre las distintas ciudades europeas participantes en el estudio (**Grado de Recomendación A**).

En una revisión sistemática mundial<sup>34</sup> la prevalencia global es del 13.5%, con un 1.8% para el Episodio Depresivo Mayor y con un 10.2% para Depresión Menor (**Grado de Recomendación A**)

## 2. ¿CUÁLES SON LOS PRINCIPALES FACTORES DE RIESGO PARA LA DEPRESIÓN EN LAS PERSONAS MAYORES?

### FACTORES DE RIESGO<sup>19</sup> DE DEPRESIÓN EN PERSONAS MAYORES (Grado de Recomendación A)

<b>Aceptados</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- alteraciones del sueño</li> <li>- discapacidad</li> <li>- antecedentes de depresión</li> <li>- sexo femenino</li> <li>- duelo</li> </ul>
<b>Inciertos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- problemas de salud</li> <li>- deterioro cognitivo</li> <li>- vivir solo</li> <li>- presencia de nuevas enfermedades médicas</li> </ul>
<b>No comprobados</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- mayor edad</li> <li>- menor nivel educativo</li> <li>- ser soltero</li> <li>- escaso soporte social</li> </ul>
<p><b>Fármacos más estrechamente relacionados con la depresión<sup>8</sup></b>            Beta-bloqueantes, bloqueantes de los canales del calcio,            Inhibidores de la Enzima de Conversión de la Angiotensina (IECA),            Metildopa, Reserpina, Tamoxifeno, Corticosteroides,            Interferon-alfa, Progesterona</p>	

### ¿TIENE RELEVANCIA CLÍNICA EL DIAGNÓSTICO DE DEPRESIÓN MENOR?

La depresión menor debe considerarse seriamente como objetivo para la prevención y el tratamiento<sup>47</sup> (**Grado de Recomendación C**)

## 3. ¿CUÁL ES LA PRESENTACIÓN CLÍNICA HABITUAL?

La depresión en el paciente mayor tiende a ser menos ideacional y más somática<sup>2</sup>.

Un rasgo típico de la depresión, como es el humor deprimido, puede ser menos prominente que otros síntomas somáticos, que pueden hallarse presentes en casi el 65% de los mayores con depresión<sup>2</sup>.

Claves de la depresión en el mayor <sup>52</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Quejas somáticas</li> <li>- Sentimientos de desesperación</li> <li>- Ansiedad e inquietud</li> <li>- Disminución o ausencia de la sensación de placer</li> <li>- Movimientos enlentecidos</li> <li>- Disminución en el cuidado y aseo personal</li> </ul>
--	--

## 4. ¿Qué importancia tiene el riesgo de suicidio en las personas mayores que sufren depresión?

¿CÓMO SUELEN SER LOS SUICIDIOS EN LAS PERSONAS MAYORES<sup>5,8,16,56</sup>?

1. Mucho más frecuentes (el doble) que en la población de menor edad
2. Se caracterizan por ser procesos más elaborados y planificados que en edades adultas
3. Representan un elevado porcentaje de consumación de las amenazas o ideaciones suicidas
4. Constituyen la consecuencia más seria de la depresión en los mayores al presentar un elevado índice de letalidad

¿DEBEMOS PREGUNTAR EN LA ANAMNESIS POR LA IDEACIÓN SUICIDA<sup>2,16</sup>?

Se debe interrogar siempre por la ideación suicida a todas las personas mayores con síntomas de depresión

¿EXISTEN DIFERENCIAS ENTRE EL CUIDADO USUAL Y EL CUIDADO COLABORATIVO O MULTIDISCIPLINAR<sup>28,29,59</sup>?

La atención o el cuidado colaborativo es una intervención de bajo coste, aceptable para los pacientes, asociada a mejoras importantes en los resultados a los pocos meses, y que también mejora la función física, cuando se compara con la de los mayores que recibieron un cuidado habitual **(Grado de Recomendación A)**

¿ALGUNOS SENTIMIENTOS PUEDEN FAVORECER LA PRESENCIA DE PENSAMIENTOS SUICIDAS<sup>58</sup>?

Los sentimientos de culpabilidad, de pérdida y de inutilidad están también estrechamente relacionados, al multiplicar por seis la existencia de pensamientos suicidas **(Grado de Recomendación B)**

¿PUEDE TENER ALGÚN PAPEL EL ALCOHOL EN EL RIESGO DE SUICIDIO<sup>56</sup>?

La combinación de factores estresantes interpersonales y un consumo aumentado reciente de alcohol aumenta el riesgo de suicidio **(Grado de Recomendación B)**.

## 5. ¿Cuáles son las características que presentan las personas mayores que sufren depresión en la Enfermedad de Alzheimer y en la Depresión Post-Ictus (DPI)?

¿QUÉ SIGNOS PUEDEN HACER SOSPECHAR LA PRESENCIA DE DEPRESIÓN EN PACIENTES CON ENFERMEDAD DE ALZHEIMER PROBABLE<sup>64</sup>?

La disminución en la función, que no en la cognición, precede al primer episodio depresivo en un individuo con enfermedad de Alzheimer probable **(Grado de Recomendación A)**

¿LA DEPRESIÓN PODRÍA SER UN FACTOR DE RIESGO DE DEMENCIA<sup>5,65</sup>?

Estudios comunitarios encuentran una correlación entre la sintomatología depresiva y la presencia de deterioro cognitivo posterior **(Grado de Recomendación A)**. Por lo que la depresión podría ser un factor de riesgo para desarrollar un cuadro de demencia, sobre todo en aquellos individuos que la presentaron en los 10 ó 20 años previos, o incluso en etapas aún más anteriores.

¿CUÁLES SON LOS FACTORES MÁS RELACIONADOS CON LA DPI<sup>68</sup>?

Los factores más estrechamente relacionados con la Depresión post-ictus (DPI) serían: antecedentes personales de depresión u otra enfermedad psiquiátrica, la presencia de afasia, afectación funcional, vivir solo y el aislamiento social post-ictus **(Grado de recomendación A)**

### ¿CUÁL ES LA PREVALENCIA DE DPI<sup>61</sup>?

La frecuencia de DPI, en una revisión sistemática, se encuentra en el 33% (95% IC : 29-36%) de todos los supervivientes de un ictus en algún momento durante el seguimiento **(Grado de Recomendación B)**

### ¿EXISTE UNA CORRELACIÓN NEUROANATÓMICA EN LA DPI<sup>70</sup>?

No existe evidencia de la relación entre la localización neuroanatómica del ictus y el riesgo de depresión post-ictus, así como tampoco entre ésta y la presencia de lesiones hemisféricas derechas o izquierdas **(Grado de Recomendación A)**

### ¿QUÉ PODEMOS ESPERAR DEL TRATAMIENTO ANTIDEPRESIVO EN LA DPI<sup>75</sup>?

Los antidepresivos pueden reducir la DPI, sobre todo en aquellas situaciones prolongadas en las que se puede demostrar una disminución en la puntuación de las escalas para evaluar depresión **(Grado de Recomendación A)**

### ¿PODEMOS HABLAR DE PREVENCIÓN FARMACOLÓGICA DE LA DPI<sup>77</sup>?

El papel de las intervenciones para la prevención de la depresión post-ictus es incierta, no se ha encontrado un efecto claro del tratamiento farmacológico sobre la prevención de la depresión, ni en la mejora de la recuperación física después del mismo **(Grado de Recomendación A)**.

## 6. ¿Cómo hacer el cribado en AP?

La Geriatric Depression Scale de Yesavage (GDS), en su forma de 5 ítems, ha demostrado ser efectiva para el cribado de depresión en individuos sin alteración cognitiva, que viven en la comunidad, en los ingresados en un hospital o en residencias geriátricas<sup>21</sup>.

Esta escala posee una Sensibilidad (S) del 94%, una Especificidad (E) del 81%, un Valor Predictivo Positivo del 81%, y un Valor Predictivo Negativo del 94% **(Grado de Recomendación B)**<sup>21</sup>

### ¿Y EN EL CASO DE LA DEPRESIÓN MENOR<sup>82</sup>?

La detección de depresión menor con el GDS de 15 ítems tiene una S del 70% y una especificidad del 80% **(Grado de Recomendación A)**

### ¿Y SI EL PACIENTE PRESENTA UNA DEMENCIA<sup>82</sup>?

La escala de Cornell para evaluar la depresión en la demencia, tiene una S: 90% y una E: 75%, en la detección de un episodio depresivo mayor **(Grado de Recomendación A)**

## 7. ¿Cómo llevar a término el diagnóstico en AP?

El diagnóstico de depresión en el mayor sigue siendo, hoy por hoy, eminentemente clínico, y los elementos necesarios para efectuarlo estarían relacionados con<sup>23,83</sup>:

1. Historia clínica detallada
2. Antecedentes médicos – historia farmacológica – Consumo / Abuso sustancias
3. Exploración física general y neurológica
4. Examen del estado mental
5. Exploraciones complementarias básicas
6. Repercusión Funcional
7. Administrar test de cribado

### ¿CUÁL ES EL OBJETIVO DEL DIAGNÓSTICO DE LA DEPRESIÓN EN LOS MUY MAYORES<sup>86</sup>?

El objetivo de la detección y tratamiento de la depresión en los pacientes muy mayores pretende, sobre todo, una mejoría en la calidad de vida relacionada con la salud en la cual la remisión de los síntomas depresivos es un elemento clave, aunque no suficiente

## 8. La depresión en las personas mayores ¿se puede prevenir desde AP?

La prevención de la depresión en el mayor puede realizarse (**Grado de Recomendación D**) a diferentes niveles<sup>5,88</sup>:

1. PREVENCIÓN PRIMARIA. La presencia de una autoeficacia significativa desarrollada por los mayores, junto con una disminución del riesgo de DPI controlando los factores de riesgo cardiovascular, el uso de los fármacos antidepresivos en presencia de comorbilidad y el fomento de actividades informativas sobre las opciones terapéuticas actuales
2. PREVENCIÓN SECUNDARIA. Disminuyendo el riesgo de recurrencia y recaída mediante el tratamiento prolongado con fármacos antidepresivos y la psicoterapia, solos o en combinación.
3. PREVENCIÓN TERCIAARIA. Dirigida al manejo clínico amplio de los síntomas con el objetivo de reducir la ideación suicida.

## 9. ¿Cómo debemos abordar el tratamiento de la depresión en las personas mayores desde atención primaria?

El tratamiento de la depresión en el mayor podemos abordarlo desde una triple perspectiva: la farmacológica, la psicoterapia y la terapia electroconvulsiva.

### Tratamiento farmacológico

#### ¿QUÉ CRITERIOS PODEMOS CONSIDERAR PARA EL INICIO DE MEDIDAS TERAPÉUTICAS?

La presencia de clínica de más de 15 días de evolución así como su repercusión en la vida diaria del individuo, pueden ser elementos suficientes para iniciar un abordaje terapéutico<sup>90</sup>

#### ¿CUÁL ES EL TRATAMIENTO DE ELECCIÓN EN LA DEPRESIÓN DEL MAYOR?

El tratamiento farmacológico continua siendo, hoy en día, la piedra angular de la terapia antidepresiva<sup>40,91</sup>. Se aconseja ante un trastorno depresivo moderado o severo, tanto en los pacientes mayores<sup>40,51,90</sup>; como en los muy mayores (de 76 a 99 años de edad)<sup>92</sup>.

Algunos autores sugieren que la terapia combinada (antidepresivos más psicoterapia) es la más aconsejada a largo plazo en este grupo de edad<sup>122</sup> (**Grado de Recomendación B**).

La implementación de las dos formas de tratamiento (farmacológico junto con psicoterapia) muestran los mejores resultados, tanto en el caso de la remisión de los síntomas, como en referencia a la prevención de las recurrencias<sup>7,56,124</sup> (**Grado de Recomendación C**).

#### ¿EXISTEN CONSECUENCIAS SI DEMORAMOS EL INICIO DEL TRATAMIENTO?

El retraso en el inicio del tratamiento, comporta una peor respuesta al mismo, en comparación con un inicio de éste en fases más precoces<sup>8,90,95</sup>.

#### ¿QUÉ FÁRMACOS ANTIDEPRESIVOS ELEGIREMOS EN PRIMER LUGAR?

Diversas guías de práctica clínica, así como varias revisiones sistemáticas, aconsejan la utilización de aquellos fármacos con menos efectos secundarios y con un mejor perfil de tolerancia, todo ello sobre

la base del conocimiento científico actual, y ante la frecuente presencia en el paciente mayor de otros problemas clínicos concomitantes<sup>90,93,95,96</sup> **(Grado de Recomendación A)**

De todas maneras, si existió un episodio depresivo previo, y sabemos que algún fármaco resultó eficaz, debemos elegir el mismo principio activo a la hora de tratar el nuevo episodio<sup>8,13,90</sup>.

#### ¿HAY DIFERENCIAS ENTRE LOS DIFERENTES ANTIDEPRESIVOS EN RELACIÓN A SU EFICACIA?

Existe un amplio consenso basado tanto en las evidencias disponibles como en la experiencia de uso en cuanto a que los distintos fármacos antidepresivos no presentan diferencias sustanciales en su eficacia en la mayoría de situaciones en que son utilizados en la atención primaria de salud. Las evidencias en ancianos son menores, pero también sustentan esta afirmación<sup>13,40,93,94,102,103</sup> **(Grado de Recomendación A)**

Una reciente revisión, llevada a cabo por la Cochrane Database Syst Rev, describe una similar eficacia en el tratamiento de la depresión en el mayor entre los ADT y los ISRS. Sin embargo, los pacientes tratados con ADT mostraron mayores índices de retirada del mismo debido a sus efectos secundarios, preferentemente de tipo gastrointestinal y neuropsiquiátrico. A pesar de ello, existen todavía pocos estudios, con escaso número de pacientes, así como una cierta heterogeneidad de los fármacos evaluados<sup>94</sup> **(Grado de Recomendación A)**

Los fármacos más recomendados en el tratamiento de la depresión en el mayor son los ISRS, la mirtazapina y la venlafaxina<sup>63,89,90,91,93</sup>.

#### ¿CUÁNTO TIEMPO DEBE DURAR EL TRATAMIENTO ANTIDEPRESIVO?

La duración del tratamiento de un primer episodio depresivo en un individuo mayor de 65 años es aconsejable que se mantenga un mínimo de entre 10-12 meses<sup>98</sup> **(Grado de Recomendación B)**; o durante al menos 10 meses desde la desaparición de los síntomas<sup>40,98</sup> **(Grado de Recomendación B)**<sup>90</sup> **(Grado de Recomendación A)**<sup>25</sup>.

En caso de aparición de un segundo episodio depresivo en los últimos tres años, los expertos, y las guías terapéuticas, recomiendan un tratamiento mínimo de tres años<sup>95,99</sup>.

Cuando se suceden 2 o más recurrencias en los últimos 3-5 años, en pacientes mayores de 50 años, o ante una respuesta terapéutica previa incompleta, parcial o muy solapada en el tiempo, se aconseja, tras una discusión abierta con el paciente y/o sus allegados, un tratamiento de mantenimiento indefinido<sup>90,99</sup>.

#### ¿CUÁNTO TIEMPO ES PRUDENTE ESPERAR PARA DETECTAR LOS EFECTOS FARMACOLÓGICOS?

Un reciente meta-análisis, sobre 47 ensayos clínicos, describe que la mayor parte del efecto antidepresivo se observa en las dos primeras semanas. Sólo en un 19% de los estudios se observó un mayor efecto antidepresivo entre las semanas tercera a sexta, comparado con las semanas primera a tercera<sup>112</sup>.

#### ¿SON DETERMINANTES LAS PRIMERAS SEMANAS DE TRATAMIENTO?

La falta de respuesta en las 2-3 primeras semanas con un fármaco determinado es un factor pronóstico de peor evolución clínica<sup>120</sup>

#### ¿CUÁL ES LA EVOLUCIÓN DE LA DEPRESIÓN TRATADA?

En un meta-análisis de 12 estudios, que incluía individuos mayores de 60 años que vivían en la comunidad, afectos de depresión, y después de 24 meses de tratamiento: un 33% mejoraron, un 33% mostraron cambios, observándose una mortalidad global del 21%<sup>1,40</sup> **(Grado de Recomendación B)**.

#### ¿QUÉ SEGUIMIENTO DEBEMOS REALIZAR? Y ¿CON QUÉ FRECUENCIA DEBEMOS VISITAR A ESTOS PACIENTES?

Se aconseja un seguimiento más estrecho en las primeras semanas del tratamiento porque más del 40% de los pacientes tienden a abandonar la medicación a lo largo de las 2 primeras semanas, y más del 70% a lo largo de las 4 semanas iniciales<sup>32</sup>.

Posteriormente se aconsejan visitas mensuales en los primeros 6-12 meses después de la remisión, para pasar después a visitas trimestrales tras el primer año de remisión<sup>32</sup>.

#### ¿QUÉ CAUSAS PUEDEN PRECIPITAR UNA RECAÍDA?

Las causas que favorecen las recaídas incluyen fundamentalmente la coexistencia de más síntomas somáticos, la presencia de alteraciones cognitivas, sobre todo alteraciones de las funciones ejecutivas, y la presencia de sintomatología depresiva residual a pesar del tratamiento<sup>1,38,98,122</sup> (**Grado de Recomendación B**).

#### ¿CÓMO PODEMOS PREVENIR LAS RECAÍDAS Y LAS RECURRENCIAS?

Se ha descrito que el tratamiento farmacológico de mantenimiento es superior al placebo en la prevención de las recaídas, así como en posponer las recurrencias. Parece que la mejor estrategia terapéutica es la combinación del tratamiento farmacológico con la terapia interpersonal, como se describe en el ensayo clínico aleatorio llevado a cabo en una muestra de 187 pacientes mayores<sup>7</sup> (**Grado de Recomendación C**)

Evidencias preliminares sugieren<sup>40,82</sup> que la continuidad de las dosis y niveles plasmáticos, que fueron efectivos en la fase de tratamiento agudo, ofrecen una mayor protección frente a la recurrencia<sup>12</sup>. Por lo que no se recomienda<sup>32</sup> la reducción de las dosis en el tratamiento de mantenimiento, sino el uso de dosis plenas para frenar la presencia de recaídas y de recurrencias, que están presentes en porcentajes superiores al 40%<sup>32</sup>, en aproximadamente el 80% de los pacientes<sup>2</sup>.

La gran mayoría de pacientes que experimentan una recurrencia responden a la reinstauración del tratamiento AD<sup>69</sup>.

## Psicoterapia

#### ¿CUÁNDO SE RECOMIENDA LA PSICOTERAPIA?

La psicoterapia se recomienda como tratamiento de las depresiones leves-moderadas, o como tratamiento asociado al farmacológico en las depresiones moderadas-severas<sup>91</sup>.

#### ¿EXISTE ALGÚN TIPO DE PSICOTERAPIA CON MEJORES RESULTADOS EN EL TRATAMIENTO DE LA DEPRESIÓN EN EL MAYOR?

No existe evidencia de una mayor efectividad entre las diversas formas de tratamiento psicoterapéutico: terapia cognitiva, terapia interpersonal, terapia de resolución de problemas; psicoterapia dinámica, y el counselling no directivo<sup>90</sup>.

Sin embargo, parece que las terapias mejor contrastadas en el tratamiento de la depresión en el mayor son la terapia interpersonal y la terapia cognitiva<sup>90,91</sup>.

## Terapia electroconvulsiva (TEC)

#### ¿CUÁLES SON LAS INDICACIONES DE LA TEC?

Su principal indicación es la depresión grave; y debe tenerse siempre en cuenta en caso de falta de respuesta al tratamiento previo (farmacológico), en casos que requieran una respuesta rápida por riesgo vital (por ejemplo, pacientes con grave desnutrición o importante fragilidad); y ante la presencia de síntomas psicóticos o de estupor catatónico<sup>127,128</sup>.

#### ¿QUÉ TASAS DE RESPUESTA PODEMOS ESPERAR?

La TEC es un tratamiento eficaz, ya que las respuestas terapéuticas se sitúan alrededor del 80%.

#### ¿CÓMO Y CON QUÉ FRECUENCIA SE LLEVA A CABO?

La administración<sup>127,129</sup> de la TEC se aconseja realizarla en pautas de 1 a 3 sesiones semanales, en función de la respuesta clínica; pudiendo llegar a alcanzar hasta un total de 10-12 sesiones. Se recomienda el tratamiento concomitante con antidepresivos.



### ¿CUÁLES SON LOS EFECTOS SECUNDARIOS DE SU APLICACIÓN?

Uno de los principales efectos adversos es la aparición de amnesia temporal, tanto anterógrada como retrógrada<sup>91,128</sup>.

### ¿QUÉ CONTRAINDICACIONES PRESENTA?

Las contraindicaciones relativas de la TEC serían la presencia de un infarto de miocardio reciente, la insuficiencia cardiaca congestiva, una arritmia cardiaca, el ictus reciente, el feocromocitoma, el desprendimiento de retina, la existencia de lesiones intracraneales u otras alteraciones que incrementen la presión intracraneal.

## 10. ¿cuál es el pronóstico de los pacientes mayores con depresión?

Los síntomas depresivos están independientemente asociados con un riesgo triple de hospitalización en los hombres mayores de 75 años<sup>45</sup>. El Riesgo Relativo es de 3,43 (95% IC: 1.33-8.86) (**Grado de Recomendación B**).

En una cohorte<sup>133</sup> seguida durante 3 años se encontró que el riesgo relativo no ajustado para la mortalidad en individuos con depresión era de 1.98 (**Grado de Recomendación A**)



A large, stylized green smiley face graphic is positioned on the left side of the page. It consists of a large green circle with a smaller green circle inside it, and a thick green curved line below it that forms the mouth. The graphic is semi-transparent, allowing the text to be visible through it.

# DEPRESIÓN EN EL MAYOR

MANEJO Y PREVENCIÓN DE  
LA DEPRESIÓN EN EL MAYOR



## 1. INTRODUCCIÓN

La depresión es un síndrome clínico, con una elevada tendencia a la cronicidad, y a las recurrencias<sup>1,2,3</sup>.

Existe la idea, en algunas personas e incluso para algunos profesionales sanitarios, de que la depresión es un hecho normal en el proceso de envejecimiento del ser humano. Con los conocimientos disponibles, al menos en el momento actual, dicha afirmación no puede considerarse adecuada. La depresión no es una inevitable consecuencia de las pérdidas y cambios que acontecen en esta etapa de la vida, sobre todo, si la depresión continúa más allá de los 2 meses de haberse producido, por ejemplo, la pérdida de un ser querido<sup>4</sup>.

Es la causa más frecuente de sufrimiento emocional en el grupo de gente mayor, lo cual condiciona una disminución significativa de la calidad de vida en este colectivo<sup>2,5,6</sup>.

Por otro lado, la depresión en el mayor, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), es la responsable (la cuarta causa en importancia) de una considerable carga global de discapacidad relacionada con la enfermedad<sup>7</sup>.

Su presencia en las consultas de Atención Primaria (AP) es muy notoria. Es la enfermedad mental más común en la gente mayor; la tercera causa más frecuente de consulta en este nivel asistencial; y el más común de los trastornos psicopatológicos en mayores que viven en Residencias<sup>3,8</sup>.

Las consecuencias que acarrea su presencia son múltiples<sup>9,10,11,12,13,14,15,16</sup>.

- Declive funcional y diferentes grados de discapacidad (incluyendo días en cama y días apartados de las actividades habituales). Cambios en las AIVD (Actividades Instrumentales de la Vida Diaria)<sup>15</sup>.
- Pérdida de calidad de vida
- Incremento de la morbilidad y de la mortalidad. Los síntomas depresivos en las personas mayores se han asociado a la presencia de una o más enfermedades crónicas, además de incrementar la mortalidad 2-3 veces en relación con los mayores no deprimidos, siendo este dato independiente de las enfermedades físicas coexistentes<sup>17</sup>. La depresión mayor también aumenta en un 59% el riesgo de mortalidad a 1 año en mayores ingresados en Residencias<sup>18</sup>.
- Aumento de la demanda y de la sobrecarga de los cuidadores
- Mayor utilización de los recursos sanitarios. Los mayores deprimidos consultan entre 2 y 3 veces más a menudo que los no deprimidos<sup>2,17</sup>
- Pobre adherencia al tratamiento médico. Los mayores deprimidos presentan un cumplimiento terapéutico 3 veces menor que los mayores no deprimidos, en relación con la participación en el tratamiento (fármacos prescritos, actividad física, dieta, conductas relacionadas con la salud, vacunaciones y consultas)
- Institucionalización inapropiada
- Relación directa entre la depresión en el mayor y la sobrecarga médica, ya que los síntomas depresivos de larga evolución aumentan la carga médica y la mortalidad<sup>16</sup>
- Disrupción familiar<sup>5</sup>

Menos del 50% de los mayores deprimidos (algunos autores lo sitúan entre el 20% y el 30%<sup>19,20</sup>) recibe un correcto diagnóstico. Como consecuencia tampoco recibirán, la mayoría de ellos, una terapéutica adecuada<sup>8,21,22</sup>. Encontrándonos que sólo un 10%, según el consenso de la NIH (U.S. National Institutes of Health)<sup>17,23,24</sup>, dispondrán de tratamiento pertinente; y menos de un 1% será derivado a Psiquiatría<sup>17</sup>.

Las razones para este infradiagnóstico y este infratratamiento, que se produce de forma indistinta en los diferentes niveles asistenciales - puesto que la detección también es pobre en los hospitales generales<sup>17</sup> -, podemos encontrarla en un grupo muy heterogéneo de causas<sup>25</sup>:

- Presentación clínica "atípica", con énfasis en las quejas somáticas, más que en las cognitivas o del humor.
- Tendencia de la sociedad actual a estigmatizar a pacientes con diagnósticos psiquiátricos, el miedo al estigma.
- Presencia de depresiones leves o inespecíficas, o cuadros subumbral.
- Temor a los efectos secundarios de los fármacos antidepresivos.
- Pensamiento erróneo de que las depresiones tras acontecimientos vitales estresantes no pueden ser patológicas.
- Limitaciones en el tiempo de consulta, fundamentalmente en el nivel asistencial de AP
- Entrenamiento inadecuado en psiquiatría entre los proveedores de AP

La depresión es una enfermedad tratable<sup>13</sup>, aún cuando pueda tener múltiples causas que requieran de intervenciones multifactoriales<sup>26</sup>, y puede beneficiarse de un diagnóstico a tiempo y de un tratamiento adecuado, que puede constatarse en áreas como<sup>2,13</sup>:

- Mejora de la calidad de vida del paciente y la de sus cuidadores.
- Mantenimiento óptimo de los niveles de función e independencia.
- Mejora del estado físico de salud y de la autopercepción del mismo.
- Prevención del sufrimiento.
- Disminución de mortalidad prematura.
- Disminución de los costes en los cuidados de la salud asociados, fundamentalmente los indirectos.

Todas estas constataciones son las que nos invitan a reflexionar sobre el abordaje y el manejo de la Depresión del mayor en AP para<sup>3</sup>:

- Mejorar el reconocimiento de la depresión, teniendo en cuenta que ésta se presenta habitualmente con más quejas somáticas que emocionales
- Prescribir apropiadamente fármacos antidepresivos y en dosis adecuadas, y evitar la infrautilización, infradosificación y la discontinuación prematura, circunstancias habituales en AP<sup>22</sup>.
- Reducir las tasas de abandono terapéutico, aumentando las de seguimiento y de adherencia al tratamiento.
- Incluir las intervenciones psicológicas y sociales en el tratamiento de la depresión en las personas mayores.
- Usar adecuadamente los recursos, tanto sanitarios como sociales, para una atención eficiente y de calidad a este problema de salud desde el nivel más accesible a nuestros pacientes.

Para reconocer, en definitiva, y de acuerdo con la OMS<sup>3</sup>, que el tratamiento de los problemas de salud mental más comunes debe basarse en la AP, y que los pacientes prefieren ser tratados en este nivel asistencial, ya que están más satisfechos con ello.

A tal efecto se han desarrollado un conjunto de estrategias de mejora de esta situación a través de<sup>3</sup>:

- La educación y el entrenamiento de los profesionales. Existen estudios publicados que demuestran que un entrenamiento con un vídeo de 5 minutos de duración, junto a una entrevista evaluadora, puede mejorar el reconocimiento y el tratamiento de la depresión en el mayor<sup>27</sup>. Aunque, hoy por hoy, se consideran medidas de poco impacto y coste-inefectivas.

- La atención o el cuidado multidisciplinar es una intervención de bajo coste, aceptable para los pacientes, asociada a mejoras importantes en los resultados a los pocos meses, que mejora la función física, cuando se compara con la de los mayores que recibieron un cuidado usual<sup>28,29</sup>.
- La mejora de la calidad con estrategias multifactoriales tienen un buen impacto a largo término, por ejemplo, a 5 años de seguimiento.
- La gestión de casos que suele llevarse a cabo por personal de enfermería entrenado, a través, por ejemplo, del contacto telefónico, o de la participación en actividades físicas o sociales, ha conseguido buenas respuestas clínicas y una mejor satisfacción en el cuidado. También puede realizarse a través de grupos focales tutorizados por enfermería, que inciden en las percepciones de los pacientes con enfermedades mentales y en las de sus cuidadores.
- La edición de Guías de Práctica Clínica (GPC) tienen un impacto positivo cuando se asocian a intervenciones educativas y a cambios organizacionales. Por ejemplo la USPSTF (The U.S. Preventive Services Task Force) en el año 2002 recomendaba el cribado para depresión en adultos en el nivel asistencial donde se encontrara el profesional de la salud para asegurar un diagnóstico pertinente, un tratamiento efectivo y un seguimiento adecuado (**Grado de recomendación B**)<sup>30</sup>; llevándose a cabo con dos simples cuestiones sobre el humor y la anhedonia en las dos últimas semanas: ¿Se ha sentido agotado, deprimido o desesperado? ¿Se ha sentido con un menor interés o placer en las cosas que hacía?. También se ha comprobado que una única pregunta sobre síntomas depresivos puede ser usada para identificar a los individuos con mayor riesgo de admisión en residencias geriátricas<sup>31</sup>.
- El cuidado gradual o escalonado, en función de la intensidad del tratamiento y de la coordinación con los diferentes niveles asistenciales, ha demostrado una mejoría en la respuesta clínica más allá de los 6 meses.
- Se recomienda la prevención de recaídas mediante gestores de casos, los cuales a través de seguimiento telefónico y su monitorización informática, pueden focalizarse en el mantenimiento del tratamiento y en la identificación de factores estresantes psicosociales.

Por todo ello los autores, los coordinadores y los revisores queremos, con la edición de esta GPC, poner en las manos de los profesionales de la salud un instrumento que ayude en la detección, reconocimiento, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de la depresión en el mayor. Con los enunciados expuestos hasta aquí es indudable que se trata de un problema mayor de salud pública<sup>2</sup>; un grave trastorno para los mayores que viven en la comunidad<sup>19</sup>; y una enfermedad con unos costes similares a los que produce la enfermedad coronaria<sup>32</sup>; calculándose que los costes indirectos son 20 veces mayores que los directos<sup>3</sup>.

Intentaremos, dar respuesta a una serie de cuestiones, relacionadas con la depresión en las personas mayores, y que configurarán los distintos capítulos.

## 2. ¿CUÁLES SON LOS DATOS EPIDEMIOLÓGICOS MÁS RELEVANTES, CON RELACIÓN A LA DEPRESIÓN EN LAS PERSONAS MAYORES?

La depresión en la gente mayor es un cuadro generalizado que afecta al menos a 1 de cada 6 personas en la práctica médica general, con porcentajes mayores en las residencias y en los hospitales<sup>7</sup>. Al menos un tercio de los mayores atendidos rutinariamente por médicos de familia están deprimidos, y entre un 26% y un 44% de los que reciben cuidados a domicilio<sup>17</sup>.

El National Institute of Mental Health de USA estimó en el año 2003 que, con una población anciana de 31.000.000 individuos, unos 2.000.000 de personas mayores de 65 años padecían una depresión mayor y unos 5.000.000 presentaban sintomatología depresiva<sup>22</sup>. En general, independientemente del ámbito asistencial estudiado, los síntomas depresivos son de 2 a 4 veces más prevalentes que la depresión mayor<sup>21</sup>.

La incidencia mínima predictiva es de 24 casos/1.000 hab/año, lo que nos conduce a la presencia de entre 7 y 10 casos nuevos cada año; aunque la incidencia del primer episodio de depresión mayor disminuye después de los 65 años<sup>33</sup>. Por lo que cualquier médico de familia tendrá, en cualquier momento de su vida profesional, unos 30 casos activos<sup>17</sup>.

La prevalencia de la depresión en el mayor muestra gran variabilidad y heterogeneidad, y hemos tratado de resumirla en las **Tablas 1 y 2**:

Tabla 1.- Prevalencia de depresión en el mayor (porcentajes promedio)

ANCIANOS	Síntomas depresivos	Depresión mayor	Depresión menor
COMUNIDAD	10% (5%-15%)	3% (1%-12%)	15%-20% (8%-40%)
RESIDENCIAS	20% (10%-40%)	15% (2%-20%)	30% (18%-55%)
HOSPITAL	11%-45%	10%-16%	25%-40%

Tabla 2.- Prevalencia de Depresión en el mayor (estudios detallados)

Autor/año	EDM/AP	D</AP	NHR	HOSPITAL	COMENTARIOS
Sable, 2002	2%	15-30%	10-30%	10-30%	CC.EE. 7-36%
Cole, 2003	1-3%	8-16%			
Hybells, 2001	9.1%	9.9%			
Serby, 2003	6-12%	11-25%	12-30%	11-25%	
Birrer, 2004	3%				
Herrera, 2000	3%	15-20%	15-50%	10-40%	
<b>Rev. Sist.</b>	<b>1.8%</b>	<b>10.2%</b>			<b>13.5%Global</b>
Meyers, 2003	6-10%	8->40%	12-20%	11-45%	
Anderson,2001	10-15%		30-40%	25%	
Rinaldi, 2003	1-3%		15%	10%	
Martínez, 2005	10%		15-35%		
Consensus,2001	15%				
Klysner, 2002	1-2%	10-15%			
Flint, 1998	3%	15%	10-15%		
Cuijpers, 1998	3%	10-15%			
Blumenthal,1999	5-10%		18%		
Alexopoulos,2002	5-10%		12-22%	11%	
Consensus 1991	3%	15%	15-25%		
Cole, 1999	1-4%	4-13%		10-12%	AP 6-9%
Pollock, 2000	3%		15-50%		
Lebovitz, 1997	1-2%	13-27%			Distimia 2%
<b>EURODEP,1999(35)</b>	<b>14,1% (mujeres); 8,6% (hombres)</b>				<b>12.3% (Global)</b>

EDM: Episodio Depresivo Mayor; D<: Depresión menor; AP: Atención Primaria; NHR: Nursing Home Residents; CC.EE.: Consultas Externas



La depresión mayor afecta al doble de mujeres que a hombres, y se multiplica por dos su prevalencia y su incidencia en la población mayor de 70-85 años<sup>5</sup>.

En la gente mayor los síndromes depresivos a menudo afectan a individuos con enfermedades crónicas, deterioro cognitivo o discapacidad<sup>5</sup>.

El trastorno afectivo bipolar disminuye su prevalencia con la edad (1.5% en el adulto joven por 0.1% en los individuos mayores de 65 años que viven en la comunidad y por un 10% de los residentes en los NHR<sup>36</sup>), pero el trastorno bipolar no se “apaga” con la edad, de tal manera que el tiempo entre dos episodios bipolares disminuye con el aumento de la edad del paciente<sup>33</sup>. También es característica una mayor severidad y discapacidad en estos enfermos, con la presencia de una mayor mortalidad cuando se compara con sus semejantes, así como un aumento de la utilización de los recursos (tanto los de salud mental como los médicos no especializados)<sup>5</sup>

En el EURODEP<sup>35</sup> (Estudio Europeo de la Depresión en mayores que viven en la comunidad) se encuentra una prevalencia global del 12.3% (95% IC: 13.5%-14.8%), mujeres 14.1% (95% IC: 13.5%-14.8%), hombres 8.6% (95% IC: 7.9%-9.3%). Con gran variabilidad entre las distintas ciudades europeas participantes en el estudio (**Grado de Recomendación A**).

En una revisión sistemática<sup>33</sup> mundial la prevalencia global es del 13.5%, con un 1.8% para EDM y un 10.2% para depresión menor (**Grado de Recomendación A**)

### 3. ¿CUÁLES SON LOS PRINCIPALES FACTORES DE RIESGO PARA LA DEPRESIÓN EN LAS PERSONAS MAYORES?

Frecuentemente nos encontramos con la presencia simultánea de diferentes factores de riesgo de depresión en el mayor<sup>25</sup>. Sabemos que las personas que pertenecen a este grupo de edad tienen una mayor predisposición biológica para el desarrollo de la depresión (por ejemplo, de causa vascular), aunque su frecuencia sea menor comparada con la de los adultos. Esto es así porque parece ser que los individuos de estas edades desarrollan una protección psicológica, secundaria a aspectos relacionados con una selectividad sócio-emocional y con la experiencia acumulada a lo largo de la vida<sup>37</sup>.

Un estudio longitudinal<sup>38</sup> de 2 años de seguimiento (de 1.164 personas mayores o iguales de 65 años); y otro de 10 años de seguimiento a 131 individuos<sup>39</sup>, concluían que los factores predictores del inicio y de la persistencia de depresión tenían que ver con:

- Mayores resultados en la valoración basal de la depresión
- Mala salud general automanifestada
- Bajo apoyo social (por ejemplo, soledad)
- Menor confianza
- Múltiples enfermedades crónicas
- Pobre capacidad funcional
- Disminución de la agudeza visual
- Percepción negativa de los cambios vitales
- Escasa percepción de la capacidad para influir sobre los demás en situación basal

Si bien, todo lo anterior resulta cierto, para el inicio de la depresión eran más importantes la presencia de dolor y el agravamiento de la discapacidad.

En un metaanálisis del año 2003, en el que se analizaban más de 40 factores de riesgo de depresión en mayores de la comunidad se llegaba a las siguientes conclusiones (**Grado de Recomendación A**)<sup>19</sup>:

- **Factores de riesgo aceptados:** alteraciones del sueño, discapacidad, antecedentes de depresión, sexo femenino y duelo. Más de un 15% de los adultos viudos tiene potencialmente una depresión severa durante 1 año después de la muerte del cónyuge<sup>32</sup> – según la SEGG (Sociedad Española de Geriátría y de Gerontología) puede durar hasta 3 años –. Entre un 10-20% presenta síntomas de depresión el primer año<sup>5</sup>. El Consensus de 1991<sup>40</sup> decía que 1/3 de los que enviudan tienen criterios de Episodio Depresivo Mayor (EDM) al mes del fallecimiento de la pareja; un 20% a los dos meses<sup>8</sup>; entre la mitad<sup>40</sup> y un tercio<sup>8</sup> de ellos permanece clínicamente deprimido un año después; y un 14% presenta un EDM al final del segundo año<sup>5</sup> – comparado con el 1-4% de la población general –.
- **Factores de riesgo inciertos:** pobre estado de salud, deterioro cognitivo, vivir solo y la presencia de nuevas enfermedades médicas (p.e. patología cerebrovascular<sup>41</sup>)
- **Factores de riesgo no comprobados:** una mayor edad, menor nivel educativo, ser soltero y disponer de un escaso soporte social.

El intervalo medio entre la determinación del factor de riesgo y el estado de depresión fue aproximadamente de unos 24 meses<sup>19</sup>.

A estos factores de riesgo se les van añadiendo otros más recientes como son aquellas personas mayores que ejercen de cuidadores, de los nietos, o de enfermos afectados de demencia (la sintomatología depresiva está presente en un 30-83%)<sup>25</sup>. Los cuidadores de mayores discapacitados tienen multiplicado por dos el riesgo de desarrollar síntomas de depresión<sup>5</sup>, en relación con los no cuidadores, sobre todo en los cuidados a largo plazo. Se debe tener en cuenta que los hombres cuidadores tienden a comunicar menos sintomatología depresiva<sup>5</sup>.

Los sentimientos autoreconocidos de tristeza o de acusada depresión, la mayor parte del tiempo durante el último año, comportan un riesgo significativamente mayor de institucionalización<sup>31</sup>.

Además, después del ingreso de un mayor en una residencia geriátrica, el 25% de los cuidadores desarrollan sintomatología de depresión, permaneciendo relativamente estables en el tiempo en el grupo de las mujeres, pero aumentando en el grupo de los varones<sup>5</sup>.

La depresión mayor ha sido identificada también como un factor de riesgo inverso para el desarrollo de otras enfermedades médicas, como diabetes mellitus tipo 2, y enfermedad cardíaca isquémica<sup>8</sup>.

La depresión menor se asocia con una pobre autopercepción del estado de salud<sup>42</sup>, con un incremento del uso de fármacos psicotrópicos, con una menor percepción de soporte social, con un estado civil no casado (**Grado de Recomendación C**) y con un conjunto de alteraciones entre las que podríamos citar:

- Un elevado riesgo de depresión mayor al multiplicar por 5.5 su riesgo, por lo que puede considerarse como un signo de alarma precoz para la misma<sup>43</sup>
- Un exceso de discapacidad
- Un mayor uso de los servicios sanitarios
- Mayores tasas de mortalidad, sobre todo en mujeres<sup>44</sup>
- Mayor deterioro de la salud por la presencia de enfermedades médicas<sup>33,45,46</sup>

Por todo ello, la depresión menor debe considerarse seriamente como objetivo para la prevención y el tratamiento<sup>47</sup> (National Comorbidity Survey) (**Grado de Recomendación C**).

Los factores de riesgo para la depresión crónica se encuentran más relacionados con el soporte social, con la presencia del control en la toma de decisiones más externalizado<sup>38</sup> y con la salud física, que no con la severidad de la depresión mayor o con la historia familiar.

La edad suele intensificar el efecto perjudicial de los acontecimientos vitales estresantes recientes, y disminuye el efecto perjudicial de la alteración funcional en la depresión mayor crónica<sup>48</sup>.

## Factores de riesgo farmacológicos

Existen numerosos fármacos que se han asociado a un mayor riesgo de aparición de síntomas depresivos, como efecto secundario. Sin embargo esta relación causal en ocasiones puede ser inadecuada o exagerada, con notorias excepciones como pueden ser los corticoesteroides y el interferon, entre otros. Aunque, si examinamos el curso temporal de instauración de los tratamientos farmacológicos, y la aparición de la sintomatología depresiva, método que puede ser muy útil en la praxis cotidiana, se podría intentar establecer una relación de causalidad directa, que nos ayudaría a tomar decisiones terapéuticas de forma individualizada en aquellos pacientes en los que sospechemos esta situación<sup>39</sup>.

De forma orientativa se facilita un listado de medicamentos<sup>5,8,9,33,49,50,51</sup> que pueden producir depresión, con la recomendación de valorar su probable causalidad de forma individualizada, y ver la conveniencia de continuar el tratamiento y sus posibles alternativas<sup>a</sup>:

- Cardiovasculares: **beta-bloqueantes liposolubles, bloqueantes de los canales del calcio, Inhibidores de la Enzima Conversora de la Angiotensina (IECA), metildopa, reserpina, guanetidina, hidralacina, procainamida, clonidina, digoxina, tiacidas, etc.**
- Citostáticos: vincristina, azatioprina, ciclosporina, **tamoxifeno**, etc.
- Antiparkinsonianos: L-dopa, amantadina, etc.
- Antipsicóticos: flufenazina, haloperidol, clorpromazina, tiotixeno, etc.
- Ansiolíticos: hidrato de cloral, flurazepam, benzodiacepinas, barbitúricos, etanol, etc.
- Anticonvulsivantes: etosuximida, fenobarbital, fenitoína, primidona, carbamacepina, etc.
- Estimulantes: abstinencia a anfetaminas, cafeína, cocaína, metilfenidato, etc.
- AINE, opiáceos (dextropropoxifeno, etc.)
- Antiinfecciosos: ampicilina, penicilina G procaína, cicloserina, dapsona, griseofulvina, isoniacida, ácido nalidíxico, nitrofurantoína, estreptomycin, tetraciclinas, metronidazol, etambutol, sulfonamidas, etc.
- Hormonas: adrenocorticotropina, esteroides anabolizantes, **glucocorticoides**, anticonceptivos orales (estrógenos y **progesterona**); bromocriptina, etc.
- Otros: Antagonistas H2 (cimetidina, ranitidina), colina, lecitina, fenilefrina, fisostigmina, disulfiram, metisergida, hipoglicemiantes, meprobamato, metoclopramida, baclofen, **interferon-alfa**, inhibidores de la Hidroxi metil-glutaril-CoA reductasa (HMG-CoA), acetazolamida, etc.

### FACTORES DE RIESGO DE DEPRESIÓN EN PERSONAS MAYORES

- Aceptados**
- alteraciones del sueño
  - discapacidad
  - antecedentes de depresión
  - sexo femenino
  - duelo

- Inciertos**
- problemas de salud
  - deterioro cognitivo
  - vivir solo
  - presencia de nuevas enfermedades médicas

- No comprobados**
- mayor edad
  - menor nivel educativo
  - ser soltero
  - escaso soporte social

#### Fármacos más estrechamente relacionados con la depresión<sup>8</sup>

Beta-bloqueantes, Bloqueantes de los canales del calcio, IECA, Metildopa, Reserpina, Tamoxifeno, Corticosteroides, Interferon-alfa, Progesterona

a. En negrita las asociaciones con depresión más estrechamente avaladas<sup>8</sup>.

## 4. ¿CUÁL ES LA PRESENTACIÓN CLÍNICA HABITUAL DE LA DEPRESIÓN EN LAS PERSONAS MAYORES?

### 1. Síntomas y signos de sospecha

En nuestras consultas diarias nos podemos encontrar con un conjunto de elementos que nos pueden hacer sospechar que nos encontramos ante la presencia de una depresión en el mayor. Entre éstos destacaríamos<sup>32</sup>:

- El mayor que consulta en numerosas ocasiones o que hace un uso frecuente de los servicios sanitarios
- Relatos persistentes de dolor, u otros síntomas somáticos poco definidos: cansancio, insomnio, cefalea, cambios en los patrones del ciclo sueño – vigilia, trastornos alimentarios, signos o síntomas gastrointestinales con exploraciones físicas y pruebas complementarias repetidamente normales.
- Retrasos en la recuperación de patologías médicas o quirúrgicas, rechazos al tratamiento propuesto o historia de resistencias a recibir el alta del hospital
- Signos de aislamiento social
- Presencia de mayor dependencia, o de declive funcional en la movilidad (ya que un bajo afecto positivo y las quejas somáticas –pero no el afecto negativo- pueden predecirla)<sup>15</sup>

### 2. Clínica

Es frecuente la infradetección de los síntomas depresivos de los individuos mayores por los proveedores de los cuidados de la salud<sup>51</sup> y, también en este grupo de edad, es habitual que no se relaten sentimientos de tristeza durante la anamnesis<sup>46</sup>. Por lo que, la confianza en la necesidad de la presencia de humor deprimido para el establecimiento del diagnóstico, puede llevar al infradiagnóstico de depresión en los individuos mayores<sup>8</sup>.

Las personas mayores deprimidas tienden a relatar más quejas somáticas y síntomas cognitivos, y en menor proporción síntomas afectivos<sup>16</sup>. Es posible que nieguen la presencia de humor deprimido, pero pueden relatar una pérdida de sentimientos o de emoción, y pueden reconocer una disminución del interés y del placer que experimentan en las actividades que desarrollan.

Se han encontrado tres factores que pueden enmascarar el diagnóstico de la depresión en el mayor<sup>8</sup>:

- Comorbilidad. La presencia de múltiples patologías médicas, por ejemplo Insuficiencia Cardíaca Crónica, Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica, enfermedad de Parkinson, enfermedad de Alzheimer, etc.; hace difícil distinguir los síntomas de depresión de los referidos en ellas. Por ejemplo, la enfermedad de Parkinson tiende a manifestarse con enlentecimiento psicomotor, disminución de la energía y de la motivación, así como cambios en los patrones del sueño y de la alimentación, incluso en ausencia de síntomas depresivos. La discapacidad funcional y la depresión presentan una relación recíproca de tal manera que la primera predice<sup>46</sup>, por sí misma, el desarrollo de depresión; y los síntomas depresivos son un factor de riesgo para el inicio o progresión de la discapacidad. Por este motivo se considera que la depresión es más discapacitante cuando coexiste con otras enfermedades médicas<sup>46</sup>. Los efectos de ambos trastornos, en relación con la funcionalidad, son aditivos<sup>18</sup> y sinérgicos, de manera que parece que, cada condición, tiende a agravar los síntomas, el curso y la respuesta al tratamiento de la otra. La instauración de un tratamiento antidepresivo disminuye los niveles excesivos de discapacidad, y puede resultar en mejoras del nivel de funcionalidad<sup>46</sup>.
- Deterioro cognitivo. La semejanza entre los síntomas cognitivos de la demencia y neurovegetativos de la depresión, complica el diagnóstico de depresión en el contexto de un deterioro cognoscitivo, siendo objeto de múltiples controversias (ver apartado sobre patología asociada).

- Acontecimientos Vitales Estresantes (AVE). La depresión en pacientes mayores se encuentra frecuentemente asociada a éstos (pérdida de la salud, de roles, de capacidad adquisitiva, pérdida de amigos y/o familiares, etc.); debiendo ser tratada la depresión mayor como una enfermedad grave, incluso si es precipitada por acontecimientos vitales.

Existen otras potenciales causas de confusión diagnóstica en el reconocimiento de la clínica depresiva de las personas mayores, entre las que podríamos enumerar<sup>16</sup>: un menor relato de los síntomas (dado que el umbral, para la comunicación de síntomas de depresión en el mayor, es superior), la variación temporal de los síntomas desde el principio del cuadro clínico, las verdaderas diferencias relacionadas con la edad (puesto que la expresión puede estar modificada por los cambios fisiológicos asociados al envejecimiento); o las presentaciones subsindrómicas no reflejadas en los criterios diagnósticos estandarizados

Los síntomas de la depresión en las personas mayores pueden ser el resultado de una combinación de efectos genéticos, del propio envejecimiento, de la enfermedades presentes, de los fármacos ingeridos, y de AVE que pueden actuar como precipitantes<sup>8</sup>.

Posteriormente se analizará, en el apartado referido al diagnóstico, como éste se fundamenta en la evaluación clínica de las manifestaciones referidas por los pacientes, y por nuestra aguda observación<sup>50</sup>. Será fundamental tener en cuenta algunas claves que pueden ayudarnos a distinguir la depresión en las personas mayores<sup>52</sup>:

- Frecuente presentación en forma de quejas somáticas. Habitualmente muy cambiantes, no explicadas por otras patologías médicas, o desproporcionadas a la afectación que padece el individuo, el cual parece menos dispuesto a hacer mención de sus síntomas psicológicos en la anamnesis, negando incluso sentimientos de tristeza<sup>16,25</sup>. De todas maneras, y a pesar de lo comentado, siempre se debe tener presente que algunos fármacos, o enfermedades, como el cáncer de páncreas, o el hipotiroidismo, etc.; pueden ocasionar alteraciones y síntomas depresivos como primera expresión fenomenológica.
- Presencia de sentimientos de desesperación. Es frecuente la asociación de depresión en la persona mayor y pérdida de autoestima, con especial importancia por su relación con la ideación suicida. Menos frecuentemente, comparando con otros grupos etarios, son los síntomas de culpabilidad.
- Asociación frecuente con ansiedad e inquietud. Las preocupaciones y la tensión nerviosa se asocian, y en ocasiones se comportan como síntomas prominentes de la depresión en el mayor. Pueden adicionarse también, de forma frecuente, quejas de pérdida de memoria, sin deterioro mnésico objetivado en los test de cribaje, incapacidad de concentrarse, u otros trastornos cognitivos<sup>25</sup>.
- Disminución de la sensación de placer o anhedonia. La incapacidad para experimentar placer en las distintas actividades vitales es un síntoma nuclear de la depresión, junto con una disminución global del ánimo, y un aumento de la culpabilización a la enfermedad por la restricción de las actividades (sabiendo que la depresión puede aumentar la discapacidad en pacientes que presentan Diabetes Mellitus, Artritis o Cardiopatía). En los individuos creyentes puede expresarse como un menor sentido de la proximidad a Dios; en los que tienen responsabilidades de cuidado (de sus nietos, de un paciente dependiente, etc.) pueden tener sensación de agotamiento, o en forma de apatía, o aislamiento, por la prolongada dedicación a dicha tarea<sup>25</sup>.
- Entrecimiento psicomotor. Que generalmente no expresará el paciente, sino que obtendremos a través de nuestra observación, evaluación de pistas no verbales como la disminución de la velocidad motora y de los movimientos, así como de una postura encerrada en sí mismo
- Disminución del interés en el cuidado y aseo personal, provocando cambios en la apariencia; así como un abandono del tratamiento farmacológico o dietético que estaba siguiendo.

**La depresión geriátrica tiende a ser menos ideacional y más somática<sup>2</sup>.**

Un rasgo típico de la depresión, como el humor deprimido, puede ser menos prominente que otros síntomas somáticos, que pueden hallarse presentes en casi el 65% de los mayores con depresión<sup>2</sup>.

Claves<sup>52</sup> de la depresión en el mayor:

- Quejas somáticas
- Sentimientos de desesperación
- Ansiedad e inquietud
- Disminución o ausencia de la sensación de placer
- Movimientos enlentecidos
- Disminución en el cuidado y aseo personal

## 5. ¿QUÉ IMPORTANCIA TIENE EL RIESGO DE SUICIDIO EN LAS PERSONAS MAYORES QUE SUFREN DEPRESIÓN?

Es la consecuencia más seria de la depresión<sup>8</sup>. Pudiendo manifestarse como un primer episodio de depresión moderadamente severa, aunque no reconocida ni tratada; afectando al menos a unas 8.000 personas mayores de 60 años cada año en U.S.A.<sup>36</sup>. Más del 75% de estos enfermos visitaron al médico de AP por problemas generales, o por quejas somáticas, menos de 1 mes antes del episodio (y un 39% la semana anterior)<sup>2</sup>.

Según datos del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya<sup>53</sup> las tasas de suicidio y autolesiones por 100.000 habitantes, con datos del año 2003, oscilan entre el 8.98 de los individuos entre 65 y 74 años (16.44 para los hombres y 2.71 para las mujeres), y el 19.31 en los mayores de 84 años (45.63 para los hombres y 8.33 para las mujeres). En U.S.A. la tasa de suicidios es del 16.9/100.000 habitantes en los mayores de 65 años<sup>55</sup>.

Datos más recientes, del informe del IMSERSO de 2006<sup>54</sup>, nos sitúan la tasa de suicidios/100.000 habitantes en los niveles que se reflejan en la **Tabla 3**.

Tabla 3.- Tasa de suicidios/100.000 habitantes (IMSERSO,2006)

	Ambos sexos	Hombres	Mujeres
65-69 años	11.4	17.1	6.3
70-74 años	14.2	24.0	6.1
75-79 años	18.0	32.1	7.8
80-84 años	21.1	40.7	9.4
85 y más años	23.6	56.5	9.5

Los síntomas depresivos se hallan presentes en el 80% de los individuos mayores de 74 años que cometen suicidio<sup>5</sup>.

El índice de suicidios es el doble en mayores que en la población general<sup>5,8,16</sup>; con un nivel de consumación alto (uno por cada 3-4 intentos)<sup>5</sup>; pueden ser largamente planificados<sup>56</sup>; y con un mayor índice de letalidad entre los mismos<sup>57</sup>, sobre todo en los hombres mayores de 75 años, los cuales presentan un mayor índice de suicidios cuando presentan una historia familiar de suicidio consumado y de atentados suicidas<sup>56</sup>.

La disponibilidad de armas de fuego dobla el riesgo de suicidio en la gente mayor<sup>5</sup>. En la década de los 80 en USA el 79% de los hombres y el 31% de las mujeres que culminaban un suicidio usaban armas de fuego<sup>56</sup>. En cambio cuando se utilizaban las sobredosis de fármacos, ésta afectaba al 33% de las mujeres y sólo al 3% de los hombres.

Se han identificado algunos factores de riesgo para el suicidio de personas mayores, relacionándose con<sup>2,5,8,56</sup>:

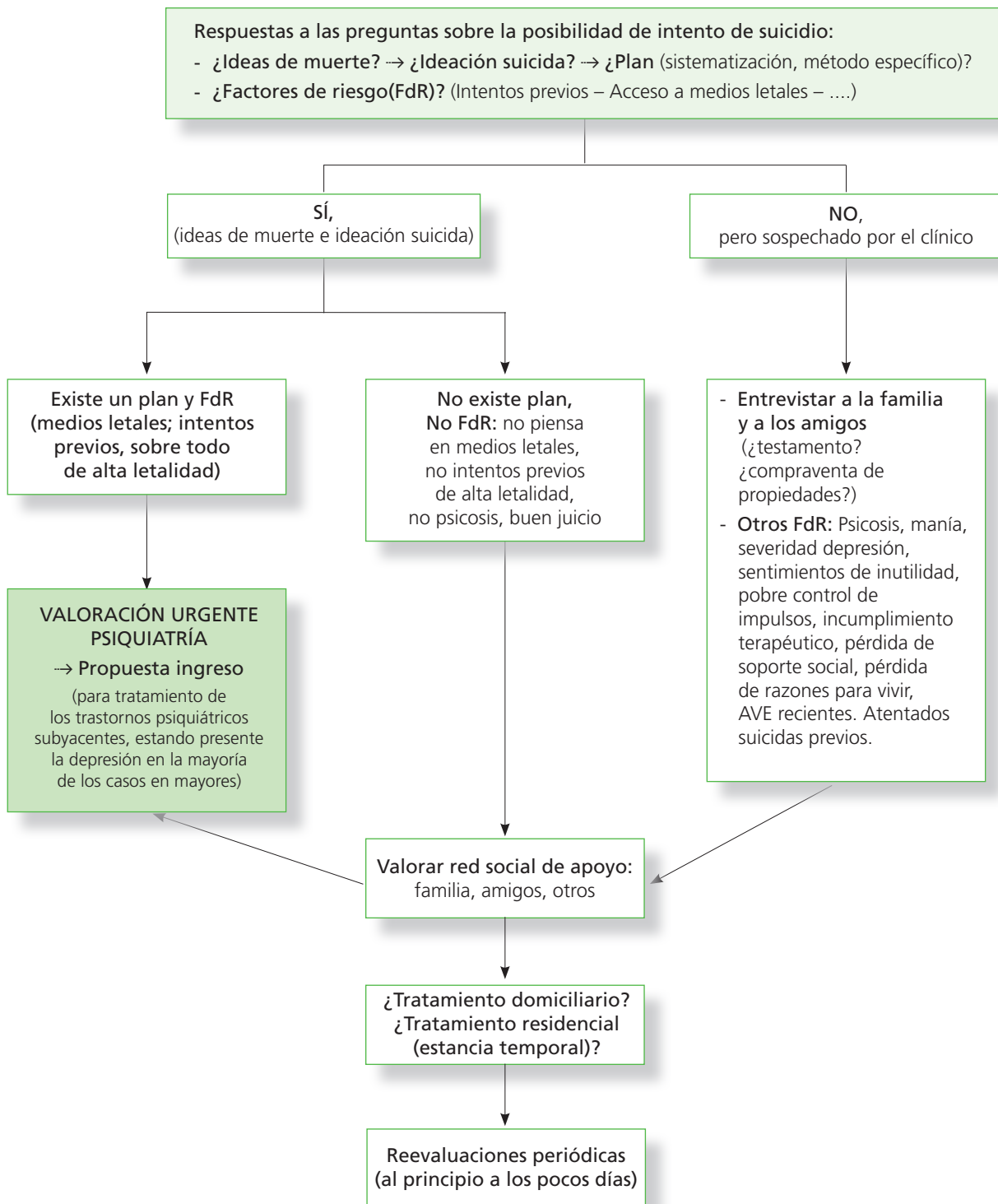
- La edad avanzada
- El sexo masculino
- La condición de solteros
- La raza blanca. Los hombres blancos americanos, mayores de 65 años, multiplican por 5 ó por 6, el índice de suicidio comparado con el de la población general de diferente raza.
- La depresión mayor. Éste es el diagnóstico psiquiátrico más frecuente en los individuos mayores que realizan intentos de suicidio o suicidios consumados<sup>56</sup> (**Grado de Recomendación C**), por lo que los trastornos del humor constituyen un factor de riesgo independiente de suicidio en mayores; mientras que otras enfermedades médicas, y los distintos grados de discapacidad, sólo aumentan el riesgo de suicidio si media la depresión en ellos<sup>5</sup>. La ideación suicida también puede presentarse un año después en individuos con EDM y pensamientos pesimistas. La severidad de la depresión, la gravedad de los intentos previos y los sentimientos de culpabilidad, de pérdida y de inutilidad están también estrechamente relacionados con la existencia de pensamientos suicidas (**Grado de Recomendación B**)<sup>58</sup>.
- El abuso de sustancias (por ejemplo, el alcohol). La combinación de estresores interpersonales y un uso aumentado reciente de alcohol aumenta el riesgo de suicidio (**Grado de Recomendación B**). También el aumento de consumo de alcohol puede ser una señal de agravamiento de los síntomas depresivos y/o de la ansiedad<sup>56</sup>.
- Otros trastornos psiquiátricos. También la depresión menor, el trastorno distímico, los trastornos psicóticos y los trastornos ansiosos.
- La falta de red social de apoyo. La ruptura social está asociada con el riesgo de suicidio en la persona mayor, independientemente de la presencia de depresión, sobre todo en individuos con una personalidad rígida, ansiosa y obsesiva.
- El riesgo de suicidio es mayor en el primer año de viudedad<sup>56</sup>, particularmente en el sexo masculino; permaneciendo elevado hasta el quinto año de la pérdida.
- Antecedentes de intentos de suicidio previos
- Sentimientos de inutilidad y abandono, así como otras conductas autodestructivas (el suicidio subintencional de Farebow), que no forman parte de un deterioro cognitivo y que a menudo conducen a una muerte prematura.
- Abandono del tratamiento antidepresivo

Algunos autores refieren que la ideación suicida disminuye con el envejecimiento, pero si ésta se halla presente, existe un mayor riesgo de cometer el suicidio, en comparación con la población más joven<sup>5</sup>.

Se debe preguntar siempre sobre los pensamientos suicidas en todos los pacientes mayores que presentan síntomas de depresión<sup>2,16</sup>. No existe evidencia alguna de la probabilidad de aumento de las conductas suicidas por el simple hecho de interrogar por ellas, por lo que no hay que ser reacios a investigar por dicha ideación, teniendo en cuenta que, en algunos casos, los pacientes pueden no revelar explícitamente sus pensamientos suicidas<sup>16</sup>, por lo que deberemos estar alertas a la comunicación no verbal.

Es interesante destacar la existencia de una intervención en pacientes mayores que sufren depresión en AP, que propone un cuidado colaborativo factible y efectivo para la reducción de la ideación suicida: 12.9 puntos en el grupo intervención frente a los 3 del grupo de cuidado habitual (Estudio PROSPECT – Prevention of Suicide in Primary Care Elderly: Collaborative Trial -) (**Grado de Recomendación A**)<sup>59</sup>. La intervención también fue efectiva para reducir los síntomas depresivos, tanto en la severidad como en el tiempo de remisión, en los primeros 4 meses, sobre todo en aquellos pacientes con depresión mayor y en pacientes con depresión menor cuando la ideación suicida estaba presente.

Algoritmo sobre la evaluación y manejo del intento de suicidio (modificado de 56)



AVE = Acontecimiento Vital Estresante



Los suicidios en las personas mayores<sup>5,8,16,56</sup>:

1. Son mucho más frecuentes (el doble) que en la población de menor edad
2. Se caracterizan por ser procesos más elaborados y planificados que en edades adultas
3. Representan un elevado porcentaje de consumación de las amenazas o ideaciones suicidas
4. Constituyen la consecuencia más seria de la depresión en los mayores al presentar un elevado índice de letalidad

Se debe interrogar siempre por la ideación suicida a todas las personas mayores con síntomas de depresión<sup>2,16</sup>

La atención o el cuidado colaborativo es una intervención de bajo coste, aceptable para los pacientes, asociada a mejoras importantes en los resultados a los pocos meses, que mejora la función física, cuando se compara con la de los mayores que recibieron un cuidado usual (**Grado de Recomendación A**)<sup>28,29,59</sup>.

Los sentimientos<sup>58</sup> de culpabilidad, de pérdida y de inutilidad están también estrechamente relacionados, al multiplicar por seis la existencia de pensamientos suicidas (**Grado de Recomendación B**)

La combinación de estresores interpersonales y un uso aumentado reciente de alcohol<sup>56</sup> aumenta el riesgo de suicidio (**Grado de Recomendación B**).

## 6. ¿QUÉ PATOLOGÍAS ASOCIADAS PRESENTAN LAS PERSONAS MAYORES QUE SUFREN DEPRESIÓN?

El síndrome depresivo en una persona mayor surge, a menudo, en un contexto en el que coexisten otras enfermedades médicas<sup>5</sup>. Por este motivo, la mayoría de síntomas y signos de la depresión pueden solaparse con las manifestaciones de estas enfermedades médicas, muchas de ellas neurológicas, con sintomatología indefinida, como por ejemplo: insomnio, fatiga, agitación, apatía, etc<sup>2</sup>. Aunque no resultará fácil la distinción entre los distintos trastornos, tampoco será posible un adecuado manejo de los mismos, si las entidades no son adecuadamente diferenciadas.

Las relaciones entre la depresión y otras enfermedades médicas son complejas y múltiples destacando que<sup>50,60</sup>:

- Frecuentemente, las enfermedades médicas, sobre todo aquellas de tipo crónico, se asocian a síntomas depresivos que pueden diagnosticarse como trastornos adaptativos con ánimo depresivo
- Algunas enfermedades médicas se asocian a depresión como síntoma inicial y primario. Este es el caso del cáncer pancreático, los tumores cerebrales, etc.
- La depresión puede también presentarse con síntomas habitualmente característicos de otras enfermedades médicas
- Muchas enfermedades médicas producen síntomas inespecíficos que también pueden ser característicos de depresión, como pérdida de peso, disminución de la energía, etc.
- Muchos fármacos pueden producir síntomas de depresión (ver factores de riesgo farmacológicos).
- Algunas enfermedades pueden inducir depresión, como el ictus, sobre todo en los dos primeros años después del episodio

Entre las muchas enfermedades médicas que pueden inducir síntomas depresivos podemos citar las siguientes<sup>5,32,50</sup>:

- **Alteraciones metabólicas:** Deshidratación, uremia, alteraciones ácido-base, hipoxia, hiponatremia, hipernatremia, hipoglicemia, hiperglicemia, hipocalcemia, hipercalcemia, hipocaliemia, hipercaliemia

- **Endocrinas:** Hipotiroidismo, hipertiroidismo, hipoparatiroidismo, hiperparatiroidismo, diabetes mellitus, enfermedad de Cushing, enfermedad de Addison, Porfiria
- **Infecciones:** Neumonía, encefalitis, infecciones del tracto urinario, meningitis bacteriana y micótica, endocarditis, tuberculosis, brucelosis, neurosífilis, infección por VIH/SIDA, otras infecciones de origen vírico
- **Cárdiovasculares:** Insuficiencia cardíaca crónica, infarto agudo de miocardio, angina
- **Pulmonares:** Enfermedad pulmonar obstructiva crónica, tumoraciones malignas.
- **Gastrointestinales:** Tumoraciones malignas (por ejemplo pancreáticas), colon irritable, hepatitis, otros (úlceras, diverticulosis, etc.).
- **Genitourinarias:** Incontinencia urinaria.
- **Osteomusculares:** Artrosis, osteoporosis con fracturas vertebrales por compresión o con fracturas de la cadera, polimialgia reumática, artritis reumatoide, enfermedad de Paget, fibromialgia.
- **Neurológicas:** Enfermedad cerebrovascular (Accidente Isquémico Transitorio –AIT–, Ictus, etc.); demencia, masas intracraneales, tumores primarios (por ejemplo, del lóbulo temporal) o metastásicos, enfermedad de Parkinson, esclerosis múltiple, epilepsia del lóbulo temporal.
- **Otras:** Anemia, deficiencias vitamínicas (por ejemplo, de vitamina B12); malnutrición, enfermedades hematológicas o sistémicas malignas (primarias –leucemia, linfoma– o metastásicas), arteritis de la temporal, síndrome de fatiga crónica, etc.

A mayor carga médica global parece corresponderle un mayor riesgo de depresión<sup>5</sup> (**Grado de Recomendación D**).

Algunos autores sostienen que el 25% de los pacientes mayores con enfermedades médicas crónicas sufren una depresión asociada<sup>51</sup>. Esta situación es aún más frecuente en mayores de 70 años, en los individuos hospitalizados, y en los institucionalizados en medio residencial<sup>32</sup>. Los distintos porcentajes del trastorno afectivo para las patologías médicas más frecuentes son las siguientes:

- **Enfermedad cerebrovascular (ECV):** Las cifras son muy variables dependiendo del trabajo que revisamos. Así se hallan cifras de prevalencia que oscilan entre el 20% y el 60% en pacientes con ECV. De ellos entre el 20% y el 25% padecían un EDM; y entre el 10% y el 50% una depresión menor<sup>2,8,32,55,60,61,62,63</sup>.
- **Cáncer:** Cifras cuyo rango oscila entre el 1%-40%<sup>8,32</sup>.
- **Infarto agudo de miocardio (IAM):** Dependiendo del estudio se encuentran diferentes porcentajes: entre el 8%-44%<sup>8,32</sup>. Hasta el 25% para EDM, y 25% de depresión menor<sup>5</sup>. Cuando un paciente se somete a cateterización cardíaca y presenta un EDM, al año permanecen deprimidos el 50%<sup>5</sup>.
- **Artritis Reumatoide:** Hasta el 13%<sup>8</sup>
- **Enfermedad de Parkinson:** Las cifras en neurología oscilan entre el 10%-40%<sup>2,8,32</sup>. En otras especialidades encontramos mayores porcentajes: psiquiatría 25%-70% , geriatría 50%<sup>55</sup>.
- **Diabetes Mellitus:** 5%-11%<sup>8</sup>
- **Deterioro cognitivo:** 17%-31%<sup>8,32</sup>
- **Enfermedad de Alzheimer:** Datos variables, entre el 15% y el 57%<sup>5,32,33,55,63,64</sup>; con un 15-20% de EDM<sup>2</sup>.
- **Otras alteraciones**<sup>63</sup>: Por ejemplo, Epilepsia 25%-75%; Infección VIH 13%-39%; Enfermedad De Huntington 9%-44%; Migraña 22%-32%; Esclerosis múltiple 27%-54%; Demencia multiinfartica 5%-45%.

Los porcentajes más relevantes se resumen en la **Tabla 4**.

Tabla 4. Depresión y comorbilidad médica

ENFERMEDAD Médica	PREVALENCIA de Depresión
Enfermedad cerebrovascular	20%-60% ( <b>Rev. Sist. 33%</b> )
Cáncer	1%-40%
Infarto agudo de miocardio	8%-44%
Artritis Reumatoide	13%
Enfermedad de Parkinson	10%-40%
Diabetes Mellitus	5%-11%
Deterioro Cognitivo	17%-31%
Enfermedad de Alzheimer	15%-57%
Epilepsia	55%
Infección por VIH	30%
Enfermedad de Huntington	35%
Migraña	26%
Esclerosis Múltiple	34%
Demencia Multiinfarto	24%

La depresión en los mayores suele correlacionarse con una mayor discapacidad<sup>8</sup>, sobre todo si se asocia a la presencia de enfermedades físicas, provocando una exacerbación de las consecuencias de las mismas<sup>5</sup>.

A continuación se exponen algunas de las patologías en las que la asociación con depresión en las personas mayores es más prevalente:

### Enfermedad de Alzheimer

La presencia de depresión tiene una frecuencia variable por diferentes motivos<sup>64</sup>. Los síntomas depresivos son comunes y están presentes en casi todas las etapas de la enfermedad<sup>65</sup>: por ejemplo, en el 22% de los individuos con deterioro cognitivo ligero, y hasta en el 50% de los pacientes con demencia avanzada. Otros trabajos refieren que su prevalencia disminuye con el tiempo de evolución de la enfermedad, desde el 40% inicial hasta un 24% a los cinco años<sup>64</sup>. Una explicación de esa variabilidad puede estar en los diferentes criterios diagnósticos seleccionados para su reconocimiento. Así se ponía de manifiesto en un estudio publicado recientemente<sup>66</sup>; que detectaba el 4.9% utilizando los criterios de la Clasificación ICD-10, el 9.8% cuando empleaba los criterios CAMDEX, el 13.4% siguiendo los de la DSM-IV, y hasta el 27.4%, cuando los criterios seguidos eran la nueva propuesta, denominada: Criterios diagnósticos provisionales para depresión en la enfermedad de Alzheimer. De todas maneras los pacientes que reciben tratamiento por este motivo, a lo largo de todos esos años, constituyen sólo el 20% de los mismos.

Algunos pacientes mayores deprimidos pueden desarrollar cierto deterioro cognitivo, manifestado como dificultades en la concentración, trastornos en la velocidad de procesamiento mental, y alteraciones en las funciones ejecutivas<sup>5</sup>. Estas alteraciones pueden resolverse, total o parcialmente, después de la remisión de la depresión. Los que sólo mejoran parcialmente, e incluso un 20% de los que logran la recuperación completa, tienen un mayor riesgo de desarrollar un síndrome de demencia a los pocos años del inicio de la depresión<sup>2,5</sup>.

Otros autores han demostrado que los trastornos depresivos, cambios en el humor, aislamiento social, ideación suicida, etc.; estaban presentes 26-28 meses antes del diagnóstico de enfermedad de Alzheimer en el 72% de los pacientes que padecen este síndrome<sup>67</sup>. Por este motivo se considera que la depresión podría ser un factor de riesgo para demencia en los individuos que presentaron depresión 10-20 años antes del inicio de demencia, o incluso en etapas anteriores<sup>5</sup>. Se propone, incluso, que el trastorno afectivo formaría parte de la sintomatología prodrómica de la demencia, de modo que, los individuos mayores que presenten

depresión mayor y deterioro cognitivo, probablemente desarrollarían, a los pocos años de la depresión, un síndrome de demencia<sup>5</sup>. Estudios comunitarios amplios también confirman estos hallazgos<sup>65</sup> (**Grado de Recomendación A**).

### Depresión post-ictus (DPI)

Algunos autores afirman que la enfermedad cerebrovascular predispone, precipita y perpetúa la depresión en el colectivo de gente mayor<sup>2,5,16</sup>.

Un tercio de los supervivientes a un ictus padece una depresión, tanto en la fase precoz, en los tres primeros meses, como en la fase tardía, a partir de los 3 meses de éste. Los enfermos con depresión asociada padecen mayores niveles de dependencia para las AVD, y por tanto niveles más altos de discapacidad, que aquellos que no sufren depresión<sup>62</sup>.

La sintomatología es heterogénea y puede incluir elementos emocionales, somáticos o cognitivos (**Tabla 5**)

Tabla 5. Sintomatología de la depresión post-ictus.

<b>1. Elementos emocionales</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Menor reactividad emocional, con mayor apatía</li> <li>- Anhedonía</li> <li>- Aislamiento social</li> <li>- Menor tristeza y agitación que los deprimidos sin factores de riesgo cardiovascular</li> </ul>
<b>2. Elementos somáticos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fatiga</li> <li>- Estreñimiento</li> <li>- Anorexia</li> <li>- Trastorno del ritmo sueño/vigilia</li> <li>- Disminución de la libido</li> </ul>
<b>3. Elementos cognitivos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dificultad de concentración</li> <li>- Sentimientos de desesperanza</li> <li>- Alucinaciones ocasionales</li> <li>- Alteraciones en la fluencia verbal</li> <li>- Trastornos de la nominación de objetos</li> <li>- Enlentecimiento psicomotor</li> <li>- Menor introspección</li> </ul>

Una revisión sistemática evidenciaba los factores de riesgo psicosociales relacionados con la presencia de depresión post-ictus, durante los seis primeros meses tras el evento (**Grado de Recomendación A**)<sup>68</sup>:

- Asociación consistente
  - Historia previa de depresión
  - Antecedentes personales de enfermedad psiquiátrica previa
  - Afasia
  - Afectación funcional
  - Vivir solo
  - Aislamiento social post-ictus
- Asociación controvertida
  - Edad avanzada
  - Nivel socioeconómico
  - Estrés social previo
  - Dependencia en las Actividades de la Vida Diaria (AVD)
- Asociación nula
  - Demencia o grado de trastorno cognitivo

Se correlacionaba de una forma consistente, en otra revisión sistemática de estudios observacionales, con el grado de discapacidad física, la severidad del ictus, y la presencia de deterioro cognitivo (**Grado de Recomendación B**)<sup>69</sup>.

Algunos autores señalan que la presencia de depresión a las 3 semanas del ictus es un factor pronóstico de depresión al año, pues el 50% de los pacientes deprimidos a los 3 meses también lo estaban al año<sup>60</sup>.

No se han encontrado evidencias de relación alguna entre la localización neuroanatómica del ictus y el riesgo de depresión post-ictus; así como tampoco entre ésta y una relación con lesiones hemisféricas derechas e izquierdas (**Grado de Recomendación A**)<sup>70</sup>.

Las complicaciones que pueden presentar estos enfermos se han relacionado con<sup>71</sup>:

- Disfunción cognitiva. Mejora con tratamiento farmacológico y permanece estable en los 2 años posteriores a la terapéutica antidepresiva, si no existen nuevas alteraciones cerebrovasculares (**Grado de Recomendación A**)<sup>72</sup>
- Aumento de la mortalidad por causa vascular. Hasta un 13% a los 3 años<sup>73</sup>
- Aumento del riesgo de suicidio
- Síntomas neuropsiquiátricos
  - La manía se ha relacionado con lesiones temporales del hemisferio derecho
  - La ansiedad generalizada se ha asociado con lesiones focales corticales
  - La agresividad se ha descrito en pacientes varones, más jóvenes, con deterioro cognitivo, y con mayor sintomatología depresiva

El tratamiento de la DPI se debe enmarcar en el plan global de tratamiento de cualquier episodio de ictus<sup>71</sup>. Se debe abordar el dolor, la espasticidad, aspectos de prevención secundaria cardiovascular, apoyo psicológico y social, y actividades de rehabilitación y reintegración social. Se debe hacer un mayor énfasis en las terapias:

- De Rehabilitación, donde existe una menor prevalencia de DPI
- Cognitivas de apoyo familiar<sup>74</sup>. Que permiten aumentar las actividades sociales y mejorar la calidad de vida de los cuidadores, aunque sin efectos significativos sobre los pacientes
- Farmacológicas. Mediante el uso de antidepresivos que promuevan la recuperación isquémica, como los inhibidores de noradrenalina y dopamina, evitando aquellos que inhiban esta recuperación, como los bloqueadores alfa-adrenérgicos<sup>5</sup>. Su respuesta a veces sólo se hace evidente en la fase crónica, y no en la aguda, observando una mejoría en las AVD. Por lo que si se inicia el tratamiento de forma precoz se puede lograr una mayor recuperación e independencia funcional. En una revisión Cochrane de 2006 se concluía que los antidepresivos pueden reducir, pero no necesariamente abolir, la depresión después del ictus. Esta acción es más evidente en aquellas situaciones prolongadas, en las que se puede demostrar una disminución de las puntuaciones de las escalas psicométricas para depresión, con una mejora del humor (**Grado de Recomendación A**)<sup>75,76</sup>. La psicoterapia tampoco aportó beneficios en dos ensayos pequeños; y la Terapia Electro Convulsiva no fue practicada

En relación con la prevención de la depresión post-ictus, en otra revisión Cochrane 2006, se concluyó que el papel de las intervenciones para la prevención de la depresión después del ictus es incierta, no habiéndose encontrado un efecto claro del tratamiento farmacológico sobre la prevención de la depresión, ni en la mejora de la recuperación física después del mismo (**Grado de Recomendación A**). En un único ensayo la psicoterapia mejoró únicamente el estado de ánimo<sup>77</sup>.

## Diabetes mellitus

Se ha encontrado que los factores de riesgo de depresión en individuos mayores de 65 años se relacionan con **(Grado de Recomendación C)**<sup>78</sup>:

- Sexo femenino
- Bajo nivel educativo
- Presencia de deterioro cognitivo
- Presencia de deterioro funcional
- Raza afroamericana

## Enfermedad somática (Infarto agudo de miocardio, Insuficiencia cardiaca crónica, caídas, cáncer)<sup>79</sup>

Los mayores con enfermedad somática tienen un riesgo aumentado de depresión (38.3% de depresión en los individuos al primer año del evento; y en el 67.5% persistía en la siguiente evaluación). Los factores significativos de riesgo pre-evento se relacionan con:

- Síntomas depresivos de base
- Edad
- Hábito de fumar
- Pobre estado de salud
- Pobre bienestar
- "Neuroticismo". Y únicamente este factor se relacionó con la persistencia de los síntomas. Por lo que parece sugerirse la existencia, en estos enfermos, de una personalidad previa con tendencia a la depresión **(Grado de Recomendación A)**.

## Enfermedad de Parkinson

La enfermedad de Parkinson puede ser erróneamente diagnosticada como una enfermedad depresiva primaria y, paralelamente, la depresión puede no ser reconocida en los pacientes con esta patología neurológica<sup>2</sup>.

Se ha recomendado la utilización de The Beck Depresión Inventory-I, la Hamilton Depresión Rating Scale (HAM-D) o la Montgomery Asberg Depresión Rating Scale (MARDS) para realizar un screening de depresión en la enfermedad de Parkinson, pero también se aconsejaba que debían ser escalas validadas más específicas, tanto en relación con la enfermedad como con la edad de los pacientes **(Grado de Recomendación B)**<sup>80</sup>.

La relación entre los componentes afectivo y motor en esta enfermedad es realmente compleja. Una mejora motora, con fármacos antiparkinsonianos, no está asociada con una mejora del humor<sup>2</sup>. Paralelamente, la presencia de síntomas motores que no responden a L-Dopa, constituye un factor de riesgo para la aparición de un episodio depresivo mayor<sup>81</sup>.

La disminución en la función, que no en la cognición, precede al primer episodio depresivo en un individuo con enfermedad de Alzheimer probable (**Grado de Recomendación A**)<sup>64</sup>

Estudios comunitarios encuentran una correlación entre la sintomatología depresiva y la presencia de deterioro cognitivo posterior (**Grado de Recomendación A**)

La frecuencia de depresión post-ictus, en una revisión sistemática se encuentra en el 33% (95% IC: 29-36%) de todos los supervivientes de un ictus en algún tiempo durante el seguimiento (**Grado de Recomendación B**)<sup>61</sup>

Se halla una relación consistente<sup>68</sup> entre la presencia de DPI y lo siguientes factores de riesgo: historia previa de depresión, antecedentes personales de enfermedad psiquiátrica previa, afasia, afectación funcional, vivir solo y aislamiento social post-ictus (**Grado de Recomendación A**).

No existe evidencia de la relación entre la localización neuroanatómica del ictus y el riesgo de depresión post-ictus; así como tampoco entre ésta y la presencia de lesiones hemisféricas derechas o izquierdas (**Grado de Recomendación A**)<sup>70</sup>

Los antidepresivos<sup>75</sup> pueden reducir la DPI, sobre todo en aquellas situaciones prolongadas en las que se puede demostrar una disminución de las escalas para evaluar depresión, mejorando aspectos como el humor de estos pacientes (**Grado de recomendación A**)

El papel de las intervenciones para la prevención<sup>77</sup> de la depresión post-ictus es incierta, no se ha encontrado un efecto claro del tratamiento farmacológico sobre la prevención de la depresión, ni en la mejora de la recuperación física después del mismo (**Grado de Recomendación A**).

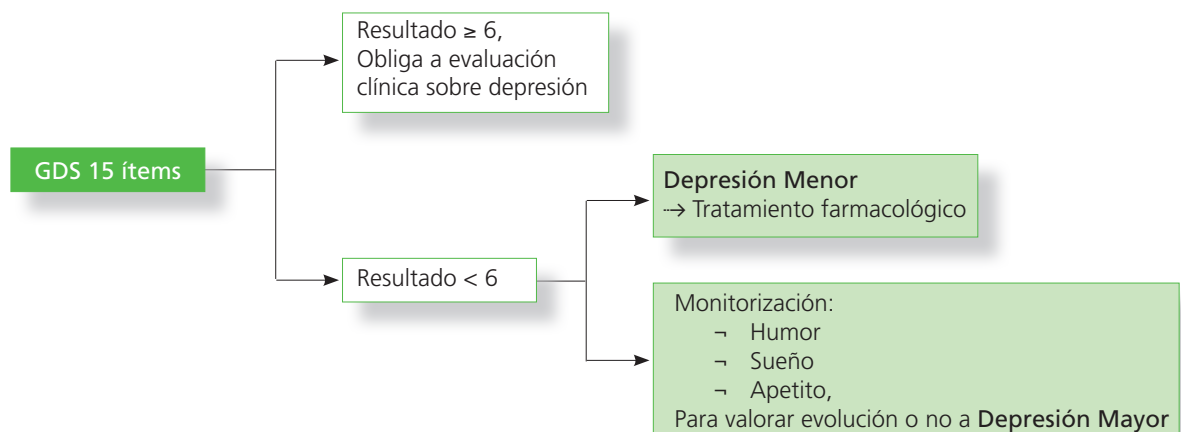
## 7. ¿CÓMO HACER EL CRIBADO Y EL DIAGNÓSTICO DE DEPRESIÓN EN LAS PERSONAS MAYORES EN AP?

### Screening – Cribado

Para favorecer la recogida sistemática de la información, y complementar los datos de la exploración clínica habitual, se pueden utilizar diferentes instrumentos de cribado. Pueden ser auto o heteroaplicados, y realizables con la colaboración de los profesionales de enfermería.

Entre los más utilizados se encuentra la Geriatric Depression Scale de Yesavage (GDS) en sus diferentes formas (30, 15 y 5 ítems). La forma de 15 ítems, (**Grado de Recomendación A**)<sup>82</sup>, puede ayudarnos a determinar una guía de actuación (**Grado de Recomendación B**)<sup>25</sup>, en la que la presencia de una puntuación mayor o igual a 6 obliga a una evaluación clínica sobre depresión; y puntuaciones inferiores aconsejan: el tratamiento farmacológico si estamos frente a una depresión menor, o la monitorización del humor, el sueño y el apetito para valorar la evolución, o no, hacia un EDM.

#### ALGORITMO PARA EL CRIBAJE DE DEPRESIÓN EN PERSONAS MAYORES



La GDS, en su forma de 5 ítems, ha demostrado ser efectiva para el cribado de depresión en individuos cognitivamente intactos, que viven en la comunidad y en los ingresados en un hospital o en residencias geriátricas. Posee una sensibilidad (S) del 94%, una especificidad (E) del 81%, un Valor Predictivo Positivo (VPP) del 81%, y un Valor Predictivo Negativo (VPN) del 94% (**Grado de Recomendación B**)<sup>21</sup>.

La detección de depresión menor con el GDS de 15 ítems tiene una S del 70% y una E del 80% (**Grado de Recomendación A**)<sup>82</sup>

La escala de Cornell para evaluar la depresión en la demencia, tiene una S: 90% y una E: 75%, en la detección de un EDM (**Grado de Recomendación A**)<sup>82</sup>.

## Diagnóstico

La depresión clínicamente significativa es más un espectro amplio de enfermedades que no una entidad patológica categorial<sup>46</sup>.

El diagnóstico de la depresión en el mayor sigue siendo clínico, por lo que para evaluar correctamente una depresión será imprescindible<sup>23,83</sup>:

- **Una historia clínica detallada.**  
Evaluando la forma de presentación de los síntomas, el grado de discomfort asociado a los mismos, y la frecuencia de éstos<sup>84</sup>. Se debe tener en cuenta la severidad del episodio, su duración y la existencia de procesos previos. Dada la influencia genética se recomienda completar una breve historia familiar. Es recomendable realizar la anamnesis con el enfermo, y confirmar los datos con un familiar o informador fiable quien, además, podrá aportar nueva información. Se estudiarán también los posibles factores de riesgo de depresión en el mayor, y que pudieran estar presentes, fundamentalmente aquellos modificables, y los que incrementan también el riesgo de suicidio.
- **Evaluar los antecedentes médicos.**  
Estudio de la comorbilidad. Historia farmacológica exhaustiva. Consumo y/o abuso de sustancias tóxicas.
- **Una exploración física general y neurológica.**  
Debe ser completa, prestando especial atención a la exploración neurológica, que no debe obviar, al menos, la exploración del estado mental, nivel de conciencia, signos de focalidad neurológica, trastornos de la marcha o movimientos anormales.
- **Practicar un examen del estado mental.**  
Referido en el apartado anterior, aunque por su importancia, es explicado de forma independiente. Debe evaluar la existencia de síntomas psicóticos, severidad, riesgo de suicidio, nivel de autoestima y riesgo de daño a otros. Así como determinar la presencia o ausencia de deterioro cognitivo.
- **Realizar exploraciones complementarias básicas.**  
Su objetivo será analizar si la sintomatología puede ser secundaria a tratamiento farmacológico o a otra enfermedad sistémica o metabólica. Por este motivo pueden estar indicadas un conjunto de exploraciones complementarias básicas, para excluir condiciones médicas que pueden causar síntomas muy similares. Para ello podemos valorar parámetros analíticos como: glicemia, ionograma, calcio, función renal, función hepática, VSG, hemograma, sedimento de orina, hormonas tiroideas, vitamina B12, ácido fólico, niveles de fármacos y ECG<sup>32</sup>.
- **Valorar el nivel de repercusión funcional.**  
Tratando de hacer una correlación entre el curso temporal de los síntomas y el posible declive funcional del paciente<sup>51</sup>.
- **Realizar tests de cribado**  
Ya referidos previamente



En la **Tabla 6** presentamos las líneas recomendadas para el diagnóstico de depresión cuando la comorbilidad se halla presente y dificulta en gran manera nuestra labor<sup>8</sup>. Son comunes, en estas situaciones, la disminución del interés en las actividades, el aislamiento social, la irritabilidad y las quejas somáticas.

Tabla 6.- Líneas recomendadas para el diagnóstico de depresión cuando la comorbilidad se halla presente

1. Considerar que la depresión mayor no es una respuesta normal al envejecimiento ni a la enfermedad. Por este motivo deberemos:	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Optimizar el tratamiento de las patologías presentes</li> <li>- Discontinuar fármacos si pueden ser asociados a la depresión</li> <li>- Prescribir un tratamiento agresivo del episodio depresivo estaría justificado si persisten los síntomas</li> </ul>
2. Cuando es difícil atribuir las quejas somáticas a alguna patología deberemos enfocar más hacia:	<ul style="list-style-type: none"> <li>- síntomas psicológicos como: disforia, anhedonia, baja autoestima, sentimientos de inutilidad y de desesperación</li> <li>- síntomas conductuales como: aislamiento social, rumiación y pesimismo</li> </ul>
3. Obtener una historia colateral con miembros de la familia, cuidadores, anotaciones en la historia clínica, o examinando de nuevo	

La aplicación de criterios diagnósticos estandarizados (por ejemplo DSM-IV, DSM-IV-TR) no incluyen, para EDM, elementos de aplicación específica para la población mayor<sup>8</sup>. Al estar basados en características de población adulta, pero de menor edad, los profesionales nos encontramos con dificultades para definir adecuadamente la depresión en el mayor, porque ésta suele presentarse de forma heterogénea. Nos encontramos así, con algunos pacientes mayores con una sintomatología similar a la de los pacientes de menor edad; sin embargo, en edades más avanzadas, la expresión clínica puede ser completamente diferente<sup>8</sup>. Por esos motivos algunos autores sugieren la necesidad de desarrollar criterios diagnósticos más apropiados para los trastornos psiquiátricos relacionados con la gente mayor<sup>16</sup>.

## Tipos de Depresión según el DSM-IV-TR (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*)

### EPISODIO DEPRESIVO MAYOR

Tabla 7.- Criterios diagnósticos de episodio Depresivo Mayor<sup>8,51,57</sup>

DSM-IV-TR*	Presentaciones alternativas#
1. Humor deprimido	• Irritabilidad
2. Pérdida de interés o placer	• Agitación, ansiedad, inquietud
3. Pérdida o ganancia de peso (>5%)	• Quejas somáticas
4. Insomnio o hipersomnia	• Deterioro cognitivo
5. Agitación o retraso psicomotor	• ↓ iniciativa y capacidad de resolver problemas
6. Fatiga o pérdida de energía	• Deterioro en el autocuidado
7. Sentimientos de inutilidad o culpa excesivos	• Abuso de alcohol u otras sustancias
8. ↓ concentración o indecisión	• Aislamiento social
9. pensamientos recurrentes de muerte o ideación suicida	• Culpa excesiva
	• Paranoia
	• Obsesiones y compulsiones
	• Conflictos conyugales

\* Deben incluir al menos 5 criterios de los síntomas relatados, los cuales deben hallarse presentes la mayor parte de cada día de las dos últimas semanas y representar un cambio en el funcionamiento previo. Al menos debe hallarse presente uno de los siguientes síntomas: humor deprimido o pérdida de interés o de placer.

# Cualquiera de estas presentaciones es una "señal de alarma" que nos indica que debe realizarse una posterior evaluación. La combinación de irritabilidad, quejas somáticas, y aislamiento social es especialmente sugestivo de depresión en pacientes de 85 y más años.

## Depresión menor

Es una enfermedad típicamente episódica y dinámica<sup>39</sup>. Las definiciones de depresión menor son operacionales y cambiantes de un estudio a otro<sup>16</sup>.

Algunos autores consideran la depresión menor y la Depresión sintomática subsindrómica (Subsyndromal Symptomatic Depression) como sinónimos; aunque otros dividen la depresión subsindrómica en dos subtipos<sup>5,43</sup>:

- Con trastornos del humor. Sería equivalente a la depresión menor.
- Sin trastornos del humor. Sería, específicamente, la depresión sintomática subsindrómica.

El curso de la misma es variable, desarrollándose una pobre percepción del estado de salud y del nivel funcional<sup>43</sup>. Si se asocia a un contexto de discapacidad física severa, por ejemplo una depresión post-ictus, los síntomas depresivos pueden persistir durante largos períodos de tiempo<sup>46</sup>.

En ocasiones no hacer un diagnóstico categórico de EDM no implica que el paciente no deba ser tratado. Es frecuente observar mejorías clínicas subjetivas y objetivas, desde el punto de vista funcional, tras el tratamiento de pacientes con depresión leve<sup>51</sup>. Por lo que se trata de una de las situaciones en que, a pesar de las pocas evidencias disponibles, se muestra que el tratamiento puede ser efectivo, en ocasiones, para la resolución de los síntomas y para la prevención de futuras complicaciones<sup>51</sup>.

La depresión menor, que se encuentra presente en 1/10 visitas que realizamos en AP<sup>43</sup>, puede ser seguida de Depresión mayor (un 25% evolucionan a episodio depresivo mayor en 2 años<sup>5</sup>). Y en los muy mayores una larga fase subsindrómica de 3 años también puede desembocar en la presencia de una depresión mayor<sup>5</sup>

Tabla 8.- Criterios diagnósticos de Episodio Depresivo Menor<sup>5,43</sup>

DSM-IV-TR*	Criterios diagnósticos RDC#
1. Humor deprimido	• Demasiada preocupación
2. Pérdida de interés o placer	• Criticar a otros
3. Pérdida o ganancia de peso (>5%)	• Pérdida de interés sexual
4. Insomnio o hipersomnia	• Pobre concentración
5. Agitación o retraso psicomotor	• Cambios en el apetito
6. Fatiga o pérdida de energía	• Sentimientos de inferioridad
7. Sentimientos de inutilidad o culpa excesivos	• Falta de interés en las cosas
8. ↓ concentración o indecisión	• Pensamientos suicidas
9. pensamientos recurrentes de muerte o ideación suicida	• Sentimientos de inutilidad
	• Cambios en la energía
	• Todo cuesta un esfuerzo
	• Irritable, argumentativo
	• Trastornos del sueño
	• Grita fácilmente
	• Sentimientos de desesperación

\* En el caso de la Depresión menor los criterios que debe cumplir deben ser entre 2 y 5, los cuales deben hallarse presentes la mayor parte de cada día de las dos últimas semanas y representar un cambio en el funcionamiento previo. El diagnóstico sólo puede ser realizado en pacientes con ausencia de historia de depresión mayor, distimia, trastorno bipolar o alteraciones psicóticas (4).

# Lista de los Criterios Diagnósticos de Investigaciones (RDC: Research Diagnostic Criteria) para episodios depresivos menores. Se precisan dos síntomas de los descritos en la lista para realizar el diagnóstico (10).

## Trastorno distímico<sup>57</sup>

Raramente se inicia en la este tramo de edad, sino que generalmente proviene de la edad media de la vida<sup>16</sup>.

Tabla 9.- Criterios diagnósticos de Trastorno Distímico.

- Humor triste la mayoría de los días, acompañado por otros dos síntomas de los descritos en el episodio Depresivo Mayor
- La duración requerida debe de ser de al menos dos años
- No debe estar presente ningún episodio de depresión mayor durante los primeros dos años del trastorno

## Trastorno bipolar<sup>5,57</sup>

Es un trastorno mucho menos frecuente que la depresión unipolar.

Tabla 10.- Criterios diagnósticos de Trastorno bipolar.

- Tipo I. Los individuos cumplen criterios de Episodio Depresivo Mayor y tienen una historia de al menos un episodio maníaco o un episodio mixto.
- Tipo II. Los enfermos han presentado diversos episodios de Depresión mayor y una historia de episodios maníacos.

## Trastorno adaptativo con humor deprimido<sup>57</sup>

Tabla 11.- Criterios diagnósticos del Trastorno Adaptativo con humor deprimido.

- Individuos que desarrollan humor deprimido, llanto fácil y sentimientos de desesperación dentro de los 3 meses de haber ocurrido el factor estresante
- El síndrome conlleva un gran distrés o discapacidad y debe amainar después de los 6 meses de la supresión del factor estresante
- El duelo no se considera un factor estresante para este trastorno.

## Otras formas de depresión en el mayor

### DEPRESIÓN PSICÓTICA

Es más frecuente en personas mayores que no en individuos más jóvenes, y es diagnosticada en pacientes con depresión mayor que presentan delirios o alucinaciones<sup>5</sup>. Los contenidos de éstas hacen referencia a sentimientos de culpa, hipocondriasis, delirios somáticos, nihilismo, persecución y, a veces, celos.

### DEPRESIÓN EN RESIDENCIAS DE MAYORES<sup>11</sup>

El EDM presenta una prevalencia del 12-22%; y la depresión menor del 16-30%. La mayoría de las depresiones predisponen a un aumento de la morbi-mortalidad, mayor deterioro funcional, y empeoramiento de la calidad de vida de la gente mayor que la padece. Una de las principales causas de todo lo anterior es el escaso reconocimiento diagnóstico, aunque, cuando han sido diagnosticados, sólo el 55% de los pacientes recibía tratamiento. Esta situación se agrava cuando el paciente tiene una edad muy avanzada, mayores de 85 años, o asocia otros problemas de salud, como el deterioro cognitivo o la demencia<sup>85</sup>. Cuando reciben tratamiento, es habitual, hasta en el 32% de los casos, que se instauren dosis inferiores a las recomendadas<sup>85</sup>.

Los factores de riesgo de depresión se identifican con: enfermedad física y discapacidad asociada, polifarmacia, y factores ambientales relacionados con el medio institucionalizado. La clínica puede presentarse en forma de trastornos de la alimentación, ansiedad, agresividad, otros síntomas somáticos, deterioro cognitivo, y declive funcional. Se han propuesto algunas actividades de mejora en el medio ambiente residencial como elementos clave para la prevención y el tratamiento de la depresión de las personas mayores que viven en este medio.

**LA DEPRESIÓN CON SÍNDROME DE DISFUNCIÓN EJECUTIVA<sup>5</sup>**

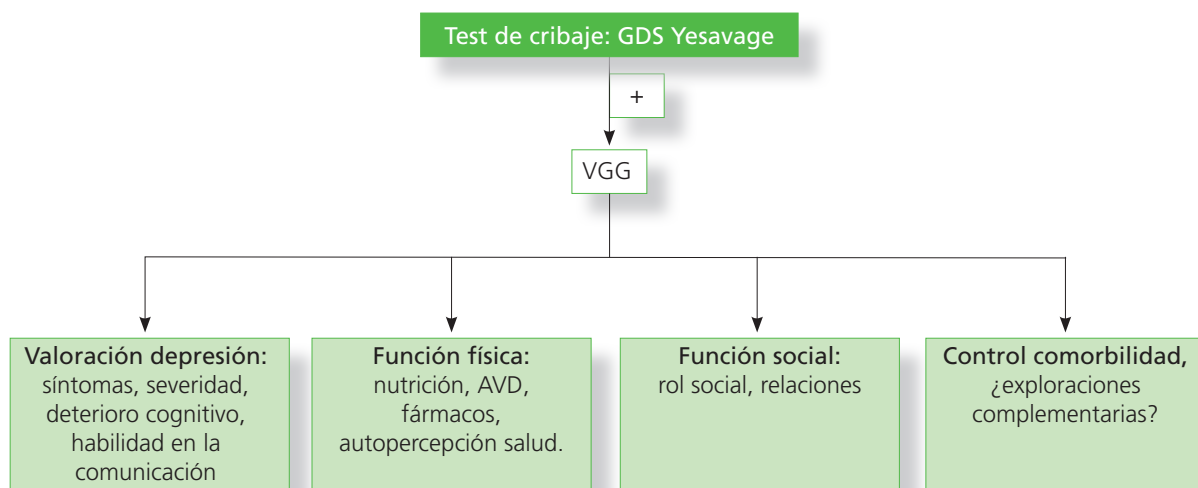
Se concibe como una depresión mayor, acompañada de disfunción importante frontoestriatal, lo que provoca en el paciente un enlentecimiento psicomotor, reducción en el interés por las actividades, dificultad para el desempeño de las AIVD, alteraciones en la introspección, y signos vegetativos. Suelen tener una pobre, e inestable respuesta, a los fármacos antidepresivos.

**DEPRESIÓN EN LOS MUY MAYORES<sup>86</sup>**

La incidencia anual de síntomas depresivos, clínicamente significativos, en individuos mayores de 85 años puede encontrarse entre el 6.8% y el 13%. Es más frecuente en el sexo femenino, con menor nivel económico, y se ha demostrado la relación directa con el grado de deterioro cognitivo y de discapacidad, así como con la institucinalización<sup>87</sup>.

En este tramo etario, la Valoración Geriátrica Global (VGG) estaría indicada, y sería coste-efectiva al detectar situaciones de fragilidad, y ser útil como herramienta de prevención terciaria. La VGG se iniciaría con un test de cribaje de depresión, del tipo GDS de Yesavage, que, en caso de ser positivo, deberíamos complementar con la exploración clínica, valorando la presencia de síntomas, severidad, deterioro cognitivo, habilidades en la comunicación. La VGG incluye el estudio de la función física (nutrición, Actividades de la Vida Diaria –AVD-, fármacos, autopercepción salud); la función social (relaciones, rol social); y el control de la comorbilidad junto a la solicitud, en caso de sospecha clínica, de exploraciones complementarias.

**ALGORITMO PARA LA VALORACIÓN DE LA DEPRESIÓN EN LOS MUY MAYORES**



**DEPRESIÓN ENMASCARADA<sup>33</sup>**

Nos referimos a ella cuando nos encontramos que el trastorno afectivo mayor puede estar oculto por la preocupación importante del paciente acerca de su salud física.

**DEPRESIÓN RESISTENTE<sup>63</sup>**

Es aquel episodio depresivo que no ha mostrado mejoría suficiente después del tratamiento con un fármaco de actividad antidepresiva contrastada, en dosis terapéuticas y durante un tiempo adecuado.

Elementos para realizar un adecuado diagnóstico<sup>23,83</sup> de Depresión en el mayor:

1. Historia clínica detallada
2. Antecedentes médicos – historia farmacológica – Consumo/Abuso sustancias
3. Exploración física general y neurológica
4. Examen del estado mental
5. Exploraciones complementarias básicas
6. Repercusión Funcional
7. Administrar test de cribaje

La GDS, en su forma de 5 ítems, ha demostrado ser efectiva para el screening de depresión en individuos cognitivamente intactos, que viven en la comunidad, en los ingresados en un hospital o en residencias geriátricas; posee una Sensibilidad (S) del 94%, una Especificidad del 81%, un Valor Predictivo Positivo del 81%, y un Valor Predictivo Negativo del 94% (**Grado de Recomendación B**)<sup>21</sup>

La detección<sup>82</sup> de Depresión menor con la escala GDS de 15 ítems tiene una S del 70% y una E del 80% (**Grado de Recomendación A**)

La escala de Cornell, para evaluar la depresión en la demencia, tiene una S del 90% y una Especificidad del 75% en la detección de un episodio depresivo mayor (**Grado de Recomendación A**)<sup>82</sup>

El objetivo de la detección y tratamiento de la depresión en los muy mayores<sup>86</sup> pretende, sobre todo, una mejoría en la calidad de vida relacionada con la salud en la cual la remisión de los síntomas depresivos es un elemento clave, aunque no suficiente

## 8. LA DEPRESIÓN EN LAS PERSONAS MAYORES ¿SE PUEDE PREVENIR DESDE AP?

Se puede hablar de prevención de la depresión en las personas mayores (**Grado de Recomendación D**)

### Prevención primaria

Podría pensarse en este concepto cuando nos encontramos ante personas que desarrollan una autoeficacia significativa, la cual les permite vivenciar el éxito en el manejo de problemas específicos<sup>88</sup> o de cuestiones vitales cotidianas. Para ello suelen emplearse diferentes métodos, entre los que destacaríamos: técnicas de relajación, de reestructuración cognitiva, de resolución de problemas, de comunicación, de manejo conductual del insomnio, la nutrición, el ejercicio, etc<sup>57</sup>.

Otras aproximaciones a la prevención primaria pueden incluir la disminución del riesgo de depresión post-ictus, controlando los factores de riesgo cardiovascular (HTA, dislipemia, concentración de homocisteína, etc.); el uso de fármacos antidepresivos en pacientes con comorbilidad (por ejemplo en individuos con deterioro macular asociado a la edad con amaurosis completa); y actividades informativas a los mayores sobre las opciones terapéuticas disponibles<sup>5</sup>.

### Prevención secundaria

Se realiza con el tratamiento prolongado con fármacos antidepresivos y psicoterapia, solos o en combinación, que consiguen disminuir el riesgo de recaída y de recurrencia de depresión en las personas mayores, en los que previamente hubo respuesta al tratamiento antidepresivo<sup>5</sup>.

### Prevención terciaria

Dirigida al manejo clínico amplio de los síntomas de depresión, intentando reducir la ideación suicida y, quizás, el riesgo de suicidio<sup>5</sup>.

## 9. ¿CÓMO DEBEMOS ABORDAR EL TRATAMIENTO DE LA DEPRESIÓN EN LAS PERSONAS MAYORES DESDE ATENCIÓN PRIMARIA?

### ¿Qué criterios previos al tratamiento debemos considerar?

El tratamiento psicofarmacológico de las personas mayores con depresión suele plantear una serie de dificultades que son precisas tener en cuenta previamente, como por ejemplo:

- La frecuente comorbilidad.
- La polimedicación, y la posibilidad de aparición de interacciones farmacológicas.
- La baja adherencia a los tratamientos.
- Un mayor número de efectos adversos.
- Los problemas de absorción, metabolización y eliminación de los fármacos (por la edad avanzada).

Por todo ello es preciso seguir unas pautas generales en el tratamiento de la persona mayor que sufre depresión:

1. Reducir al menor número posible los fármacos a administrar.
2. Siempre que sea posible utilizar monoterapia y monodosis.
3. Utilizar la mínima dosis efectiva.
4. Iniciar los tratamientos con dosis mínimas e ir subiendo éstas, ampliando los intervalos de tiempo al respecto.
5. Vigilar la cumplimentación del tratamiento.
6. Tener en cuenta las limitaciones físicas y la situación clínica del paciente al elegir la forma de presentación de los medicamentos a administrar.
7. Hacer revisiones periódicas para llevar a cabo un buen control y seguimiento de la adherencia al tratamiento.
8. Ser especialmente cuidadoso cuando sea necesario modificar los psicofármacos así como en el momento de suspender el tratamiento.

### ¿Qué objetivos debe perseguir el tratamiento?

Los objetivos que debemos plantearnos conseguir cuando abordamos el tratamiento de la depresión en el mayor debería tener en cuenta aspectos como:

1. Mejorar y superar los síntomas de la depresión
2. Mejorar la calidad de vida relacionada con la salud
3. Favorecer la incorporación a los quehaceres habituales y, también en los mayores, normalizar las relaciones sociales y familiares.
4. Evitar las recaídas y las recurrencias.
5. Evitar el riesgo de suicidio.
6. Tratar la comorbilidad asociada y otros factores que puedan ser precipitantes o que puedan contribuir a la aparición o mantenimiento de los síntomas.

El abordaje en los mayores exige más que nunca intervenciones multidisciplinarias y una evaluación mucho más concienzuda del diagnóstico y de las estrategias a adoptar, junto con la implicación, tanto del paciente como de la familia y los cuidadores habituales. También conlleva un seguimiento mucho más estricto, sobre todo en las primeras semanas de tratamiento, por las características que presenta la depresión en este grupo de edad<sup>13,56,89,90</sup>.

## ¿Cuándo es adecuado iniciar el tratamiento?

El tratamiento farmacológico continúa siendo, hoy en día, la piedra angular de la terapia antidepresiva<sup>40,91</sup>. Se aconseja ante un trastorno depresivo moderado o severo, tanto en los pacientes mayores<sup>40,51,90</sup>; como en los muy mayores (de 76 a 99 años de edad)<sup>92</sup>.

El tratamiento farmacológico muestra una superioridad respecto a otras formas de tratamiento, por ejemplo, la psicoterapia, en el tratamiento del EDM de las personas mayores<sup>89,90,93</sup>, sobre todo en las formas moderadas o severas.

El tratamiento con antidepresivos tricíclicos (ADT), heterocíclicos y afines; Inhibidores de la recaptación de la serotonina (ISRS); e inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAO); y otros antidepresivos comercializados más recientemente; resulta eficaz, ya sea en la comunidad como en pacientes institucionalizados, cuando se comparan con el placebo<sup>94</sup>.

El retraso en el inicio del tratamiento, comporta una peor respuesta al mismo, en comparación con un inicio de éste en fases más precoces<sup>8,90,95</sup>.

Las guías de práctica clínica<sup>4,95</sup>, así como varias revisiones sistemáticas<sup>4,90,93,95</sup>, aconsejan la utilización de aquellos fármacos con menos efectos secundarios, y con un mejor perfil de tolerancia; todo ello sobre la base del conocimiento científico actual y ante la frecuente presencia en el paciente mayor de otros problemas clínicos concomitantes<sup>90,93,95,96</sup> (**Grado de recomendación A**).

Se aconseja iniciar el tratamiento farmacológico con la mitad, o incluso un cuarto de la dosis, que para los pacientes más jóvenes, e ir incrementando paulatinamente la misma hasta encontrar la mínima dosis eficaz<sup>63</sup>. En muchos casos, sin embargo, será preciso alcanzar dosis plenas para conseguir el objetivo terapéutico<sup>4,51,90,97</sup>.

El tratamiento de mantenimiento debe realizarse con las mismas dosis que en la fase aguda<sup>40,92</sup>.

En ocasiones será aconsejable asociar al tratamiento antidepresivo, cuando coexista ansiedad manifiesta, episodios de crisis de ansiedad, ansiedad generalizada, o insomnio, un fármaco ansiolítico. La respuesta al tratamiento antidepresivo, aconsejará ir disminuyendo, hasta su retirada cuando sea posible, la dosis del fármaco ansiolítico<sup>8,95</sup>. La Mirtazapina puede ser especialmente útil en este sentido ya que, en una gran parte de pacientes, permite controlar los síntomas de ansiedad e insomnio sin necesidad de añadir el ansiolítico.

Ante la presencia de delirios o alucinaciones, se realizará tratamiento anti-psicótico, el cual debe mantenerse durante un mes tras la desaparición de los síntomas<sup>8</sup>.

## ¿Qué tipos de tratamiento se conocen y cuál debe ser su duración?

Existen pocas evidencias sobre la duración óptima de los tratamientos, y muchas de ellas se basan en la experiencia y en las opiniones de los expertos. En los mayores, aunque se consiguen tasas de respuesta similares a la población adulta, la respuesta antidepresiva puede ser más solapada en el tiempo, y la tasa de recaídas y recurrencias suele ser superior. Por ello, se tiende a recomendar tratamientos de continuación y de mantenimiento más largos que en la población adulta (**Grado de recomendación C**)

Por este motivo precisamos de diferentes niveles de tratamiento<sup>33</sup>:

- **Agudo.** Para revertir el episodio actual, en personas mayores el tiempo de tratamiento agudo oscila entre 3 y 4 semanas<sup>89,90</sup>.
- **Continuado.** Para estabilizar la recuperación, y prevenir una recaída. Se recomienda mantener entre 6 y 12 meses adicionales, o bien 10 meses tras la desaparición de los síntomas.

- **De mantenimiento.** Su objetivo es la prevención de las recurrencias, aun cuando el paciente está ya plenamente recuperado y asintomático. Se recomienda mantener un tiempo aproximado entre 10 y 12 meses.

La duración del tratamiento de un primer episodio depresivo en un individuo mayor de 65 años es aconsejable que se mantenga un mínimo de entre 10-12 meses<sup>98</sup> (**Grado de Recomendación B**); o durante al menos 10 meses desde la desaparición de los síntomas<sup>40,98</sup> (**Grado de Recomendación B**)<sup>90</sup> (**Grado de Recomendación A**)<sup>25</sup>.

En caso de aparición de un segundo episodio depresivo en los últimos tres años, los expertos, y las guías terapéuticas, recomiendan un tratamiento mínimo de tres años<sup>95,99</sup>.

Cuando se suceden 2 o más recurrencias en los últimos 3-5 años, en pacientes mayores de 50 años, o ante una respuesta terapéutica previa incompleta, parcial o muy solapada en el tiempo, se aconseja, tras una discusión abierta con el paciente y/o sus allegados, un tratamiento de mantenimiento indefinido<sup>90,99</sup>.

El tratamiento farmacológico de mantenimiento es superior al placebo en la prevención de las recaídas, así como en posponer las recurrencias. Parece que la mejor estrategia terapéutica es la combinación del tratamiento farmacológico con la terapia interpersonal, como se describe en el ensayo clínico aleatorio llevado a cabo en una muestra de 187 pacientes mayores (**Grado de Recomendación C**)<sup>7</sup>.

Algunos expertos aconsejan realizar un tratamiento de mantenimiento en la mayoría de los paciente mayores que han sufrido un episodio depresivo mayor, debido a la alta vulnerabilidad, al riesgo de recaídas y recurrencias, así como al positivo balance beneficio/riesgo con los tratamientos actualmente disponibles<sup>18</sup>.

Se ha demostrado, en un ensayo sobre el tratamiento de mantenimiento durante dos años, que Paroxetina disminuye las recurrencias hasta el 38% de los pacientes, mientras que éstas aparecen en el 68% de los casos tratados con psicoterapia o placebo. El porcentaje de recaídas disminuiría al 35% cuando se implementaba el tratamiento farmacológico con la psicoterapia. (**Grado de Recomendación C**)<sup>100</sup>.

La mayoría de individuos de edad avanzada con depresión prefieren ser tratados de su dolencia por los médicos de familia<sup>33</sup>. Un elevado porcentaje de los que reciben antidepresivos en este nivel asistencial no vuelven a requerir la prescripción. Los pacientes tratados en Atención Primaria tienen tasas de respuesta al tratamiento antidepresivo comparables a las de los pacientes que son atendidos en otros niveles asistenciales, como por ejemplo en dispositivos de salud mental<sup>33</sup>.

### ¿Qué fármaco antidepresivo elegimos?

La selección de cualquier fármaco debe hacerse en base a criterios clínicos (síntomas más relevantes), de eficacia, seguridad, presencia de comorbilidad, coste, riesgo de suicidio y riesgo de utilización en caso de sobredosis.

Existe un amplio consenso, basado tanto en las evidencias disponibles como en la experiencia de uso, en cuanto a que los antidepresivos no presentan diferencias sustanciales en su eficacia, sobre todo en pacientes más jóvenes<sup>101</sup>, en la mayoría de situaciones en que son utilizados en la atención primaria de salud. Las evidencias en ancianos son menores, pero también sustentan esta afirmación<sup>13,40,93,94,102,103</sup> (**Grado de recomendación A**).

Se han publicado diversos metaanálisis para evaluar las diferencias entre los diferentes grupos de antidepresivos, objetivándose que el porcentaje de abandonos y de retiradas por efectos indeseados con los antidepresivos tricíclicos (ADT) es superior al de los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), sobretodo cuando se comparan con los ADT clásicos (o aminas terciarias tipo imipramina o amitriptilina). Las diferencias con los antidepresivos heterocíclicos y afines (maprotilina, mianserina, trazodona, bupropion), en caso que existan, son muy pequeñas y clínicamente poco relevantes. No se han evidenciado diferencias sustanciales entre los ISRS y los antidepresivos de más reciente comercialización (mirtazapina, reboxetina,



venlafaxina). La información de seguridad comparada con duloxetina y escitalopram es mucho menor, aunque tampoco parecen presentar diferencias sustanciales con los ADT e ISRS (**Grado de Recomendación A**). Las evidencias de seguridad comparada en ancianos también son mucho menores, al igual que ocurre con la eficacia<sup>13,40,93,94,102,103</sup>.

La revisión sistemática de los ensayos clínicos, los estudios post-comercialización y la notificación espontánea, han puesto de manifiesto que los diferentes tipos de antidepresivos presentan un perfil de efectos indeseados muy diferente y que puede condicionar la tolerabilidad, ya que algunos de ellos se presentan de forma característica al inicio del tratamiento e interfieren sustancialmente con la calidad de vida del paciente. Entre estos efectos indeseados tenemos la sedación (más común con ADT), los efectos anticolinérgicos (más frecuentes con los ADT), hipotensión postural y efectos cardiovasculares (más frecuentes con ADT y que pueden condicionar la administración en el mayor), trastornos gastrointestinales (más frecuentes con ISRS y venlafaxina), alteraciones de la esfera sexual (más frecuentes con ISRS, venlafaxina y reboxetina), o el aumento de peso (en general mayor con los AD clásicos)<sup>13,14,93,102</sup>.

Se ha visto, además, que los mayores tienen una mayor susceptibilidad a sufrir algunos efectos indeseados como la hipotensión postural o las arritmias por ADT; o la hiponatremia o el síndrome de secreción inadecuada de hormona antidiurética por ISRS<sup>13,14,55,95</sup>.

De todas maneras, si existió un episodio depresivo previo, y sabemos que algún fármaco resultó eficaz, debemos elegir el mismo principio activo a la hora de tratar el nuevo episodio<sup>8,13,90</sup>.

Del mismo modo, en el caso de familias en las cuales hayan varios miembros afectados de depresión, se sabe que algunas de ellas tienen tendencia a presentar una mejor respuesta a algún tipo de antidepresivo específico<sup>90</sup>.

Una reciente revisión, llevada a cabo por la Cochrane Database Syst Rev, describe una similar eficacia en el tratamiento de la depresión en el mayor entre los ADT y los ISRS. Sin embargo, los pacientes tratados con ADT mostraron mayores índices de retirada del mismo debido a sus efectos secundarios, preferentemente de tipo gastrointestinal y neuropsiquiátrico. A pesar de ello, existen todavía pocos estudios, con escaso número de pacientes, así como una cierta heterogeneidad de los fármacos evaluados (**Grado de Recomendación A**)<sup>94</sup>.

Conviene tener en cuenta que los individuos mayores muestran una mayor comorbilidad que puede ser afectada con mayor frecuencia por diversos fármacos AD. Entre estas circunstancias merece la pena citar las arritmias cardíacas, hipotensión postural y caídas, temblor, prostatismo, estreñimiento, alteraciones visuales y alteraciones cognitivas, etc<sup>8,13,40,51,90</sup>. Asimismo, y debido a que son una población que tienen un mayor consumo de fármacos, se incrementa el riesgo de interacciones farmacológicas.

A pesar de todos estos inconvenientes, los pacientes mayores afectados de depresión pueden beneficiarse de la terapia antidepresiva, de la misma manera que sucede en pacientes más jóvenes<sup>13,40</sup>. Esperando alcanzar el objetivo, independientemente de la edad del paciente, que no es otro que la remisión de los síntomas, y no el mero alivio sintomático<sup>13,56,89,90</sup>.

Por tanto, y pese a la información disponible, numerosos autores describen la no existencia de un antidepresivo patrón para el tratamiento de la depresión en el mayor<sup>13,90,94,102,103,104,105</sup> (**Grado de Recomendación A**)

En la **Tabla 12** se resumen los principales fármacos para el tratamiento de la depresión, con las dosis iniciales recomendadas en las personas mayores, y algunos comentarios que debemos tener en cuenta con relación al principio activo.

Tabla 12. Fármacos antidepresivos en el tratamiento de la depresión en personas mayores.

Antidepresivos tricíclicos (ADT). Aminas secundarias		
Principio activo	Dosis inicial	Comentarios
Desipramina	25-50 mgr	Mejor tolerado en ancianos a dosis bajas
Amitriptilina	25-50 mgr	Mejor tolerado a dosis bajas. Peligroso en cardiópatas
Imipramina	25-50 mgr	Efectos anticolinérgicos
Nortriptilina	25 mgr	Efectos anticolinérgicos
Doxepina	25-50 mgr	Efectos anticolinérgicos
Clomipramina	25 mgr	Efectos anticolinérgicos. Peligroso en cardiópatas.
Antidepresivos tetracíclicos (ADTC)		
Principio activo	Dosis inicial	Comentarios
Mianserina	10-30 mgr	Efecto sedante. Efectos anticolinérgicos. Riesgo de hipotensión y síndrome confusional. Agranulocitosis.
Maprotilina	25-50 mgr	Menores efectos anticolinérgicos que los ADT. No en epilepsia.
Antidepresivos Inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina (ISRS)		
Principio activo	Dosis inicial	Comentarios
Fluoxamina	50 mgr	Efecto ligeramente sedante
Fluoxetina	10 mgr	Vida media larga. Efecto desinhibidor
Paroxetina	10-20 mgr	Efecto muscarínico. Incremento ponderal. Frecuente síndrome de discontinuación
Sertralina	50 mgr	Escasas interacciones farmacológicas
Citalopram	10-20 mgr	Escasas interacciones farmacológicas
Escitalopram	5-10 mgr	Rapidez de acción. Efectivo en depresión severa. Escasas interacciones farmacológicas. Especialmente bien tolerado en mayores
Antidepresivos inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina y la noradrenalina (ISRSN)		
Principio activo	Dosis inicial	Comentarios
Venlafaxina	37,5-75 mgr	Efectivo en depresión severa, escasas interacciones farmacológicas
Duloxetina	30-60 mgr	Pocos datos epidemiológicos en personas mayores
Antidepresivo noradrenérgico y serotoninérgico específico (NASSA)		
Principio activo	Dosis inicial	Comentarios
Mirtazapina	30 mgr	Efectivo en depresión severa. Marcado efecto sedante, útil en insomnio. Incremento ponderal. Efecto ansiolítico.
Antidepresivo noradrenérgico		
Principio activo	Dosis inicial	Comentarios
Reboxetina	4 mgr	Efecto desinhibidor
Antidepresivo no selectivo de la recaptación de la serotonina		
Principio activo	Dosis inicial	Comentarios
Trazodona	50 mgr	Efecto sedante. Escaso efecto antidepresivo. Vida media corta.
Inhibidores de la Mono Amino Oxidasa (IMAO)		
Principio activo	Dosis inicial	Comentarios
Fenelcina	15 mgr	Mal tolerado en mayores. Alto riesgo de interacciones con otros antidepresivos
Moclobemida	75-150 mgr	

Existen sin embargo, y a pesar de los meta-análisis realizados, pocos ensayos clínicos de calidad que comparen adecuadamente diversos fármacos entre sí. Las limitaciones más importantes, frecuentemente encontradas, son:

- Pequeños tamaños muestrales y heterogéneos<sup>13,94,102,103</sup>.
- Adscripción a estudios incluso con pacientes de 50-60 años o más<sup>13,94,106</sup>; mientras que existen pocos estudios realizados en pacientes mayores de 75 años, o con comorbilidad manifiesta (por ejemplo en pacientes cardiopatas, o afectos de demencia)<sup>13,51</sup>.
- Escaso tiempo de seguimiento, a menudo entre 4 y 12 semanas, y casi nunca mayor de 6-12 meses<sup>13,94,103,104</sup>.
- Muchos estudios comparan el tratamiento antidepresivo con el placebo, y pocos entre los distintos antidepresivos<sup>51,107</sup> o con otras estrategias para la depresión.
- Seguimiento con instrumentos de medida diferentes (Escala de Hamilton; MARDS, DSM IV-R, Hopkins Symptom Checklist Depresión –SHCD-) (133). Escasa utilización de herramientas específicas para evaluar la depresión en el mayor, por ejemplo, la escala de Cornell en el caso de demencia asociada<sup>94</sup>.
- Incompleta información de la co-morbilidad que pudieran presentar los pacientes mayores<sup>13,103,104</sup>.
- Insuficiente descripción, en general, del tipo de efectos secundarios en los casos de interrupción del tratamiento<sup>94,103</sup>; aunque se cuantifican bien los porcentajes de retirada, en función del tipo de tratamiento farmacológico.

La revisión de diversas guías terapéuticas para el tratamiento de la depresión en el mayor<sup>4,63,95</sup> aconseja la utilización de aquellos fármacos que produzcan menos efectos secundarios o que no empeoren la comorbilidad existente.

Una revisión sistemática y un meta-análisis sobre los efectos secundarios de 4 ISRS (Fluoxetina, Fluvoxamina, Paroxetina y Sertralina) y ADT<sup>105</sup>; describe un incremento significativo de los efectos anticolinérgicos para los ADT (sequedad bucal, estreñimiento, vértigo, sudoración, visión borrosa). Al menos con uno de los ISRS, respecto a los ADT, se observó un incremento significativo en referencia a una mayor sintomatología gastrointestinal (náuseas, diarrea, anorexia), insomnio, ansiedad y sensación de disnea. No se observaron diferencias entre los ISRS y los ADT en la aparición de cefaleas, temblor, alteraciones urinarias e hipotensión arterial<sup>105</sup> (**Grado de Recomendación A**).

Un análisis realizado sobre 1.329 pacientes mayores de 66 años suicidados en el periodo 1992-2000 en Ontario, describe un ligero incremento en aquellos pacientes durante el primer de tratamiento con antidepresivos ISRS comparados con otros antidepresivos. Sin embargo, el riesgo absoluto es bajo, la cual cosa sugiere una respuesta idiosincrática a estos fármacos pudiera favorecer el suicidio en un subgrupo de pacientes vulnerable<sup>103</sup>.

Otras revisiones describen que no existe en la actualidad evidencia de un mayor riesgo de suicidio en las primeras semanas de tratamiento con los ISRS<sup>56,91</sup>. La información disponible sugiere que la mayoría de los problemas con los AD en los pacientes suicidas se deben al infratratamiento de la depresión o a la falta de respuesta al mismo, más que al riesgo de una sobredosis<sup>56</sup>.

Por el contrario, en pacientes con riesgo suicida, una sobredosis con AD "clásicos" ( tricíclicos e IMAO) puede ser letal, mientras que los ISRS y otros recientes AD, son relativamente seguros ante una sobredosis<sup>90,105</sup>.

A pesar de un mayor coste monetario de los ISRS respecto a los AD tricíclicos, no existen evidencias de un mejor coste/beneficio en el tratamiento de los pacientes mayores con depresión, con uno u otro grupo farmacológico<sup>90</sup>.

Por todos estos motivos, los AD tricíclicos deben ser considerados, en principio, de segunda línea para el tratamiento de la depresión en el mayor debido a sus efectos secundarios. En caso de utilización se aconsejan las aminoras secundarias (desipramina y nortriptilina) por sus menores efectos indeseables<sup>90,95,102,103</sup> (sobre

todo de índole anticolinérgica con una menor hipotensión arterial, cardiotoxicidad, toxicidad cognitiva, empeoramiento de glaucoma, retención urinaria, estreñimiento, etc.); y se desaconsejan las aminas terciarias, tipo imipramina o amitriptilina, por la elevada presencia de efectos secundarios.

Entre los AD tetracíclicos, la Mianserina muestra una escasa cardiotoxicidad. Si se usa a dosis elevadas al inicio, existe un riesgo de hipotensión marcada por su efecto alfa-bloqueador. También posee un potente efecto inhibitorio de los receptores histamínicos, pudiendo causar sedación y somnolencia diurna<sup>13</sup>; así como la aparición de episodios de síndrome confusional en el mayor. No existen estudios suficientes que comparen el nivel de eficacia y tolerabilidad entre los AD tetracíclicos con respecto a los ISRS<sup>13</sup>.

Los Inhibidores de la Monoaminoxidasa (IMAO) pueden estar indicados en la depresión atípica del mayor (donde predominan la apatía, la astenia, la anergia, la escasa motivación, etc.). En general son mal tolerados en personas mayores; requieren dosis bajas, para minimizar los efectos secundarios, por lo que suelen precisar de control especializado. Conviene recordar que una sobredosis puede ser letal<sup>90</sup>. En AP el uso de IMAO prácticamente está restringido a la moclobemida, inhibidor reversible, y no sujeto a las restricciones de uso del resto de los IMAO.

## Inhibidores de la recaptación de la serotonina. ISRS

### FLUOXETINA

Aunque un primer meta-análisis que comparaba la efectividad entre Fluoxetina y Amitriptilina encontró diferencias entre ambos fármacos, en referencia a una mejor tolerabilidad y una menor tasa de abandonos con la Fluoxetina<sup>94,103</sup>. Un posterior meta-análisis no ha descrito tales diferencias<sup>95</sup>.

Fluoxetina tiene una vida media de 70 horas y su metabolito activo, Norfluoxetina, de hasta 330 horas. Por este motivo, Fluoxetina no sería el ISRS de elección en el mayor, prefiriéndose otros derivados, con tiempos de vida media más cortos (próximos a las 30 horas), y sin metabolitos activos<sup>13</sup>.

### PAROXETINA

Paroxetina debe ser utilizada con cautela en el mayor debido a su efecto antagonista muscarínico. Los efectos secundarios más significativos son la somnolencia, el incremento de peso y la disfunción sexual<sup>8,95</sup>. Sin embargo, es un fármaco seguro en pacientes cardiopatas

Un ensayo clínico, realizado en una muestra de 116 pacientes, no observó diferencias de respuesta al tratamiento entre la Nortriptilina y la Paroxetina (57% vs 55%) tras 12 semanas. El porcentaje de abandonos fue mayor en los casos que siguieron la pauta de Nortriptilina, hasta un 33%, respecto a los tratados con Paroxetina, 16%<sup>104</sup> (**Grado de Recomendación B**).

Se han descrito asimismo un mayor número de efectos cardiovasculares adversos con la Nortriptilina vs la Paroxetina, cuando se trataban pacientes afectados de depresión y cardiopatía isquémica<sup>13</sup>.

### SERTRALINA

Sertralina tiene un perfil neutro, ni sedativo ni excitador. Por su eficacia y tolerabilidad es un fármaco adecuado para el tratamiento de la depresión en el mayor, sobre todo cuando existe comorbilidad asociada<sup>95</sup>. Un ensayo clínico a doble ciego, que comparó el tratamiento de la depresión mayor en el mayor entre Sertralina y Nortriptilina, no observó diferencias significativas en su eficacia terapéutica, con respuestas del 71,6% para Sertralina, y del 61,4% para Nortriptilina a las 12 semanas del mismo. Sin embargo, Sertralina mostró claras ventajas con relación a su tolerabilidad, debido a los mayores efectos secundarios de Nortriptilina (taquicardias, alteraciones cognitivas, disminución de sus habilidades funcionales, y una peor calidad de vida)<sup>108</sup>. Estos efectos eran más notables en personas mayores de 70 años.

### CITALOPRAM

Citalopram es, en general, bien tolerado en el mayor a dosis de 10-20 mgr. Los pacientes tratados con Citalopram muestran recurrencias en el 30% de los casos a los dos años del tratamiento, mientras que éstas aparecen en el 60% de los tratados con placebo<sup>107</sup>.

El tratamiento con Citalopram se ha mostrado efectivo en la prevención del suicidio en pacientes mayores, cuando éste se implantaba con medidas de seguimiento por parte de profesionales entrenados (PROSPECT STUDY), y se comparaba con la práctica asistencial habitual en el contexto de la Atención Primaria<sup>59</sup>. De todas maneras esta acción puede no ser debida a una característica propia, sino más bien al efecto antidepresivo aplicado en una intervención multidisciplinar.

### ESCITALOPRAM

El escitalopram es un enantiómero del citalopram y, aunque existe todavía poca evidencia de las diferencias entre ellos en el tratamiento de la depresión en los pacientes mayores, algunos ensayos clínicos de corta duración y posterior seguimiento de los pacientes, apuntan ciertas ventajas de éste, en cuanto a su perfil de tolerabilidad, y rapidez de acción<sup>109,110</sup> (**Grado de Recomendación C**). De todas maneras esta información deberá constatare con futuros estudios y la experiencia de uso al respecto.

A pesar de una insuficiente evidencia en la superioridad de la respuesta terapéutica entre los diversos tipos de fármacos<sup>95,96,103,111</sup>, un reciente meta-análisis sobre 10 estudios (que incluyen a más de 2600 pacientes), describe una ligera superioridad terapéutica (en términos de eficacia) del Escitalopram, al compararlo con Fluoxetina, Paroxetina, Sertralina, Citalopram y Venlafaxina. Se valora positivamente la rapidez de inicio de su respuesta terapéutica, así como su tolerabilidad. Las diferencias fueron más marcadas cuanto más severa era la depresión<sup>112</sup>. Dichos estudios se realizaron en pacientes mayores de 18 años y no explícitamente en pacientes mayores. Tampoco se compararon con los AD tricíclicos<sup>112</sup> (**Grado de Recomendación A**). Estas diferencias, no obstante, son clínicamente poco significativas.

Otra revisión también describe que Escitalopram muestra una mayor rapidez de acción, y una mayor respuesta clínica que Citalopram en la depresión moderada-severa<sup>109</sup>.

### FLUVOXAMINA

Tiene un efecto antiobsesivo marcado y parece ser más sedante que otros ISRS. Su vida media es de 17-22 horas.

En general es bien tolerado en el paciente anciano, con escasos efectos anticolinérgicos, no provocando hipotensión ortostática, pero presentando riesgo en pacientes cardiopatas. Su dosis habitual es de 50-150 mgr/día.

### VENLAFAXINA

En análisis prospectivos con Venlafaxina y otros ISRS se ha descrito asimismo un menor coste económico directo e indirecto, destacando que es un fármaco de primera línea en el tratamiento de la depresión moderada-severa<sup>110,113</sup>.

Algunos ensayos han descrito un mayor efecto terapéutico con Venlafaxina vs Fluoxetina o Sertralina<sup>63</sup>; o con otros ISRS<sup>114</sup>; aunque la evidencia todavía es escasa.

Venlafaxina se ha mostrado como una buena alternativa en el tratamiento de la depresión en el mayor, por su buena eficacia y tolerabilidad<sup>13,63,93</sup>. La introducción de la formulación Retard podría aportar ciertas ventajas en la tolerabilidad y, sobre todo, en el riesgo de hipertensión, algo que limitaba su uso en mayores cardiopatas o en mayores que padecían hipertensión<sup>97</sup>.

Se han descrito mayores remisiones completas, de hasta el 70%, frente a otros ISRS, sin la necesidad de ajuste de dosis.

Venlafaxina muestra una respuesta similar a Nortriptilina, aunque tiene un mejor perfil de tolerabilidad general, sobre todo una menor toxicidad cognitiva.

En Atención Primaria, un estudio observacional con Venlafaxina Retard a dosis de 75-150 mgr/día, mostró porcentajes de respuestas del 72,2%, con una mejoría de, al menos el 50% de los síntomas, en el 83,2% de los pacientes tratados. A los 6 meses del tratamiento el 87,6% seguía con el tratamiento antidepresivo.

Sólo un 4,6% notificaron efectos secundarios durante el estudio, generalmente con semiología de vértigo, náuseas, sequedad de boca, temblor, cefalea, somnolencia y astenia<sup>115</sup>.

#### MIRTAZAPINA

Mirtazapina es otra alternativa eficaz para el tratamiento de la depresión, sobre todo cuando coexiste ansiedad, insomnio, anorexia, o trastorno cognitivo<sup>8,101</sup>.

Se ha descrito un efecto terapéutico más precoz cuando se compara con Fluoxetina, Paroxetina o Sertralina<sup>101</sup>. La dosis de 15 mgr produce un mayor efecto sedativo que la de 30 mgr<sup>8,95</sup>.

La formulación de Mirtazapina de absorción bucal proporciona una mayor adhesión al tratamiento y mejora el cumplimiento del mismo, siendo relativamente bien tolerada en pacientes mayores afectados de trastorno cognitivo u otras patologías asociadas. Se han descrito abandonos del tratamiento en un 11% de los casos, y entre ellos, un 12% por somnolencia, un 10% por traumatismos, por infección urinaria un 19%, por caídas el 18%, y por infección respiratoria el 12%; describiéndose asimismo un incremento ponderal significativo<sup>101</sup> (**Grado de Recomendación D**).

Aunque la incidencia es mucho menor que con mianserina, se han descrito casos de neutropenia y agranulocitosis en pacientes tratados con mirtazapina.

#### DULOXETINA

Duloxetina es un fármaco antidepresivo, de reciente comercialización, inhibidor de la Serotonina y de la Noradrenalina que se muestra eficaz en el tratamiento de la depresión en el mayor, con un perfil de tolerabilidad similar a pacientes más jóvenes. Se ha mostrado eficaz en la respuesta de los síntomas emocionales y físicos asociados a la depresión, por ejemplo el dolor<sup>116</sup>. No se recomienda, en principio, un ajuste de la dosis por la edad.

La información disponible en este momento, es cuantitativamente menor que con otros antidepresivos y se halla basada en estudios de corta duración.

#### TRAZODONA

Es un bloqueante alfa adrenérgico y puede inducir hipotensión ortostática y priapismo.

Trazodona se ha aconsejado también en paciente afectados de trastorno cognitivo, por su buena tolerancia y su efecto sedativo<sup>8</sup>. Su eficacia antidepresiva es, sin embargo, menor que la de los anteriormente citados<sup>8</sup>. Una revisión reciente la aconseja ante la presencia de intolerancia a los ISRS<sup>103</sup>. Su vida media corta aconseja darla cada 12 horas. Mostrándose asimismo segura ante una sobredosis.

Se ha utilizado a dosis bajas y también asociada a otros antidepresivos cuando se ha necesitado sedación.

### ¿Debemos tener presente la mayor probabilidad de interacciones farmacológicas en los mayores?

Los cambios fármaco-cinéticos y farmacodinámicos en las personas mayores pueden facilitar la aparición de efectos secundarios en este grupo de edad, que no en pacientes más jóvenes<sup>117</sup>. La presencia de polimedición incrementa el riesgo de interacciones medicamentosas en este grupo etario<sup>117</sup>.

Ante la coexistencia de patología asociada, y la toma de varios fármacos, diversos autores aconsejan la prescripción de AD con escasas interacciones farmacológicas. Citalopram, Sertralina, Venlafaxina y Mirtazapina serían los más apropiados<sup>89,90,93</sup>, dada su mínima inhibición del citocromo P 450 (CYP450)<sup>90</sup>, a diferencia de otros AD ISRS, ADT o IMAO.

### ¿En qué consiste el síndrome de la retirada?

Se refiere a la aparición de una serie de síntomas como astenia, mialgias, escalofríos, somnolencia, insomnio, náuseas, vómitos, inestabilidad, vértigo, irritabilidad, ansiedad, agitación, tristeza, labilidad emocional, alteraciones en la atención y en la concentración, problemas de memoria, etc.

Puede aparecer con cualquier fármaco AD, ya sea ISRS o ADT. Parece más probable en el caso de los ISRS, y se debe tener especial atención en el caso de tratamiento con Paroxetina, o Venlafaxina<sup>91</sup>.

El diagnóstico se sospechará tras 1-3 días de la retirada brusca del fármaco, o ante la reducción rápida de la dosis de un ISRS. Es característica la desaparición del cuadro ante la instauración del tratamiento previo.

Aunque los síntomas de retirada son frecuentes, no reúnen sin embargo criterios suficientes para definirlo como dependencia o adicción farmacológica. Para minimizar su aparición, se aconseja una reducción paulatina del fármaco (por ejemplo un 25% de la dosis cada 2-3 semanas hasta su retirada)<sup>90</sup>.

### ¿Qué respuesta al tratamiento farmacológico podemos esperar?

En un meta-análisis de 12 estudios, que incluía individuos mayores de 60 años que vivían en la comunidad, afectados de depresión, y después de 24 meses de tratamiento: un 33% mejoraron, un 33% mostraron cambios, observándose una mortalidad global del 21%<sup>1,40</sup> (**Grado de Recomendación B**). En otro estudio se demuestra que entre el 54%-84% se recupera, el 12%-24% recae y un 4%-28% permanece enfermo o discapacitado<sup>32</sup>.

En general, la respuesta al tratamiento farmacológico de la depresión en el mayor es similar a la de personas más jóvenes (alrededor del 60%-70%)<sup>8,90,101</sup>; acercándose al 80 % cuando se asocian dos fármacos<sup>89</sup>. Un 15%-25% de los pacientes que han empezado a mejorar alcanzarán la remisión si el tratamiento persiste 4-6 semanas adicionales<sup>33,95</sup>.

Existe información contradictoria en referencia a la existencia de una horquilla temporal de respuesta al tratamiento farmacológico. Tradicionalmente se ha descrito que los antidepresivos tardan alrededor de 3-4 semanas en producir su efecto deseado. Algunos autores describen incluso un tiempo más prolongado en el caso de los pacientes mayores, y en este sentido, aconsejan esperar de entre 4 y 8 (o incluso 12) semanas para considerar si es respondedor o no<sup>90</sup>. Dew concluyó que, un 19% adicional de los pacientes mayores, responde después de 10 semanas de tratamiento antidepresivo<sup>118</sup>. En el caso de los ISRS, se conocen unas tasas de respuesta a las 6 semanas del 40% y superiores al 60% a las 12 semanas<sup>33</sup>

Un reciente meta-análisis, sobre 47 ensayos clínicos, describe que la mayor parte del efecto antidepresivo se observa en las dos primeras semanas. Sólo en un 19% de los estudios se observó un mayor efecto antidepresivo entre las semanas tercera a sexta, comparado con las semanas primera a tercera<sup>112</sup> (**Grado de Recomendación A**)

Sin embargo, parece que la presencia de una menor eficacia en la respuesta terapéutica, ya sea por un entretencimiento de la misma, como la por la presencia de síntomas residuales, se debe más a la presencia de patología coexistente (síntomas asociados) y a la presencia de un trastorno cognitivo, que no a la edad del paciente *per se*<sup>8,95</sup>.

*Tabla 13. Causas reconocidas que vaticinan una menor eficacia en la respuesta terapéutica<sup>8,76,80,90,118,119</sup> (Grado de Recomendación C):*

1. Comorbilidad
2. Deterioro cognitivo asociado
3. Edad más temprana del primer episodio depresivo
4. Existencia de factores estresantes agudos o crónicos
5. Escaso apoyo social
6. Presencia de depresión endógena
7. Mayor y más intensa sintomatología ansiosa y/o depresiva
8. Insomnio –objetivo o subjetivo-
9. Episodio depresivo en un individuo muy mayor
10. Insatisfacción vital
11. Presencia de sintomatología depresiva de larga duración es un índice de peor respuesta al tratamiento farmacológico, como sería el caso de la distimia, o la depresión crónica
12. Existencia de recurrencias o de recaídas previas

La existencia de episodios depresivos previos comportan una respuesta más lenta al tratamiento antidepresivo, aproximadamente mayor de 5 semanas, así como un mayor riesgo de suicidio. En estos casos se hace necesario un seguimiento más estrecho, y parece que los resultados son mejores cuando se implementan dos modalidades de tratamiento: el farmacológico y la psicoterapia<sup>90</sup>.

Se considera respuesta insuficiente al tratamiento cuando no han desaparecido más del 50% de la sintomatología presente.

La falta de respuesta en las 2-3 primeras semanas con un fármaco determinado es un factor pronóstico de peor evolución clínica. Facilita la aparición de recurrencias hasta en el 12% a lo largo del primer año. Se ha descrito sólo una respuesta ulterior en un 20% de los casos ante la no mejoría clínica durante el primer mes, en el caso de pacientes mayores tratados con Fluoxetina<sup>120</sup>. Por este motivo es especialmente importante, ya desde el inicio, implementar todas aquellas medidas que disminuyan la probabilidad de recaída o recurrencia.

Ante una falta de respuesta terapéutica se recomienda: Incrementar la dosis del mismo fármaco, o bien sustituirlo por un antidepresivo del mismo grupo<sup>114</sup> o de otro grupo; o bien añadir un segundo fármaco<sup>89,90</sup>. Si después de 3-6 semanas existe sólo una respuesta parcial, pero no una remisión total de los síntomas, se debería incrementar la dosis si es previsible una buena tolerancia. La adición de Litio, Tironina u otros psicoestimulantes, pueden permitir una respuesta clínica total de forma rápida (dentro de 1-2 semanas) en un 25% de los pacientes, aunque su uso en Atención Primaria es, en el momento actual, bastante escaso.

Si no se obtuviera respuesta, o ésta fuera parcial (frente a un fármaco, al incremento de su dosis, o la adición de otro), se aconsejará cambiar a otro fármaco AD<sup>90,114</sup>, reduciendo paulatinamente la dosis del previo<sup>34,90</sup>. En el caso de tratamiento con antidepresivos IMAO, es aconsejable 2 semanas sin tratamiento previo<sup>90</sup>.

Otra posibilidad es ensayar un segundo, o tercer fármaco, del mismo grupo<sup>114</sup>.

Además del estudio Prospect<sup>121</sup>, en donde se describe una mayor respuesta al tratamiento (por encima del 60% de los casos) y unos menores índices de recaídas mediante una aproximación colaborativa, otro trabajo describe intervenciones eficaces para disminuir la ideación suicida y conseguir una clara mejoría de la sintomatología depresiva, que se incrementa con el paso del tiempo, diferenciándose de la atención habitual prestada por los médicos de Atención Primaria<sup>59</sup>.

Evidencias preliminares sugieren<sup>40,82</sup> que la continuidad de las dosis y niveles plasmáticos, que fueron efectivos en la fase de tratamiento agudo, ofrecen una mayor protección frente a la recurrencia<sup>2</sup>. Por lo que no se recomienda<sup>32</sup> la reducción de las dosis en el tratamiento de mantenimiento, sino el uso de dosis plenas para frenar la presencia de recaídas y de recurrencias, que están presentes en porcentajes superiores al 40%<sup>32</sup>, en aproximadamente el 80% de los pacientes<sup>2</sup>.

Globalmente los pacientes mayores de 70 años presentan casi el doble de riesgo de presentar recaídas durante el primer año del tratamiento de mantenimiento<sup>95</sup>. Las causas que favorecen las recaídas incluyen fundamentalmente la coexistencia de más síntomas somáticos, la presencia de alteraciones cognitivas, sobre todo alteraciones de las funciones ejecutivas, y la presencia de sintomatología depresiva residual a pesar del tratamiento<sup>1,38,98,122</sup> (**Grado de Recomendación B**). Además, son causas de frecuentes recaídas el rápido abandono del tratamiento, ya sea por parte del paciente, como por indicación del profesional<sup>90</sup>. Las personas con depresión recaerán en el 70% de los casos a lo largo de su vida<sup>90</sup>.

Se ha descrito una similar respuesta al tratamiento combinado con nortriptilina y psicoterapia interpersonal durante la fase aguda y de continuación en los primeros cuatro meses. Sin embargo, los pacientes de mayor edad mostraron más recurrencia durante el primer año de la terapia de mantenimiento. Por esta cuestión, algunos autores sugieren que la terapia combinada (antidepresivos más psicoterapia) es la más aconsejada a largo plazo en este grupo de edad<sup>122</sup>. (**Grado de Recomendación B**).



La mayoría de los pacientes responden adecuadamente a una sola medicación, y aproximadamente el 30% de los que responden recidivan al año de tratamiento<sup>50</sup>; por lo que es importante monitorizar la reaparición de síntomas depresivos durante el primer año desde la recuperación, ya que es un periodo donde se dan la mayoría de recaídas<sup>23</sup>.

Más del 40% de los pacientes tienden a abandonar la medicación a lo largo de las 2 primeras semanas, y más del 70% a lo largo de las 4 semanas iniciales<sup>32</sup>. Esta elevada tasa de abandonos terapéuticos, aconseja que el profesional transmita la importancia que tiene el trastorno depresivo, así como el elevado riesgo de recaída y recurrencia que supone un tratamiento insuficiente.

Se aconseja un seguimiento más estrecho en las primeras semanas del tratamiento<sup>32</sup>. Posteriormente se aconsejan visitas mensuales en los primeros 6-12 meses después de la remisión, para pasar después a visitas trimestrales tras el primer año de remisión<sup>32</sup>.

Asimismo, los individuos mayores con un primer episodio de depresión mayor tienen un mayor riesgo de recurrencia si interrumpen el tratamiento antidepressivo de mantenimiento<sup>39</sup>. Sin embargo la gran mayoría de pacientes que experimentan una recurrencia responden a la reinstauración del tratamiento AD<sup>69</sup> en las mismas dosis que en la fase aguda<sup>40,92</sup>.

## Psicoterapia

Aunque el tratamiento farmacológico sigue siendo el elemento fundamental en el tratamiento antidepressivo, la psicoterapia, sobre todo la interpersonal, ha mostrado también una buena contribución a la prevención de la enfermedad depresiva crónica y la discapacidad secundaria a la misma<sup>18</sup>.

No existe evidencia de una mayor efectividad entre las diversas formas de tratamiento psicoterapéutico: terapia cognitiva, terapia interpersonal, terapia de resolución de problemas; psicoterapia dinámica, y el counselling no directivo<sup>90</sup>.

Sin embargo, parece que las terapias mejor contrastadas en el tratamiento de la depresión en el mayor son la terapia interpersonal y la terapia cognitiva<sup>90,91</sup>.

La psicoterapia se recomienda como tratamiento de las depresiones leves-moderadas, o como tratamiento asociado al farmacológico en las depresiones moderadas-severas<sup>91</sup>. A pesar de ello se dispone de escasa información sobre ensayos clínicos aleatorios para sustentar la eficacia y la efectividad de estos tratamientos en Atención Primaria<sup>91</sup>.

No se han descrito diferencias en la respuesta al tratamiento conjunto de terapia cognitiva y Fluoxetina, comparado con Fluoxetina sola. Tampoco se observaron diferencias entre el tratamiento con Sertralina asociada a la terapia interpersonal, con el de Sertralina sola<sup>91</sup>.

Existe información que describe una reducción significativa de las recaídas y las recurrencias con la terapia cognitiva, aunque ésta no parece confirmarse en diferentes revisiones sistemáticas, y con ensayos controlados en el caso de la terapia interpersonal<sup>91</sup>. Una excepción es el trabajo anteriormente citado de Reynolds y col, en el que se incluía el tratamiento con terapia interpersonal asociada a Nortriptilina<sup>7</sup>.

Se ha informado que la terapia de resolución de problemas, desarrollada por terapeutas entrenados, es superior al placebo en el tratamiento de la depresión mayor, con un mantenimiento de sus efectos más allá de los 50 meses<sup>91</sup>.

La información disponible en un meta-análisis, describe que la psicoterapia cognitiva, así como la terapia dinámica, son significativamente más eficaces que el placebo<sup>93</sup>.

Algunos estudios describen una similar respuesta terapéutica entre la psicoterapia y el tratamiento farmacológico en el caso de la depresión leve-moderada<sup>90,91</sup>; aunque la información disponible es escasa para llegar a conclusiones firmes<sup>93</sup>.

En el ensayo clínico aleatorio, desarrollado por Williams JW, se observó una mayor respuesta al tratamiento con Paroxetina, que con la psicoterapia interpersonal, en aquellos pacientes afectos de depresión leve y los que presentaban distimia. Por otra parte, no se observaron diferencias significativas entre el tratamiento con psicoterapia en pacientes diagnosticados de distimia, con respecto al placebo<sup>123</sup>.

Parece que la implementación de las dos formas de tratamiento (farmacológico con Nortriptilina, junto con psicoterapia) muestran los mejores resultados, tanto en el caso de la remisión de los síntomas, como en referencia a la prevención de las recurrencias<sup>7,56,124</sup> **(Grado de Recomendación C)**

En pacientes mayores de 60 años, la conjunción de psicoterapia, del tipo de la Terapia Interpersonal, con Nortriptilina, disminuye la probabilidad de recaídas, y mejora la adaptación (integración social), que si se utiliza una sola modalidad de tratamiento, ya sea psicoterapia o medicación antidepressiva<sup>106</sup>.

La Conferencia Nacional de Estados Unidos sobre el tratamiento de la depresión en el mayor concluye que las psicoterapias (en las que incluyen la psicoterapia interpersonal, la terapia cognitiva, la terapia de resolución de problemas, y quizás las aproximaciones psicodinámicas) son igual de efectivas que los fármacos AD en el tratamiento de la depresión leve-moderada<sup>56</sup>. Asimismo se observa, en general, un mayor efecto en el tratamiento conjunto con psicoterapia y antidepressivos tricíclicos (Nortriptilina) tanto en la fase aguda, en la fase de continuación, como en la de mantenimiento<sup>56</sup>.

La adición de tratamiento con terapia cognitiva a la desipramina se muestra más eficaz en el tratamiento de la depresión del mayor que una modalidad aislada. El efecto fue más notable ante una mayor severidad clínica<sup>124</sup>.

La terapia cognitiva se ha mostrado también eficaz en el tratamiento tanto de pacientes con riesgo suicida, como en gente mayor<sup>56</sup>.

Un meta-análisis sobre 14 estudios realizados en Atención Primaria describe que las sesiones de terapia cognitiva tienen una mayor duración. El abandono de las mismas se produjo en un 23% de los casos, siendo mayor en el caso de mujeres, en las terapias grupales, así como en aquellas terapias que ofrecían más sesiones<sup>24</sup>.

Existe menor experiencia en el tratamiento de la depresión en el mayor con las diferentes modalidades de psicoterapia que con los distintos fármacos antidepressivos. Sólo un 25% de los pacientes mayores con depresión reciben terapia psicológica. De hecho, la mayor probabilidad de recibir tratamiento con psicoterapia se correlaciona con una menor edad de los pacientes, un mayor nivel educativo, así como la existencia de más recursos especializados<sup>125</sup>.

Existe poca experiencia en la implementación de las diversas modalidades de psicoterapia para el tratamiento de la depresión en la Atención Primaria (AP), debido al escaso tiempo disponible, al hecho de que los fármacos son al menos igual de eficaces, así como la observación de una, en general, rápida respuesta terapéutica. Tampoco se ha desarrollado suficientemente cuál debería ser el nivel de preparación específico previo para que dicho tratamiento pueda ser recomendado o aplicado por los médicos de AP<sup>91</sup>; y a menudo, ni tan siquiera se conoce la cartera de servicios que puede ofertarse ya que están infradotados.

Sin embargo, cuando existen los recursos necesarios, un gran porcentaje de mayores afectos de depresión, solicitan más tratamiento con counseling (en el 57% de los casos), que con tratamiento farmacológico. La experiencia previa parece ser el mejor predictor a la hora de elegir el tipo de tratamiento. Una preferencia por el tratamiento farmacológico se observó más en los varones y en los pacientes afectos de depresión mayor, más que en los casos de distimia<sup>126</sup>.

Los estudios que describen y comparan las aproximaciones psicoterapéuticas, muestran limitaciones metodológicas, sobre todo en referencia a la escasa descripción del método utilizado, la diversidad en el desarrollo de las sesiones, la diferente duración de las mismas, el nivel de capacitación de los profesionales, así como de los pequeños tamaños muestrales estudiados, o la adscripción nosológica del tipo de depresión<sup>93</sup>.

## Terapia Electroconvulsiva (TEC)

La Terapia Electroconvulsiva (TEC) es un tratamiento eficaz, ya que las respuestas terapéuticas se sitúan alrededor del 80%. Su principal indicación es la depresión grave de la persona mayor; y debe tenerse siempre en cuenta en caso de falta de respuesta al tratamiento previo (farmacológico), en casos que requieran una respuesta rápida por riesgo vital (por ejemplo, pacientes con grave desnutrición o importante fragilidad); y en presencia de síntomas psicóticos o de estupor catatónico<sup>127,128</sup>.

Las nuevas técnicas de relajación muscular, y el uso de la estimulación unilateral, parecen disminuir los efectos secundarios de esta técnica, a pesar de no disponer de demasiados ensayos clínicos que lo avalen<sup>127</sup>.

A pesar de la existencia de informaciones confusas, incluso entre los mismos profesionales de la salud, la TEC continúa siendo el tratamiento más efectivo para la depresión, especialmente cuando ésta se acompaña de síntomas psicóticos<sup>40,91</sup>. A pesar de ello, su uso no está generalizado o disponible para todos los pacientes mayores con depresión que lo precisan<sup>40</sup>.

Uno de los principales efectos adversos es la aparición de amnesia temporal, tanto anterógrada como retrógrada<sup>91,128</sup>. Parece que este efecto es mayor ante la estimulación bilateral, y de mayor intensidad, que en la unilateral y de menor energía<sup>90,91,127</sup>, aunque ello no se ha probado convincentemente<sup>129</sup> (**Grado de Recomendación A**)

La utilización de la TEC en mayores parece que muestra similares efectos terapéuticos que en personas más jóvenes. Se aconseja tener especial precaución en pacientes cardiopatas, por su efecto taquicardizante, así como en los pacientes con demencia, o muy frágiles, por la frecuente aparición de un síndrome confusional agudo<sup>40,127</sup>.

Los efectos secundarios más frecuentes de la TEC son las cefaleas transitorias, náuseas, alteraciones de la memoria y el síndrome confusional agudo.

Las contraindicaciones relativas de la TEC serían la presencia de un infarto de miocardio reciente, la insuficiencia cardíaca congestiva, una arritmia cardíaca, el ictus reciente, el feocromocitoma, el desprendimiento de retina, la existencia de lesiones intracraneales u otras alteraciones que incrementen la presión intracraneal.

La administración de la TEC se aconseja realizarla en pautas de 1 a 3 sesiones semanales, en función de la respuesta clínica<sup>129</sup>; pudiendo llegar a alcanzar hasta un total de 10-12 sesiones<sup>127</sup>. Se recomienda el tratamiento concomitante con antidepresivos.

Se ha descrito su eficacia en el tratamiento de mantenimiento para evitar recaídas y recurrencias en aquellos pacientes con escasa respuesta a otras modalidades de tratamiento (farmacológico, psicológico)<sup>91,127</sup>. La TEC, y debido a la limitada duración de su respuesta terapéutica, a menudo debe ser utilizada en varias ocasiones en el tratamiento de mantenimiento<sup>91</sup>.

Todavía faltan estudios para mejorar las conclusiones sobre la TEC en el mayor, debido al relativo escaso número de ensayos clínicos controlados, el número escaso de pacientes, así como las limitaciones y deficiencias en la presentación de los resultados<sup>40,91,129</sup>.

## Ejercicio físico

Recientemente se han venido evaluando nuevas estrategias en el tratamiento de la depresión en el mayor, y entre ellas destaca la realización de ejercicio físico.

La práctica de ejercicio físico parece mostrar un efecto similar al tratamiento antidepresivo con Sertralina en la fase aguda de la enfermedad, durante las primeras 12 semanas; así como cuando se implantan las dos formas de tratamiento: tratamiento farmacológico antidepresivo más ejercicio físico aeróbico. Se desconoce sin embargo, su efecto en la fase de mantenimiento, así como en la prevención de las recaídas<sup>130</sup>.

## Tratamiento de la depresión en situaciones especiales

En la **Tabla 14** se describen los fármacos mas aconsejados en función de la existencia de patologías asociadas.

TABLA 14. *Tratamiento Antidepresivo y patología asociada. Tomado de semFYC- 2001<sup>131</sup>.*

PATOLOGÍA	FÁRMACOS
Cardiopatía	Recomendados: ISRS, Venlafaxina, Mirtazapina, Trazodona, Mianserina, Moclobemida. Contraindicados los AD Tricíclicos Conviene control EKG durante el tratamiento.
Hipertensión Arterial	Vigilar la presencia de interacciones con AD Tricíclicos y Tetracíclicos. Venlafaxina puede incrementar la TA a dosis altas.
Diabetes Mellitus	Evitar AD Tricíclicos y Tetracíclicos por incremento ponderal y riesgo de hipoglicemias. Evitar Fluoxetina por interacciones con antidiabéticos e insulina. Reajustar dosis de antidiabéticos.
Insuficiencia renal	ISRS, Venlafaxina a dosis moderadas.
Hepatopatía	Utilizar dosis muy bajas.
Demencia	ISRS, Venlafaxina, Mirtazapina, Reboxetina, Trazodona
Parkinsonismo	ISRS, Venlafaxina, Mirtazapina, Trazodona, Meclobemida, Amitriptilina , Nortriptilina.
Epilepsia	ISRS, Mirtazapina, Mianserina, Trazodona, IMAO. Evitar Maprotilina, ADT y Fluvoxamina. Conviene reajustar dosis de antiepilépticos (aumentan sus concentraciones plasmáticas)
Insuficiencia respiratoria	Evitar los AD con efecto sedante y los ansiolíticos. Fluvoxamina disminuye el metabolismo de las teofilinas.
Uropatía obstructiva	ISRS, Venlafaxina, Mirtazapina, Trazodona. Evitar Paroxetina por su actividad muscarínica.
Glaucoma	ISRS, Venlafaxina, Mirtazapina, Reboxetina, Trazodona. Evitar ADT con más efectos anticolinérgicos
Úlcus péptico Colon irritable	ISRS, Venlafaxina, Amitriptilina a dosis bajas.
Estreñimiento crónico	Evitar AD Tricíclicos y Tetracíclicos.
Alcoholismo	ISRS. Útiles asimismo en el control de los impulsos.

La presencia de clínica de más de 15 días de evolución, así como su repercusión en la vida diaria del individuo, son criterios suficientes para iniciar medidas terapéuticas<sup>90</sup>

Se aconseja la utilización de aquellos fármacos con menos efectos secundarios, y con un mejor perfil de tolerancia, sobre la base del conocimiento científico actual, y la posible presencia en el paciente mayor de otros problemas clínicos concomitantes<sup>90,93,95,96</sup> (**Grado de Recomendación A**)

La duración del tratamiento de un primer episodio depresivo en un individuo mayor de 65 años es aconsejable que se mantenga un mínimo de entre 10-12 meses<sup>98</sup> (**Grado de Recomendación B**); o durante al menos 10 meses desde la desaparición de los síntomas<sup>40,98</sup> (**Grado de Recomendación B**)<sup>90</sup> (**Grado de Recomendación A**)<sup>25</sup>

Diversos estudios y algunas revisiones sistemáticas no han demostrado una clara superioridad de ningún fármaco para el tratamiento de la depresión en los pacientes mayores, cuando se comparan ADT, ISRS, IMAO reversibles y AD atípicos<sup>13,40,93,94,102,103</sup>. (**Grado de Recomendación B**)

Una reciente revisión describe similar eficacia en el tratamiento de la depresión en el mayor entre los ADT y los ISRS. Los pacientes tratados con ADT mostraron mayores índices de retirada del mismo debido a sus efectos secundarios. Existen pocos estudios, con escaso número de pacientes, así como una cierta heterogeneidad de los fármacos evaluados (**Grado de Recomendación A**)<sup>94</sup>.

A pesar de la información disponible, algunos autores describen la no existencia de un antidepresivo patrón para el tratamiento de la depresión en el mayor (**Grado de Recomendación A**)<sup>13,90,94,102,103,104,105</sup>

En general se aconseja utilizar, en primer lugar, el grupo de los ISRS por:

1. Perfil de mayor seguridad<sup>4,8,56,63,90,91,93,95,111</sup>, sobre todo en cuanto a efectos anticolinérgicos y cardiovasculares
2. Mejor tolerabilidad, en gran medida al inicio del tratamiento, y con menores tasas de abandono terapéutico<sup>4,94</sup>
3. Similar respuesta terapéutica a otros AD<sup>4,8,56,93,94,95</sup>
4. Fácil utilización en la Atención Primaria
5. Suficiente experiencia acumulada en su utilización desde hace más de una década<sup>95</sup>.
6. Menor riesgo en caso de sobredosis que con los ADT

La clave del tratamiento antidepresivo es su individualización, actuando sobre la base de<sup>13,63,89,90,91,95,111</sup>:

1. La gravedad de la depresión
2. La presencia de patología asociada
3. La existencia de de posibles interacciones farmacológicas
4. La respuesta a los tratamientos previos
5. El estado físico actual
6. Sintomatología específica que requiere tratamiento

Los fármacos Antidepresivos, considerados de primera elección en Atención Primaria<sup>90,91,93,111</sup>, son:

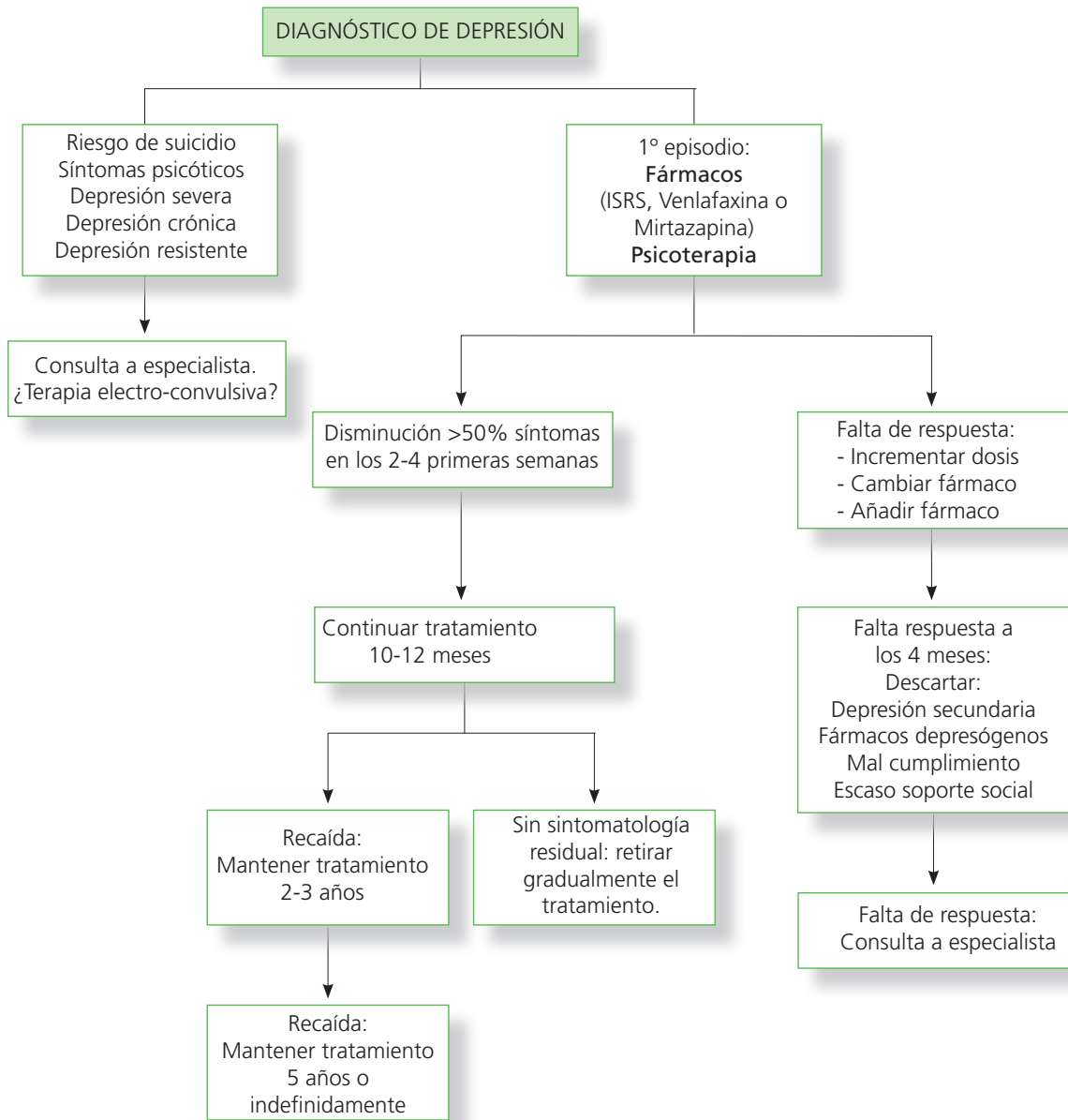
1. ISRS (Sertralina, Citalopram, Escitalopram, Paroxetina, Fluvoxamina, Fluoxetina)
2. Venlafaxina
3. Mirtazapina

Los Antidepresivos menos problemáticos, con relación a las interacciones medicamentosas, en el tratamiento de la depresión de las personas mayores en Atención Primaria son<sup>63,89,90,91,93</sup>:

1. ISRS( Sertralina, Citalopram, Escitalopram)
2. Mirtazapina
3. Venlafaxina

Las causas que favorecen las recaídas incluyen fundamentalmente la coexistencia de más síntomas somáticos, la presencia de alteraciones cognitivas, sobre todo alteraciones de las funciones ejecutivas, y la presencia de sintomatología depresiva residual a pesar del tratamiento<sup>1,38,98,122</sup> (**Grado de Recomendación B**).

ALGORITMO TERAPÉUTICO DE LA DEPRESIÓN EN PERSONAS MAYORES



## 10. ¿CUÁL ES EL PRONÓSTICO DE LA DEPRESIÓN EN LAS PERSONAS MAYORES?

La depresión en el mayor es un proceso con alto riesgo de recurrencias<sup>98</sup> y con tendencia a la cronicidad<sup>5,8,132</sup>. En casi 1/3 de los pacientes que la padecen, ésta se “cronifica”<sup>1</sup>.

La depresión de inicio tardío está asociada<sup>2,5,88,23,46</sup> con una menor frecuencia de antecedentes familiares de depresión, pero con una mayor frecuencia, en relación con los pacientes más jóvenes, de:

- Deterioro cognitivo
- Mayor prevalencia de demencia
- Más alteraciones en los test neuropsicológicos
- Hallazgos en las pruebas de neuroimagen del tipo: atrofia cerebral, cambios en la sustancia blanca profunda, con la presencia de más hiperintensidades, mayor disfunción de los sistemas frontales y aumento más marcado de los ventrículos laterales
- Recurrencias y un curso más crónico
- Comorbilidad médica
- Mortalidad

Los síntomas depresivos están independientemente asociados con un riesgo triple en la hospitalización en los hombres mayores de 75 años<sup>45</sup>. El Riesgo Relativo es de 3,43 (95% IC: 1.33-8.86) (**Grado de Recomendación B**).

En una cohorte seguida durante 3 años se encontró que el riesgo relativo no ajustado para la mortalidad en individuos con depresión era de 1.98<sup>133</sup> (**Grado de Recomendación A**).

La depresión asociada a trastornos cognitivos hace aumentar por cuatro la probabilidad de desarrollar una demencia irreversible<sup>23</sup>. Un estudio de individuos con depresión que remite pero persiste el deterioro cognitivo, demostró que un 40% de estos pacientes desarrollaron demencia a los 3 años de seguimiento<sup>5</sup>. Por este motivo una “demencia reversible” es, a menudo, una manifestación precoz de una enfermedad más permanente, y constituye un indicador para identificar un grupo de riesgo de este trastorno<sup>5</sup>. Además hemos de tener en cuenta que los pacientes con demencia, que desarrollan síntomas depresivos, presentan una mayor incidencia de trastornos de conducta y una mayor incapacidad funcional.

En general los individuos mayores que desarrollan una depresión<sup>33</sup>:

- Requieren de más tiempo para recuperarse que sus homólogos más jóvenes.
- Utilizan más los servicios de salud.
- Generan mayores costes.
- Desarrollan una peor evolución con la presencia de enfermedades coexistentes.
- Presentan una mayor morbimortalidad (sobre todo por causas cardiovasculares), en especial si se presenta después de:
  - un IAM –la depresión multiplica por 4 ó por 5 la mortalidad post-IAM<sup>5,8,18,134</sup>; en relación con los no deprimidos a los 4 meses del evento.
  - una Insuficiencia Cardíaca Congestiva.
  - una cirugía de derivación aortocoronaria.
  - un ictus<sup>8</sup>.
  - personas que sufren duelos y que desarrollan una depresión mayor<sup>8</sup>.
  - ingreso en un centro geriátrico. También en las residencias geriátricas la presencia de depresión aumenta la mortalidad al año en un 59%<sup>18</sup>; independientemente de la salud física. Siendo el ín-

dice de mortalidad multiplicado por 1.5-3 veces en los individuos que presentan depresión y que residen en residencias geriátricas, en relación con los individuos no deprimidos<sup>8</sup>.

- Otras investigaciones muestran unos menores índices de recuperación en aquellos enfermos depresivos que se hallan afectados de IAM, fractura de fémur<sup>8</sup>; o ictus (fundamentalmente en lo que se refiere a su recuperación funcional<sup>60</sup>). Otro trabajo<sup>135</sup> pone de manifiesto que el ejercicio físico ayuda a reducir los síntomas depresivos post-ictus. En otra publicación se demuestra una menor supervivencia en mujeres ancianas afectas de cáncer de pulmón, en relación con el grupo sin depresión<sup>136</sup>.

La autopercepción de bienestar puede ser el predictor más importante de mortalidad en los mayores, más que los clásicos síntomas de depresión (tanto los afectivos como los somáticos) (Odds Ratio: 1.12, 95% Intervalo de Confianza: 1.05-1.18)<sup>137</sup>.

## 11. ¿CUÁLES SON LOS CRITERIOS DE DERIVACIÓN AL SEGUNDO NIVEL DEL PACIENTE MAYOR CON DEPRESIÓN?

Los criterios de derivación comprenden<sup>32,63,95,138</sup> (**Grado de Recomendación D**):

- Dificultades o dudas en el diagnóstico o en el diagnóstico diferencial
- Grave intensidad de los síntomas
- Riesgo claro de suicidio
- Intentos autolíticos previos
- Presencia de episodios previos de manía o características de bipolaridad o de depresión recurrente
- Presencia de ideación delirante
- Importante comorbilidad física o psíquica
- Ausencia de respuesta o respuesta parcial tras 4-6 meses de tratamiento adecuado
- Valoración de ingreso psiquiátrico, psicoterapia o de TEC
- A petición del paciente
- Mala relación médico-paciente

Deben considerarse criterios de ingreso hospitalario en aquellos pacientes mayores que presentan un cuadro de depresión con<sup>95,113</sup>:

1. Ideas de suicidio expresadas de una forma precisa o con intentos claros de suicidio
2. Problemas en el cumplimiento terapéutico o con la dosificación, sobre todo en tratamientos excesivamente prolongados
3. Síntomas psicóticos que requieren tratamiento con TEC
4. Déficit de autocuidado personal, particularmente en el consumo de fluidos o en la ingesta de alimentos
5. Necesidad de traslado por encontrarse en un entorno hostil
6. Generación de intensa ansiedad y/o desolación que necesite de tranquilización o de atención de enfermería especializada
7. Presencia de una enfermedad física que puede complicar el tratamiento
8. Ideación, gestos o amenazas autoagresivas (especialmente en hombres), sobre todo si es la primera vez.



## Direcciones Electrónicas Útiles

[para profesionales/pacientes (2)]

<http://www.familydoctor.org/e588.xml?printxml> (American Academy of Family Physicians. En español)

<http://www.niapublications.org/agepages/depression-sp.asp> (National Institute of Aging. En español)

<http://www.nimh.nih.gov> (National Institute of Mental Health. Depression and stroke)

[http://www.ninds.nih.gov/health\\_and\\_medical/pubs/knowstroke.htm](http://www.ninds.nih.gov/health_and_medical/pubs/knowstroke.htm)

<http://www.depression.org> (National Foundation for Depressive Illness, Inc.)

## 12. ¿CÓMO DEBE SER EL PLAN INDIVIDUALIZADO DE CUIDADOS DEL MAYOR QUE SUFRE DEPRESIÓN ATENDIDO EN ATENCIÓN PRIMARIA?

Ante todo paciente afecto de depresión (independiente del tipo y severidad de la misma), se pueden seguir las siguientes recomendaciones, editadas por la National Guideline Clearinghouse<sup>114</sup>; que consideramos de gran interés, y que se resumen en los siguientes puntos:

- Desarrollar las precauciones necesarias para el paciente con riesgo suicida.
- Tratar o controlar factores etiopatogénicos de depresión en el mayor (eliminar o cambiar fármacos depresógenos, así como tratar patologías causales).
- Controlar y promover una alimentación adecuada, asegurar un sueño de calidad, así como mantener el confort físico (especialmente eliminando el dolor).
- Promover la actividad física, por ejemplo, estructurando una actividad regular y un programa de actividades diario. Cuando sea preciso, derivar a fisioterapia o terapia ocupacional.
- Facilitar el necesario apoyo social, identificando y movilizando a las personas más significativas del entorno del enfermo (familiares, amigos, confidentes, recursos asistenciales, grupos de soporte, etc). Evaluar la necesidad de soporte espiritual, así como proporcionar los recursos necesarios en este sentido.
- Tratar de optimizar la autonomía del individuo, el control personal, así como sus sentimientos de auto-eficacia hasta donde le sea posible; a través de su participación activa en actividades diarias, así como la consecución de pequeños objetivos a corto plazo.
- Identificar y reforzar sus propios recursos y sus capacidades.
- Estructurar y animar su participación diaria en terapias de relajación, actividades placenteras, por ejemplo en musicoterapia.
- Monitorizar y documentar la respuesta al tratamiento farmacológico u otras terapias.
- Promover estrategias de resolución de problemas.
- Proporcionar soporte emocional (a través de la empatía, la escucha activa, animando la expresión de sus sentimientos, facilitando la esperanza). Facilitar el aprendizaje de nuevas estrategias de afrontamiento, o la reminiscencia de situaciones placenteras.
- Proporcionar información sobre la enfermedad y su tratamiento. Documentar que la depresión es un trastorno frecuente, tratable, y no debido a ningún error o falta del paciente.
- Educar acerca de la importancia de la adherencia al tratamiento antidepresivo (sobre todo a la medicación); para prevenir las recurrencias.
- Asegurar la continuidad asistencial, estableciendo los mecanismos adecuados de coordinación con los servicios sociales y de salud mental. Considerar, si es preciso, necesidad de una atención psiquiátrica o residencial.

## 13. DEPRESIÓN EN LAS PERSONAS MAYORES

### Ideas clave

- La depresión es un síndrome clínico con una elevada tendencia a la cronicidad y a la recurrencia.
- La depresión es la responsable de una considerable carga global de discapacidad en el colectivo de gente mayor.
- La depresión en el mayor tiene unos elevados índices de prevalencia, sobre todo cuando coexisten otras enfermedades.
- Existe todavía en la actualidad una baja sospecha, lo que conduce a un infradiagnóstico y un infratratamiento del mismo.
- Los factores de riesgo aceptados de depresión en el mayor son: trastornos del sueño, discapacidad, antecedentes de depresión, sexo femenino y duelos **(Grado de recomendación A)**
- Otros factores de riesgo más actuales se refieren a los mayores cuidadores de nietos o de enfermos con demencia.
- La depresión menor debe considerarse seriamente como objetivo para la prevención y el tratamiento.
- Los síntomas depresivos están independientemente asociados con un riesgo triple de hospitalización, sobre todo en los hombres mayores de 75 años.
- La depresión asociada a trastornos cognitivos multiplica por cuatro la probabilidad de desarrollar demencia irreversible.
- La presencia de depresión en los mayores provoca una mayor morbilidad, parece ser que por causas cardiovasculares.
- El síndrome depresivo en el mayor puede surgir en el contexto de enfermedades médicas, entre las que destacamos: enfermedad de Alzheimer, depresión post-ictus, diabetes mellitus, enfermedad de Parkinson, infarto agudo de miocardio, insuficiencia cardíaca congestiva, caídas, cáncer.
- Existen tres factores que pueden emmascarar el diagnóstico de depresión en el mayor: la comorbilidad, el deterioro cognitivo y los acontecimientos vitales estresantes.
- La depresión geriátrica tiende a ser menos ideacional y más somática.
- Como test de cribaje inicial la versión corta de 15 ítems del GDS de Yesavage es la más aconsejada **(Grado de recomendación A)**
- El diagnóstico de la depresión en el mayor sigue siendo clínico.
- En ocasiones no hacer un diagnóstico categórico de episodio depresivo mayor no implica que el paciente no deba ser tratado.
- En el tratamiento de la depresión en los muy mayores la remisión de los síntomas depresivos es un elemento clave pero no suficiente.
- El suicidio es la consecuencia más seria de la depresión.
- Debe valorarse siempre el riesgo de suicidio en la depresión del mayor.
- El índice de suicidios en mayores: es el doble de la población general, puede ser largamente planificado, con un alto nivel de consumación y con un elevado índice de letalidad.
- Una intervención multidisciplinar (estudio PROSPECT) disminuye la ideación suicida en pacientes mayores que sufren depresión en Atención Primaria **(Grado de recomendación A)**

- La piedra angular del tratamiento de la depresión en el mayor es el farmacológico.
- De entre los fármacos antidepresivos, se aconseja utilizar los ISRS, debido a que su eficacia terapéutica es similar a la de los ADT, tienen una buena tolerabilidad, y el riesgo de interacciones farmacológicas es bajo.
- La duración del tratamiento AD debe ser de 1 año en el primer episodio. Ante la aparición de dos o más recurrencias en los últimos tres años, se aconseja un tratamiento, en principio, indefinido.
- La Terapia Electroconvulsiva es eficaz en el tratamiento de la depresión del mayor. Se requieren más estudios para dilucidar el número de sesiones, la intensidad del tratamiento, así como determinar con mayor exactitud sus efectos secundarios en la población mayor.
- El tratamiento con psicoterapia está indicado en las depresiones leves-moderadas, mientras que puede ser un tratamiento coadyuvante en el caso de la depresión severa.
- De entre las diversas modalidades de psicoterapia, la terapia interpersonal y la cognitiva, son las que cuentan con más experiencia en el tratamiento de la depresión del mayor.
- Todavía faltan estudios más amplios acerca del tratamiento de la depresión en pacientes muy mayores, así como en aquellos afectados de trastorno cognitivo, aunque la depresión clínica debe ser tratada también en estas condiciones.
- Existen diversas circunstancias que aconsejan la derivación del paciente a un nivel asistencial especializado.
- Además de las medidas de tratamiento indicadas, es necesario implementar un plan de cuidados individualizado en cada paciente, con objeto de optimizar los recursos personales y de su entorno, para optimizar el tratamiento y mejorar su calidad de vida.

### Errores más frecuentes

- Creer que la depresión es una inevitable consecuencia del envejecimiento.
- Los antidepresivos en Atención Primaria son infrutilizados, infradosificados y prematuramente discontinuados.
- Pensar que una mayor edad, un menor nivel educativo, ser soltero o poseer un menor soporte social son factores de riesgo de depresión **(Grado de recomendación A)**
- Infravalorar la depresión menor ya que ésta: multiplica por 5.5 el riesgo de depresión mayor, aumenta el exceso de incapacidad, presenta mayores tasas de mortalidad, provoca un mayor deterioro de la salud y un uso más frecuente de los servicios sanitarios.
- No tener en cuenta que un rasgo típico de la depresión, como el humor deprimido, puede ser menos prominente, en el mayor, que otros síntomas (anorexia, insomnio, pérdida de interés, etc.).
- No preguntar sobre pensamientos suicidas en todos los pacientes que presentan síntomas de depresión, pues no hay evidencia que aumente la probabilidad de conducta suicida al interrogar por ellos.



## BIBLIOGRAFIA

1. Cole MG, Bellavance F, Mansour A. Prognosis of depression in elderly community and primary care populations. A systematic review and Meta-analysis. *Am J Psychiatry* 1999;156:1182-9.
2. Serby M, Yu M. Overveiw: depression in the elderly. *Mt Sinai J Med* 2003;70:38-44.
3. World Health Organization Europe. What is evidence on effectiveness of capacity building of primary health care professionals in the detection, management and outcome of depression? 2004.
4. Alexopoulos GS, Katz IR, Reynolds Ch F, Ross R. The expert consensus guideline series. Depression in older adults. A guide for patients and families. 2001. [www.psychguides.com](http://www.psychguides.com)
5. Alexopoulos GS. Depression in the elderly. *Lancet* 2005;365:1961-70.
6. Blazer DG. Depression in late life: review and commentary. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2003;58:249-65.
7. Reynolds CF 3rd, Frank E, Perel JM, Imber SD, Cornes C, Miller MD, Mazumdar S et al. Nortriptyline and interpersonal psychotherapy as maintenance therapies for recurrent major depression. A randomized controlled trial in patients older than 59 years. *JAMA* 1999;28:39-45.
8. Sable JA, Dunn LB, Zissok S. Late-life depression. How to identify its symptoms and provide effective treatment. *Geriatrics* 2002;57:18-35.
9. Alexopoulos GS, Borson S, Cuthbert BN, Devanand DP, Mulsant BH, Olin JT, Oslin DW. Assessment of late life depression. *Biol Psychiatry* 2002;52:164-74.
10. Charney DS, Reynolds CF 3rd, Lewis L, Lebowitz BD, Sunderland T, Alexopoulos GS, Blazer DG et al; Depression and Bipolar Support Alliance. Depression and Bipolar Support Alliance consensus statement on the unmet needs in diagnosis and treatment of mood disorders in late life. *Arch Gen Psychiatry* 2003;60:664-72
11. Bell M, Goss AJ. Recognition, assessment and treatment of depression in geriatric nursing home residents. *Clin Excell Nurse Pract* 2001;5:26-36.
12. Unutzer J, Katon W, Callahan ChM, Williams JW Jr, Hunkeler E, Harpole L, Hoffing M et al. Depression treatment in a sample of 1.801 depressed older adults in primary care. *J Am Geriatr Soc* 2003;51:505-14.
13. Flint AJ. Choosing appropriate antidepressant therapy in the elderly. A risk-benefit assessment of available agents. *Drugs Aging* 1998;13:269-80.
14. Freudenstein U, Jagger C, Arthur A, Donner-Banzhoff N. Treatments for late life depression in primary care—a systematic review. *Fam Pract* 2001;18:321-7.
15. Blazer DG. The association between successful treatment of depression and physical functioning in older people seeking primary care. *J Am Geriatr Soc* 2005;53:543-4.
16. Jeste DV, Blazer DG, First M. Aging-related diagnostic variations: need for diagnostic criteria appropriate for elderly psychiatric patients. *Biol Psychiatry* 2005;58:265-71.
17. Anderson DN. Treating depression in old age: the reasons to be positive. *Age Ageing* 2001;30:13-7.
18. Reynolds CF 3rd, Alexopoulos GS, Katz IR, Lebowitz BD. Chronic depression in the elderly: approaches for prevention. *Drugs Aging* 2001;18:507-14.
19. Cole MG, Dendukuri N. Risk factors for depression among elderly community subjects: a systematic review and meta-analysis. *Am J Psychiatry* 2003;160:1147-56.
20. Hoyberg OJ, Maragakis B, Mullin J, Norum D, Stordall E, Ekdahl P, Ose E, Moksnes KM, Sennef C. A double-blind multicente comparison of mirtazapine and amitriptyline in elderly depressed patients. *Acta Psychiatr Scand* 1996;93:184-90.
21. Rinaldi P, Mecocci P, Benedetti C, Ercolani S, Bregnocchi M, Menculini G, Catani M, Senin U, Cherubini A. Validation of the five-item geriatric depression scale in elderly subjects in three different settings. *J Am Geriatr Soc* 2003;51:694-8.
22. Strothers HS, Rust G, Minor P, Fresh E, Druss B and Satcher D. Disparities in antidepressant treatment in Medicaid elderly diagnosed with depression. *J Am Geriatr Soc* 2005;53:456-61.
23. Herrera Tejedor J. La depresión en el mayor. *Aten Primaria* 2000;26:339-46.
24. Cuijpers P. Psychological outreach programmes for the depressed elderly: a meta-analysis of effects and dropout. *Int J Geriatr Psychiatry* 1998;13:41-8.
25. Piven MLS. Detection of depression in the cognitively intact older adult. Iowa City (IA): University of Iowa Gerontological Nursing Interventions Research Center, Research Dissemination Core; 2005. 33p.
26. Lawhorne L. Depression in the older adult. *Prim Care* 2005;32:777-92.
27. Freund KM, Moskowitz MA, Lin TH, McKinlay JB. Early antidepressant therapy for elderly patients. *Am J Med* 2003;114:15-9.
28. Callahan ChM, Kroenke K, Counsell SR, Hendrie HC, Perkins AJ, Katon W, Noel PH, Harpole L, Hunkeler EM, Unutzer J; IMPACT Investigators. Treatment of depression improves physical functioning in older adults. *J Am Geriatr Soc* 2005;53:367-73.
29. Unutzer J, Katon W, Callahan CM, Williams JV Jr, Hunkeler E, Harpole L et al; IMPACT Investigators. Improving Mood-Promoting Access to Collaborative Treatment. *JAMA* 2002;288:2836-45.
30. U.S. Preventive Task Force. Screening for depression: recommendations and rationale. *Ann Intern Med* 2002;136:760-4.
31. Harris Y, Cooper JK. Depressive symptoms in older people predict nursing home admission. *J Am Geriatr Soc* 2006;54:593-7.
32. Birrer RB, Vemuri SP. Depresión in later life: a diagnostic and therapeutic challenge. *Am Fam Physician* 2004;69:2375-82.

33. Meyers BS. Depresión y otros trastornos del estado de ánimo. En *Geriatric Syllabus Review* 5ª edición. Barcelona. 2003(Modulo 2):189-98.
34. Beekman ATF, Copeland JRM, Prince MJ. Review of community prevalence of depression in later life. *Br J Psychiatry* 1999;174:307-11.
35. Copeland JR, Beekman AT, Braam AW, Dewey ME, Delespaul P, Fuhrer R et al. Depression among older people in Europe: the EURODEP studies. *World Psychiatry* 2004;3(1):45-9
36. Koenig HG and Blazer DG. Epidemiology of geriatric affective disorders. *Clin Geriatr Med* 1992;8(2): 235-51
37. Blazer DG 2<sup>nd</sup>, Hybels CF. Origins of depression in later life. *Psychol Med* 2005 Sep;35:1241-52.
38. Harris T, Cook DG, Vistor C, DeWilde S, Beighton C. Onset and persistence of depression in older people—results from a 2-year community follow-up study. *Age and Ageing* 2006;35:25-32.
39. Heikkinen RL, Kauppinen M. Depressive symptoms in late life: a 10-year follow-up. *Arch Gerontol Geriatr* 2004;38:239-50.
40. Diagnosis and Treatment of Depression in Late Life. NIH Consensus Statement 1991;9(3):1-27. <http://consensus.nih.gov/1991/1991Depressionlatelife086html.htm>
41. Tiemeier H. Biological risk factors for late life depression. *Eur J Epidemiol* 2003;18:745-50.
42. Hybels CS, Blazer DG, Pieper CF. Toward a threshold for subthreshold depression: an analysis of correlates of depression by severity of symptoms using data from an elderly community sample. *Gerontologist* 2001 Jun;41:357-65.
43. Banazak DA. Minor depresión in primary care. *J Am Osteopath Assoc* 2000;100:783-7.
44. Hybels CF, Pieper CF, Blazer DG. Sex differences in the relationship between subthreshold depression and mortality in a community sample of older adults. *Am J Geriatr Psychiatry* 2002;10:283-91.
45. Huang BY, Cornoni-Huntley J, Hays JC, Huntley RR, Galanos AN, Blazer DG. Impact of depressive symptoms on hospitalization risk in community-dwelling older persons. *J Am Geriatr Soc* 2000;48:1279-84.
46. Lebowitz BD, Pearson JL, Schneider LS, Reynolds CF 3<sup>rd</sup>, Alexopoulos GS, Bruce ML, Conwell Y et al. Diagnosis and treatment of depression in late life. Consensus Statement Update. *JAMA* 1997;278:1186-90.
47. Kessler RC, Zhao S, Blazer DG, Swartz M. Prevalence, correlates, and course of minor depression and major depression in the National Comorbidity Survey. *J Affect Disord* 1997;45:19-30.
48. Hays JC, Krishnan KR, George LK, Pieper CF, Flint EP, Blazer DG. Psychosocial and physical correlates of chronic depression. *Psychiatry Res* 1997;72:149-59.
49. Martín Carrasco M. Evaluación. Epidemiología y clínica. En: guía de la buena práctica clínica en Geriatria. Depresión y ansiedad. Gil Gregorio P y Martín carrasco M coords. Sociedad Española de Geriatria y Gerontología y Scientific Communication Management. 2005:33-47.
50. Moore JT. Depresión. En *Atención primaria en geriatría*. Ham RJ and Sloane PH eds. Ed. Mosby/Doyma. 1995:403-24
51. Pollock B. Clinical update: how to recognize and treat depression in older patients. *Geriatrics* 2000;55:67-79.
52. Gallo JJ, Rabins PV. Depression without sadness: alternative presentations of depression in late life. *Am Fam Physician* 1999;60:820-6.
53. Generalitat de Catalunya. Pla Director de Salut Mental i Adiccions. Departament de Salut. Barcelona: Direcció General de Planificació i Avaluació eds;2006:54
54. [www.imsersomayores.csic.es/estadisticas/informe-mayores/informe2006/capitulo-2.html](http://www.imsersomayores.csic.es/estadisticas/informe-mayores/informe2006/capitulo-2.html)
55. Gayoso Orol MJ. Epidemiología y clínica. En: guía de la buena práctica clínica en Geriatria. Depresión y ansiedad. Gil Gregorio P y Martín carrasco M coords. Sociedad Española de Geriatria y Gerontología y Scientific Communication Management. 2005:13-31.
56. Szanto K, Gildengers A, Mulsant BH, Brown G, Alexopoulos GS, Reynolds CF 3<sup>rd</sup>. Identification of suicidal ideation and prevention of suicidal behaviour in the elderly. *Drugs Aging* 2002;19:11-24.
57. American Psychiatric Association. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado. DSM-IV-TR. Ed. Masson. 2002.
58. Lynch TR, Johnson CS, Mendelson T, Robins CJ, Ranga K, Krishnan R, Blazer DG. Correlates of suicidal ideation among an elderly depressed sample. *J Affect Disord* 1999;56:9-15.
59. Bruce ML, Ten Have TR, Reynolds CHF 3<sup>rd</sup>, Katz II, Schulberg LC, Mulsant BH, Brown GK, McAvay GJ, Pearson JL, Alexopoulos GS. Reducing suicidal ideation and depressive symptoms in depressed older primary care patients. *JAMA* 2004;291:1081-91.
60. Carod-Artal FJ. Depresión post-ictus (I): epidemiología, criterios diagnósticos y factores de riesgo. *Rev Neurol* 2006;42:169-75.
61. Hackett ML, Yapa C, Parag V, Anderson CS. Frequency of depression after stroke: a systematic review of observational studies. *Stroke* 2005;36:1330-40.
62. Kauhanen M, Korpelainen JT, Hiltunen P, Brusin E, Mononen H, Maatta R, Nieminen P, Sotaniemi KA, Myllyla VV. Poststroke depression correlates with cognitive impairment and neurological deficits. *Stroke* 1999;30:1875-80.
63. Vallejo Ruiloba J. Tratamiento de las depresiones en situaciones especiales. Depresión en el mayor. En *Consenso sobre tratamiento de las depresiones*. Ed. Fundación Española de Psiquiatría y Salud mental. Barcelona. 2005:49-54
64. Holtzer R, Scarmeas N, Wegesin DJ, Albert M, Brandt J, Dubois B, Hadjigeorgiou GM, Stern Y. Depressive symptoms in Alzheimer's disease: natural course and temporal relation to function cognitive status. *J Am Geriatr Soc* 2005;53:2083-9.
65. Sachs-Ericsson N, Joiner T, Plant EA, Blazer DG. The influence of depression on cognitive decline in com-

- munity-dwelling elderly persons. *Am J Geriatr Psychiatry* 2005;13:402-8
66. Vilalta-Franch J, Garre-Olmo J, Lopez Pousa S, Turon-Estrada A, Lozano-Gallego M, Hernández-Ferrándiz et al. Comparison of different clinical diagnostic criteria for depression in Alzheimer's disease. *Am J Geriatr Psychiatry* 2006;14(7):589-97
  67. Jost BC and Grosberg GT. The evolution of psychiatric symptoms in Alzheimer's disease: a natural history study. *J Am Geriatr Soc* 1996 Sep;44(9):1078-81
  68. Ouimet MA, Primeau F, Cole MG. Psychosocial risk factors in poststroke depression: a systematic review. *Can J Psychiatry* 200;46:819-28.
  69. Hackett ML, Anderson CS. Predictors of depression after stroke: a systematic review of observational studies. *Stroke* 2005;36:2296-301.
  70. Carson AJ, MacHale S, Allen K, Lawrie SM, Dennis M, House A, Sharpe M. Depression after stroke and lesion location: a systematic review. *Lancet* 2000;356: 122-6.
  71. Carod-Artal FJ . Depresión post-ictus (II): diagnóstico diferencial, complicaciones y tratamiento. *Rev Neurol* 2006;42:238-44.
  72. Narushima K, Chan KL, Kosier JT, Robinson RG. Does cognitive recovery treatment of post-stroke Depression Last? A 2-year follow-up of cognitive function associated with poststroke depression. *Am J Psychiatry* 2003;160:1157-62.
  73. Williams LS, Ghose SS, Swindle RW. Depression and other mental health diagnoses increase mortality risk after ischemic stroke. *Am J Psychiatry* 2004;161: 1090-5.
  74. Mant J, Carter J, Wade DT, Winner S. Family support for stroke: a randomised controlled trial. *Lancet* 2000;356:808-13.
  75. Hackett ML, Anderson CS, House AO. Management of depression after stroke: a systematic review of pharmacological therapies. *Stroke* 2005;36:1092-7
  76. Hackett ML, Anderson CS, House AO. Intervenciones para el tratamiento de la depresión posterior al accidente cerebrovascular (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2006 Número 2. Oxford.: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de *The Cochrane Library*, 2006 Issue 2. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.)
  77. Anderson CS, Hackett ML, House AO. Intervenciones para la prevención de la depresión después del accidente cerebrovascular (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2006 Número 2. Oxford.: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de *The Cochrane Library*, 2006 Issue 2. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.)
  78. Blazer DG, Moody-Ayers S, Craft-Morgan J and Burchett B. Depression in diabetes and obesity: racial/ethnic/gender issues in older adults. *J Psychosom Res* 2002;53:913-6.
  79. De Jonge P, Kempen GI, Sanderman R, Ranchor AV, van Jaarsveld CH, van Sonderen E, Scalf-Klomp W. Depressive symptoms in elderly patients after a somatic illness event: prevalence, persistence and risk factors. *Psychosomatics* 2006;47:33-42
  80. Miyasaki JM, Shannon K, Voon V, Ravina B, Kleiner-Fisman G, Anderson K, Shulman LM, Gronseth G, Weiner WJ; Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology. Practice parameter: evaluation and treatment of depression, psychosis, and dementia in Parkinson disease (an evidence-based review). Report of the quality standards subcommittee of the American Academy of Neurology. *Neurology* 2006;66:996-1002.
  81. Chana-Cuevas P, Juri-Claverias C, Albuquerque D, Soto-Olmedo MJ, Benavides-Canales O. Factores de riesgo asociados con la presentación de episodios depresivos mayores en una población ambulatoria de pacientes con enfermedad de Parkinson. *Rev Neurol* 2006;42:521-4.
  82. Watson LC, Pignone MP. Screening accuracy for late-life depression in primary care. A systematic review. *J Fam Pract* 2003;52:956-64.
  83. Kurlowicz LH. Depression in older adults. IN: Mezey M, Fulmer T, Abraham I, Zwicker DA, editors. Geriatric nursing protocols for best practice. 2<sup>nd</sup>. Ed. New York (NY): Springer Publishing Company, Inc;2003. p. 185-206.
  84. Chodosh J, Buckwalter JG, Blazer DG, Seeman TE. How the question is asked makes a difference in the assessment of depressive symptoms in older persons. *Am J Geriatr Psychiatry* 2004;12:75-83.
  85. Brown MN, Lapane KL, Luisi AF. The management of depression in older nursing home residents. *J Am Geriatr Soc* 2002;50:69-76.
  86. Blazer DG. Psychiatry and the oldest old. *Am J Psychiatry* 2000;157:1915-24.
  87. Stek ML, Vinkers DJ, Gussekloo J, van der Mast RC, Beekman AT, Westendorp RG. Natural history of depression in the oldest old: population-based prospective study. *Br J Psychiatry* 2006;188:65-9.
  88. Blazer DG. Self-efficacy and depression in late life: a primary prevention proposal. *Aging Ment Health* 2002;6:315-24.
  89. Joffe K; Skolov J; Steiner D. 1996. Antidepressant treatment of depression: a meta-analysis. *Can J Psychiatry* 1996; 41:63-6.
  90. Remick RA. Diagnosis and management of depression in primary care: a initial update and review. *CMAJ* 2002;167:1253-60.
  91. Ebmeier KP, Donaghy C, Douglas SJ. Recent developments and current controversies in depression. *Lancet* 2006; 367:153-67
  92. Gildengers AG, Houck PR, Mulsant BH, Pollock BG, Mazumdar S, Miller MD, Dew MA, Frank E, Kupfer DJ, Reynolds CF 3<sup>rd</sup>. Course and rate of antidepressant response in the very old. *J Affect Disord* 2002;69:177-84.
  93. Gerson S, Belin TR, Kaufman A, Mintz J, Jarvik L. Pharmacological and psychosocial treatments for depressed older patients. A meta-analysis and overview of recent findings. *Harvard Rev Psychiatry* 1999;7:1-28.

94. Wilson K, Mottram P, Sivranathan A, Nightingale A. Antidepressivos versus placebo para mayores con depresión (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus 2006, número 2, Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de *The Cochrane Library*, 2006 Issue 2. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
95. Gil Gregorio P, Martín M, Agüera L, Francés I, Ganso MJ, Sánchez M. Guía de buena práctica clínica en geriatría. Depresión y ansiedad. Sociedad Española de Geriatría y Gerontología. Sociedad Española de Gerontopsiquiatría y Psicogeriatría. 2004. SEGIG y Scientific Communication Management.
96. Katona CL, Watkin V and Livingston G. Functional psychiatric illness in old age. Chap 67, Pag 837-853. In: Raymond C Tallis, Howard M Fillix. Broclehurst's textbook of Geriatric Medicine and Gerontology. 6 th Edition. Churchill Livignstone. London, 2003.
97. Maletta G, Mattox KM, Dysken M. Guidelines for prescribing psychoactive drugs. *Geriatrics* 2000; 55:65-79.
98. Mitchell AJ, Subramaniam H. Prognosis of depression in old age compared to middle age. A systematic review of comparative studies. *Am J Psychiatry* 2005;162:1588-1601.
99. American Psychiatry Association. Practice Guideline for the treatment of patients with major depressive disorder (revision) *Am. J Psychiatry* 2000; 157 (4 suppl.):1-45.
100. Reynolds CF 3<sup>rd</sup>, Dew MA, Pollock BG, Mulsant BH, Miller MD et al. Maintenance treatment of major depression in old age. *N Engl* 2006;354:1130-8
101. Hansen RA, Garthener G, Lohr KN, Gaynes BN and Carey TS. Efficacy and Safety on Second-Generation Antidepressants in the Treatment of Major Depressive Disorder. *Ann Intern Med.* 2005; 143:145-426.
102. Mittmann N, Herrmann N, Einarson TR, Busto UE, Lancot L, Liu BA, Shulman KI, Silver IL, Narango CN, Shear NH. The efficacy, safety and tolerability of antidepressants in late life depression: a meta-analysis. *J Affect Disord* 1997;46:191-217.
103. Wilson K, Mottram P. A comparison of side effects of selective serotonin reuptake inhibitors and tricyclic antidepressants in older depressed patients. A meta-analysis. Comment in: *Evid Based Mant. Health.* 2005; 8(1):22
104. Mulsant BH, Pollock BG, Nebes R, Miller MD, Sweet RA, Stack J et al. A twelve-week, double-blind, randomized comparison of nortriptyline and paroxetine in older depressed inpatients and outpatients. *Am J Geriatr Psychiatry* 2001;9:406-14.
105. Trinadle E., Menon D, Topfer LA, Colona C. Adverse effects associates with selective serotonin reuptake inhibitors and tricyclic antidepressants: a Meta-Analysis. *CMAJ* 1998; 159(10):1254-52.
106. Lenze EJ, Dew MA, Mazumdar S, Begley AE, Cornes D, Miller MD, Imber SD, Frank E, Kupfer DJ, Reynolds CF 3<sup>rd</sup>. Combined pharmacotherapy and psychotherapy as maintenance treatment for late-life depression: effects on social adjustment. *Am J Psychiatry* 2002;159:466-8.
107. Klysnor R, Bent-Hansen J, Hansen HL, Lunde M, Pleidrup E, Poulsen DL, Andersen ME, Petersen HE. Efficacy of citalopram in the prevention of recurrent depression in elderly patients: placebo-controlled study of maintenance therapy. *British J Psychiatry* 2002;181:29-35.
108. Bondareff W, Alpert M, Freidhoff AJ, Richter EM, Clary CM, Batar E. Comparison of sertraline and nortriptyline in the treatment of major depressive disorder in late life. *Am J Psychiatry* 2000;157: 729-36.
109. Murdoch D, Keam SJ. Escitalopram: a review of its use in the management of major depressive disorder. *Drugs* 2005;65:2379-404.
110. Murdoch D, Keam SJ. Spotlight on escitalopram in the management of major depressive disorder. *CNS Drugs* 2006;20:167-70.
111. Jefferson JW. Drug interactions. Friend or foe?. *J Clin. Psychiatry* 1998; 59 (suppl 4): 37-47.
112. Kennedy SH & col. Efficacy of escitalopram in the treatment of major depressive disorder compared with conventional selective serotonin reuptake inhibitors and venlafaxine XR: a meta-analysis. *J Psychiatry Nerrosi* 2006,31(2):122-131.
113. Macdonald AJD. ABC of mental health. Mental health in old age. *BMJ* 1997;315:413-7.
114. Ruke HG, Huyser J, Swinkels JA; Schene AH. Switching antidepressants after a first selective serotonin reuptake inhibitor in major depressive disorder: a systematic review. *J Clin Psychiatry*, 2006; 67(12): 1836-55.
115. Cervera-Enguix S, Baca-Baldomero E, García-Calvo C, Prieto-Lopez R, TESEO study group. Depresión in primary care: effectiveness of venlafaxine extended-release in elderly patients. *Observational study. Arch Gerontol Geriatr* 2004;38:271-80.
116. Kennedy JS, Mallin CK, Wohlreich MM et al. Open-label duloxetine treatment of Major depression in patients age > 65. *J Clin Psychiatry* 2002;63(11):1069
117. Guay DR, Artz MB, Hanlon JT and Schumaker K. The pharmacology of aging. In: Raymond C Tallis, Howard M Fillix eds. Broclehurst's textbook of Geriatric Medicine and Gerontology. 6 th Edition. Churchill Livignstone. London, 2003:155-63.
118. Dew MA, Reynolds CF 3<sup>rd</sup>, Houck PR, Hall M, Buysse DJ, Frank E and Kupfer DJ. Temporal profiles of the course of depression during treatment. *Arch Gen Psychiatry* 1997;54:1016-24
119. Hybels CF, Blazer DG, Steffens DC. Predictors of partial remission in older patients treated for major depression. The role of comorbid dysthymia. *Am J Geriatr Psychiatry* 2005;13:713-21.
120. Nierenberg AA; Mc Lean NE; Alpert JG; Worthington JJ; Rosenbaum JF. Early non-response to fluoxetine as



- a predictor of poor 8 week outcome. *Am. J Psychiatry* 1995; 152:1500-3.
121. Alexopoulos GS, Katz IR, Bruce ML, Heo M, Ten Have T, Raue P, Bogner HR, Schulberg HC, Mulsant BH, Reynolds CF 3<sup>rd</sup>; PROSPECT Group. Remission in depressed geriatric primary care patients: A report from the PROSPECT Study. *Am J Psychiatry* 2005;162: 718-24.
  122. Reynolds CF 3<sup>rd</sup>, Frank E, Dew MA, Houk PR, Miller M, Mazumdar S, Perel JM, Kupfer DJ. Treatment of 70+-Years Old with Recurrent Major Depression. Excellent Short-Term But Brittle Long-Term Response. *Am J Geriatr Psychiatry* 1999;7:64-69
  123. Williams JW, Barreto J, Oxman T, Frank E, Katon W, Sullivan M, Cornell J, Sengupta A. Treatment of dysthymia and minor depression in primary care. A randomized controlled trial in older adults. *JAMA* 2000;284:1519-26.
  124. Thompson LW, Coon DW, Gallagher-Thompson D, Sommer DR, Koin D. Comparison of desipramine and cognitive/behavioural therapy in the treatment of elderly outpatients with mild-to-moderate depression. *Am J Geriatr Psychiatry* 2001;9:225-40.
  125. Wei W, Sambamoorthi U, Olfson M, Walkup J, Crystal S. Use of psychotherapy for depression in older adults. *Am J Psychiatry* 2005;162:711-7.
  126. Gumm AM; Arean PA, Hunkeler E et al. Depression treatment preferences in older primary care patients. *Gerontologist* 2006; 46(1):14-22.
  127. Kelly KG, Zisselman M. Update on electroconvulsive therapy (ECT) in older adults. *J Am Geriatr Soc* 2000;48:560-6.
  128. UK ECT Review Group. Efficacy and Safety of electroconvulsive therapy in depression disorders: a systematic review and Meta-Analysis, *Lancet* 2003; 361: 799-808.
  129. Van Der Wurff FB; Stek ML; Hoogenfijk WL and Bekman ATF. Terapia electroconvulsiva para mayores con depresión (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus 2006, Número 2, Oxford: Update Software Ltd Disponible en: <http://www.update-software.com>. (traducida de The Cochrane Library, 2006 Issue 2. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd).
  130. Blumenthal JA, Babyak MA, Moore KA, Craighead WE, Herman S, Kathri P, Waugh R et al. Effects of exercise training on older patients with major depression. *Arch Intern Med* 1999;159:2349-56.
  131. semFYC. Recomendaciones depresión. Barcelona: EdiDE 2001.
  132. Vázquez Castro J. Manejo de la ansiedad y la depresión en situaciones especiales. Depresión en el mayor. En Guía de buena práctica clínica en depresión y ansiedad. OMC y Ministerio de Sanidad y Consumo. 2003:173-9
  133. Blazer DG, Hybels CF, Pieper CF. The association of depression and mortality in elderly persons: a case for multiple, independent pathways. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2001;56:M505-9
  134. Romanelli J, Fauerbach JA, Busch DE and Ziegelsstein RC. The significance of depression in older patients after myocardial infarction. *J Am Geriatr Soc* 2002;50(5):817-22
  135. Lai SM, Studenski S, Richards L, Perera S, Reker D, Rigler S, Duncan PW. Therapeutic exercise and depressive symptoms after stroke. *J Am Geriatr Soc* 2006;54:240-7.
  136. Goodwin JS, Zhang DD, Ostir GV. Effect of depression on diagnosis, treatment, and survival of older women with breast cancer. *J Am Geriatr Soc* 2004;52:106-11.
  137. Blazer DG, Hybels CF. What symptoms of depression predict mortality in community-dwelling elders? *J Am Geriatr Soc* 2004;52:2052-6.
  138. Agüera Ortiz L. Tratamiento. Epidemiología y clínica. En: guía de la buena práctica clínica en Geriatria. Depresión y ansiedad. Gil Gregorio P y Martín carrasco M coords. Sociedad Española de Geriatria y Gerontología y Scientific Communication Management. 2005:49-65.





# DEPRESIÓN EN EL MAYOR

ANEXOS



## ANEXO 1. ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA DE YESAVAGE (Versión abreviada)

### GDS 15 ítems

#### ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA DE YESAVAGE

Marcar la cifra de la columna de la izquierda si la respuesta es sí o la de la derecha si es no. Contabilizar los 1 para saber el total. Indicar al paciente que la respuesta no ha de ser muy inmediata

Pregunta	Si	No
¿Está satisfecho (a) de su vida?	0	1
¿Ha abandonado muchas de sus actividades e intereses?	1	0
¿Nota que su vida está vacía?	1	0
¿Se encuentra a menudo aburrido (a)?	1	0
¿La mayor parte del tiempo está de buen humor?	0	1
¿Tiene miedo de que le pase algo malo?	1	0
¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	0	1
¿Se siente a menudo abandonado (a)?	1	0
¿Prefiere quedarse en casa en lugar de salir y hacer cosas?	1	0
¿Cree que tiene más problemas de memoria que el resto de la gente?	1	0
¿Cree que vivir es maravilloso?	0	1
¿Le es difícil poner en marcha proyectos nuevos?	1	0
¿Se encuentra lleno de energía?	0	1
¿Cree que su situación es desesperada?	1	0
¿Cree que los otros están mejor que usted?	1	0
<b>Total</b>		

0-5= normal

6-9= probable depresión

>9 depresión establecida

Aguado G, Martínez J, Onís MC et al. Adaptación y validación al castellano de la versión abreviada de la Geriatric Depression Scale (GDS) de Yesavage. Aten Primaria 2000;26(Supl):382

### GDS 5 ítems

#### ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA DE YESAVAGE

Marcar la cifra de la columna de la izquierda si la respuesta es sí o la de la derecha si es no. Contabilizar los 1 para saber el total. Indicar al paciente que la respuesta no ha de ser muy inmediata

Pregunta	Si	No
¿Está satisfecho (a) de su vida?	0	1
¿Se encuentra a menudo aburrido (a)?	1	0
¿Se siente a menudo abandonado (a)?	1	0
¿Prefiere quedarse en casa en lugar de salir y hacer cosas?	1	0
¿Se siente inútil actualmente?		
<b>Total</b>		

0-1= normal

≥ 2 sospecha de depresión

Hoyl T, Alessi CA, Harper JO et al. Development and testing of a five-item version of the Geriatric Depression Scale. J Am Geriatr Soc 1999;47:873-8

## ANEXO 2. ESCALA DE CORNELL PARA LA DEPRESIÓN EN LA DEMENCIA

NOMBRE DEL PACIENTE	FECHA
---------------------	-------

A. Signos relacionados con el estado ánimo				
A	1	2	0	<b>Ansiedad:</b> expresión ansiosa, rumiación, preocupación
A	1	2	0	<b>Tristeza:</b> expresión triste, voz triste, tendencia a llorar
A	1	2	0	<b>Falta de capacidad de reacción delante de situaciones agradables</b>
A	1	2	0	<b>Irritabilidad:</b> se enfada fácilmente, irascible

B. Alteraciones del comportamiento				
A	1	2	0	<b>Agitación:</b> intranquilidad se retuerce las manos, se tira de los cabellos
A	1	2	0	<b>Enlentecimiento:</b> movimientos lentos, habla lenta, reacciones enlentecimiento
A	1	2	0	<b>Múltiples molestias físicas</b> (puntuar "0" si sólo presenta molestias gastrointestinales)
A	1	2	0	<b>Perdida de interés:</b> menos implicado en actividades cotidianas (puntuar sólo si el cambio se ha producido de manera aguda. Por ejemplo: en menos de un mes.

C. Signos físicos				
A	1	2	0	<b>Perdida de apetito:</b> come menos de lo normal
A	1	2	0	<b>Perdida de peso:</b> puntuar "2" si ha perdido más de 2 Kg en 1 mes
A	1	2	0	<b>Perdida de energía:</b> fatiga fácil, incapaz de mantener ciertas actividades (puntuar sólo si el cambio se ha producido de forma aguda. Por ejemplo en menos de un mes)

D. Funciones cíclicas				
A	1	2	0	<b>Variación diurna del humor:</b> los síntomas empeoran por la mañana
A	1	2	0	<b>Dificultad para conciliar el sueño:</b> se duerme más tarde de lo que es habitual en este paciente
A	1	2	0	<b>Se despierta varias veces durante la noche</b>
A	1	2	0	<b>Se despierta más pronto de lo que estaba acostumbrado</b>

D. Alteraciones del contenido del pensamiento				
A	1	2	0	<b>Suicidio:</b> piensa que no vale la pena vivir, deseos de suicidio o tentativas de autolisis
A	1	2	0	<b>Baja autoestima:</b> desprecio de si mismo, sentimiento de culpa y sentimientos de fracaso
A	1	2	0	<b>Pesimismo:</b> anticipación de lo peor que podría pasar
A	1	2	0	<b>Idealización delirante congruente con el estado ánimo:</b> ideas delirantes de pobreza enfermedad o pérdida

La puntuación se obtiene a partir de la entrevista con el cuidador. La puntuación se basa en síntomas y signos que se hayan manifestado durante la semana previa a la entrevista. No se ha de puntuar si los síntomas son debidos a una discapacidad física o enfermedad.

Puntuación:

0 = ausencia

1 = moderado/intermitente

2 = severo

A = imposible de evaluar

La puntuación total se obtiene una vez se han convertido todos los A en 2 y se ha sumado:

0-8 No depresión

9-11 Depresión leve

≥ 12 Depresión grave









