

PARTE II:

Depresión

GUÍA DE DIAGNÓSTICO Y MANEJO

8



ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
Oficina Regional de la
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD

OBJETIVOS

1. Conocer los criterios diagnósticos de la depresión.
2. Identificar las diferencias de los estados depresivos en el adulto mayor con respecto al joven.
3. Conocer las peculiaridades terapéuticas de la depresión en el paciente de edad avanzada.

1.- DEFINICIÓN DEL PROBLEMA

La depresión no es tristeza únicamente. La depresión es una enfermedad que debe ser tratada. La depresión no es en modo alguno parte necesaria del envejecimiento. Los síntomas y las enfermedades depresivas son comunes y deben ser tratadas, aunque sus signos con frecuencia pasan desapercibidos. Las personas deprimidas sufren de desesperanza y pueden pensar que es inútil reportar sus síntomas. Además, por la estigmatización social asociada a la enfermedad mental, algunos adultos mayores no mencionan estos problemas. Si topan con un médico que no dé importancia a estas quejas o que piensa que son parte del envejecimiento, seguro el diagnóstico será pasado por alto.

En realidad, la depresión de las personas de edad es frecuente. Hay que saber reconocerla y tratarla, pues los resultados terapéuticos pueden ser excelentes. El médico debe dejar a un lado algunas ideas preconcebidas: **no hay tristeza legítima por el hecho de ser viejo.**

La depresión afecta a más personas de lo que se piensa. Se estima que hasta 1 de cada 4 personas pasan por una depresión mayor en algún momento de su vida. En términos generales, se afirma que, independientemente del componente depresivo presente en toda enfermedad, la depresión puede afectar a 1 ó 2 de cada 10 individuos. La depresión es más frecuente en los años que preceden al retiro, disminuye en la década siguiente y, otra vez, su prevalencia aumenta después de los 75 años. La prevalencia de síntomas depresivos en adultos mayores que viven en la comunidad es de 14 a 25%. La presencia de depresión en los adultos mayores aumenta sus niveles de morbilidad, dada su frecuente interferencia en el tratamiento y la rehabilitación de otras patologías y su alta tasa de suicidios (18%).

Cuando utilizamos el término “depresión” en este texto, estamos hablando de la **depresión mayor**, una enfermedad común y con síntomas muy concretos, de una intensidad y duración considerables, que pueden afectar el comportamiento y el bienestar de una persona de muchas y muy diversas maneras. La depresión limita la capacidad para llevar a cabo las actividades normales de la vida cotidiana. Al igual que cualquier otra enfermedad, los síntomas de la depresión pueden variar en función de las personas.

Perfil de paciente adulto mayor con riesgo de desarrollar cuadro depresivo:

- Antecedentes depresivos previos;
- Enfermedad médica incapacitante, sobretodo si el deterioro supone un cambio drástico y súbito respecto al nivel funcional previo, ej: ECV.
- Enfermedad dolorosa, ej: neoplasia, enfermedad osteoarticular deformante.
- Pérdida reciente de cónyuge.
- Cambio de domicilio habitual o ingreso a una institución.

1.1.- FORMAS DE PRESENTACIÓN

Es poco frecuente que las personas mayores, acudan al médico quejándose de un estado de ánimo deprimido. Lo usual es que éste se reconozca en el contexto de una visita al médico por otros motivos y que el paciente presente: fatiga matutina, enlentecimiento psicomotor y aplanamiento afectivo; intranquilidad, nerviosismo y ansiedad; alteración del ritmo nictohemeral (del día y la noche); alteración del apetito (usualmente anorexia); cambios en el carácter (como irritabilidad) y/o múltiples quejas somáticas mal sistematizadas.

1.2.- PEFIL DE RIESGO DE SUICIDIO

Las personas adultas mayores forman el grupo etario que con más frecuencia se suicida. Se estima que la relación entre intentos de suicidios y suicidio consumado es de 1.1/1.0. Es decir, casi todos los intentos de suicidio en adultos mayores, se consuman.

Los adultos mayores utilizan los *medios más letales*, aunque no se pueden desdeñar los llamados *suicidios latentes o pasivos* (ej: abandono de tratamiento o rechazo de la ingesta).

La depresión, es la enfermedad psiquiátrica más frecuente en las personas que se suicidan.

Se estima que la mayoría de las personas que se suicidan, (el 75%,) visitan a su médico de cabecera en el mes previo. Entre un tercio y la mitad visitan a su médico en la semana anterior por motivos distintos a la depresión. La mayoría de ellos cursaba su primer episodio depresivo, y en muchas ocasiones, no había sido diagnosticado y por tanto, no era tratado.

Perfil de paciente adulto mayor con riesgo de suicidio:

- Género masculino.
- Vivir solo.
- Enfermedad depresiva severa.
- Insomnio persistente.
- Inquietud psicomotora importante.
- Enfermedad médica severa, dolorosa, y/o incapacitante.
- Pérdida reciente del cónyuge.
- Institucionalizado o dependiente para cuidados a largo plazo.

2.- BASES PARA EL DIAGNÓSTICO

2.1.- PRINCIPALES CAUSAS

La depresión no es provocada por un solo factor; lo habitual es que en ella intervengan varios elementos. Aunque la causa exacta de la depresión no está clara, la investigación ha mostrado que en muchos casos puede ir asociada a una carencia o desequilibrio de varios neurotransmisores, incluyendo la serotonina y la noradrenalina.

No está claro por qué algunas personas se deprimen y otras no. En algunos casos sucede sin razón aparente, y en otros se ve desencadenada por un acontecimiento determinado, por un hecho negativo, o por la suma de una serie de golpes psicológicos o traumáticos para el individuo. Las personas cuyos parientes cercanos han sufrido depresión, son más propensas a tener esta enfermedad. Por otra parte, la depresión afecta aproximadamente al doble de mujeres que de hombres.

2.2.- FACTORES DE RIESGO

El aislamiento; las dificultades en las relaciones interpersonales; los problemas de comunicación; y los conflictos con la familia, los compañeros de trabajo u otras personas, pueden contribuir a la depresión. Las dificultades económicas y otros factores de estrés de la vida diaria tienen igualmente un efecto importante.

La cantidad y calidad del apoyo que la persona recibe en sus relaciones personales, puede protegerle del estrés y de los problemas de la vida cotidiana, limitando así las reacciones físicas y emocionales a los mismos, entre ellas la depresión. Por otro lado, la ausencia de una relación estrecha y de confianza, ya sea cónyuge, con una pareja o con una amistad, aumenta el peligro de depresión. Esta situación puede combinarse con otros factores, como el maltrato. Está demostrado que el matrimonio, hasta cierto punto, protege de la depresión tanto a las mujeres como a los hombres. La tasa de depresión aumenta tras la pérdida del cónyuge.

El *abuso del alcohol* puede provenir del intento de una persona de "enmascarar" sus síntomas depresivos y termina por agravar un episodio de depresión. En todo caso, el abuso del alcohol puede desencadenar depresión en personas vulnerables. Si se consumen cantidades excesivas de alcohol, en combinación con otras sustancias adictivas, existe el riesgo de interacción que acentúe la depresión o genere otros efectos nocivos.

Además de los mencionados, en el adulto mayor hay numerosos factores precipitantes o etiológicos posibles:

- Al envejecer se reducen en el cerebro las concentraciones de *serotonina* y *noradrenalina*.

- La actividad de la *monoamino oxidasa B* aumenta con la edad.
- Además, los niveles hipotalámicos de *ácido 5 hidroxindolacético* disminuyen al envejecer y esto es indicativo de una *reducción en la acción hipotalámica del sistema serotoninérgico*.

Numerosas afecciones o situaciones geriátricas predisponen o se asocian a la depresión:

- La demencia, especialmente de etiología vascular o de Alzheimer.
- La enfermedad de Parkinson y la Corea de Huntington.
- El infarto del miocárdico.
- El accidente cerebrovascular
- El hipo o hipertiroidismo.
- Las neoplasias (sobre todo las del páncreas).
- La carencia de ácido fólico o vitamina B₁₂, que pueden acompañar a la desnutrición.
- Los medicamentos como las benzodiazepinas, los beta-bloqueadores, la digoxina y los esteroides.
- La sífilis.
- Las situaciones vitales desfavorables, particularmente la viudez.

2.3.- DIAGNÓSTICO DEL PROBLEMA

Frente a la ***sospecha clínica***, la historia médica y social del enfermo suele aportar pistas de la presencia de depresión. (ver Módulos 1 y 4). Es importante diagnosticar la depresión debido a la elevada probabilidad de respuesta al tratamiento.

Al evaluar al enfermo, pregunte por los ***cuatros síntomas frecuentes de la depresión*** en las personas adultas mayores:

- Ansiedad.
- síntomas somáticos.
- falta de interés en las cosas que antes le agradaban.
- Irritabilidad.

Recuerde que en las adultos mayores es frecuente un grado variable de *alteración cognoscitiva*. Pueden existir *síntomas psicóticos*, ya sea asociados a la depresión, o como la forma de presentación de la misma.

A continuación, interrogue sistemáticamente en busca de síntomas claves:

- sensación de tristeza o irritabilidad.
- pérdida de interés por actividades que antes le gustaban (aficiones, sexo, etc.).
- sentimientos de cansancio o de poca energía.
- variaciones en el apetito o en el peso.
- variaciones en los patrones de sueño.
- dificultad para concentrarse o para tomar decisiones.
- visión pesimista del futuro, sin esperanza.
- sentimientos de inutilidad o falta de confianza en sí mismo.
- se hace reproches a sí mismo o se siente culpable sin causa justificada.
- ideas recurrentes de muerte o de suicidio.

La presencia de **cinco** de estos síntomas (uno de ellos debe ser: tristeza o anhedonia (pérdida de placer) o pérdida de interés) durante **dos o más semanas** hace posible el **diagnóstico de depresión**.

Recuerde que la depresión **puede coexistir con la demencia en sus etapas tempranas**, en cuyo caso puede parecer un claro inicio del cuadro demencial, más que una evolución insidiosa a lo largo de un prolongado período, como es característico por ejemplo, en la demencia de tipo Alzheimer aislada. Las *respuestas poco coherentes* en la evaluación del estado mental son comunes en la depresión, pero no suelen acompañarse de perturbaciones del lenguaje (disfasias) o síntomas parietales (apraxias). Aún así, uno de los problemas clínicos más complejos enfrentados por los profesionales de la salud que tratan adultos mayores, es el de distinguir entre depresión en la etapa tardía de la vida y el inicio de una demencia.

NO OLVIDE QUE EN EL ADULTO MAYOR, LA DEPRESIÓN TIENE CARACTERÍSTICAS PECULIARES:

- La *ansiedad suele ser más frecuente* en el adulto mayor con depresión mayor que en el adulto joven.
- Las personas de edad *tienden a no reportar las alteraciones del afecto*, por considerarlas parte del envejecimiento, o porque no aceptan el sentirse tristes.
- El *retardo psicomotor*, usualmente flagrante en el joven, *puede no ser tan obvio en algún paciente de mayor edad*, de manera que los marcadores cardinales de la depresión pueden quedar enmascarados.

- Los *síntomas somáticos suelen ser prominentes* en la depresión geriátrica. Los más comúnmente reportados son: astenia, cefalea, palpitaciones, dolor generalizado, mareo, disnea, trastornos funcionales digestivos.
- Las *alteraciones cognoscitivas suelen ser más obvias* en el adulto mayor, en particular si hay deterioro asociado. La *pseudodemencia depresiva* (máscara cognitiva de presentación de la depresión) *debe ser cuidadosamente diferenciada de la demencia de reciente inicio*.
- La *ideación pesimista* es común y puede alcanzar *niveles nihilísticos*.
- Asimismo, la ocurrencia de *síntomas hipocondríacos* es frecuente (65%) y las *alucinaciones y delirios* pueden observarse en casos graves, particularmente delirios graves somáticos (pensar que tiene cáncer cuando no es verdad). En general los *síntomas psicóticos son más frecuentes* que en los individuos más jóvenes.

CUADRO 8.1. LAS DIFERENCIAS PUEDEN RESUMIRSE COMO SIGUE¹ⁱ

	Pacientes jóvenes	Pacientes viejos
Afecto deprimido	+++	+(+)
Ansiedad	+(+)	+++
Irritabilidad	(+)	++
Síntomas somáticos	+	+++
Alteraciones cognoscitivas	+	+++
Síntomas psicóticos	(+)	++
Hipocondriasis	+	++

3.- BASES PARA EL MANEJO DEL PROBLEMA

3.1.- INTERVENCIONES ESPECÍFICAS

Actualmente existen varios tratamientos eficaces contra la depresión que pueden ayudar significativamente a las personas afectadas. La elección del programa terapéutico adecuado es un proceso que ha de individualizarse con especial cuidado en el adulto mayor y que no sólo depende de la gravedad de la depresión, sino también de las preferencias de la persona afectada, casi tanto como de la opinión profesional del médico. *Con frecuencia resulta muy beneficiosa la combinación de tratamientos.*

PSICOTERAPIA: Es un tratamiento eficaz para *depresiones menos graves*. No es lo mismo que charlar de los problemas con los amigos, la familia o la gente de alrededor, pues ellos solo pueden dar apoyo o consejo, escuchándole. La psicoterapia es algo distinto, es un tratamiento: es una técnica de conversación utilizada por el especialista

¹ Modificada de Gottfries CG. Is there a difference between elderly and younger patients with regard to the symptomatology and etiology of depression. Int Clin Psychopharmacol 1998, 13(suppl5):S13-S18.

para resolver los síntomas de depresión, los problemas de personalidad o carácter o para relacionar qué pudo provocar o empeorar la depresión. Esta técnica solo puede ser ofrecida por personal de salud capacitado y preparado. La persona que dirige la psicoterapia no hace charlar al paciente, sino que dirige la conversación de tal forma que ayuda a que desaparezcan sus síntomas.

LOS FÁRMACOS ANTIDEPRESIVOS: Pueden ser útiles para corregir los desequilibrios químicos causantes de una depresión. Hoy en día existe una gran variedad para elegir. En general, los fármacos antidepresivos funcionan aumentando la disponibilidad de neurotransmisores en el cerebro para restaurar el equilibrio químico. Los principales tipos de antidepresivos utilizados en las personas adultas mayores son los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), los antidepresivos tricíclicos (ATC), los inhibidores de la monoaminooxidasa (IMAO) y algunos otros antidepresivos nuevos cuyo uso generalmente corresponde al especialista. El proceso de selección del fármaco apropiado necesita de una estrecha colaboración entre el médico y el paciente para determinar cuál el más adecuado. Todos los fármacos antidepresivos tienen efectos secundarios que tarde o temprano hacen necesario el ajuste de la dosis o la prescripción de otro fármaco. Esto ocurre con mayor probabilidad con los fármacos tricíclicos y menos frecuentemente con los nuevos medicamentos inhibidores de la recaptación de serotonina o los inhibidores selectivos de la monoamino-oxidasa. *El tratamiento ha de prolongarse al menos 6 meses **después** de la **remisión** de los síntomas. En **depresión mayor o episodios recurrentes**, la duración mínima del tratamiento debe de ser de **un año**, teniendo en cuenta que en este último caso puede necesitarse el tratamiento de por vida.*

LA TERAPIA ELECTROCONVULSIVANTE (TEC): Puede resultar extremadamente útil en casos de *depresión grave*. La mayoría de los pacientes la toleran bien, incluidas las personas de edad. La TEC *suele producir resultados con mucha rapidez, permitiendo el retorno a una vida más productiva*. La modalidad unipolar y la posibilidad de administrarla bajo anestesia general y bloqueo neuromuscular minimizan sus efectos secundarios, su indicación necesita de valoración especializada. Este tratamiento tiene *indicaciones precisas*: fracaso o intolerancia a las medicaciones antidepresivas, depresiones graves con características psicóticas, riesgo grave de suicidio, situaciones somáticas comprometidas por la edad avanzada, necesidad crítica de alcanzar mejoría y pacientes que han mejorado anteriormente con TEC.

PLAN DE SEGUIMIENTO

El seguimiento en el consultorio es usualmente insuficiente. Siempre es útil la psicoterapia adyuvante y la psicoterapia mediatizada a través de las actividades sociales y de reactivación física.

*La prescripción farmacológica debe ir acompañada de un intenso seguimiento de la evolución de los síntomas físicos y psíquicos así como de los posibles efectos secundarios. La falta de respuesta en un plazo razonable (usualmente **3 o 4 semanas**) obliga a la referencia a servicios especializados.*

1. Casi todos los antidepresivos tienen una eficacia terapéutica semejante.
2. La elección, entre ellos, vendrá dada por el *efecto secundario que queremos evitar*. En este sentido, *se toleran mejor los ISRS que los ATC*. *Sobre los nuevos antidepresivos (IRSN-venlafaxina, NASSA-mirtazapina, IRNA-reboxetina), no hay suficientes datos en las personas adultas mayores, aunque al parecer son bien tolerados y eficaces.*
3. Iniciar con una dosis baja, hacer incrementos gradualuales, y **siempre evitar el infratratamiento**.
4. Si se logra efecto terapéutico, mantener tratamiento durante *6 meses*, excepto en casos de factores de riesgo precipitantes actuales, o severidad del episodio. *Si hay antecedentes de episodios previos*, el tratamiento de mantenimiento se prolongará *12 meses*. En casos de *episodios recurrentes frecuentes*, no está estandarizada la duración.
5. *Aunque el paciente esté en remisión*, mientras dure el tratamiento de mantenimiento, **la dosis no debe disminuirse** por el riesgo de recaída.

CUADRO 8.2 ANTIDEPRESIVOS ÚTILES EN GERIATRÍA²
INHIBIDORES SELECTIVOS DE LA RECAPTACIÓN DE SEROTONINA (ISRS)

Fármaco	Dosis inicial	Dosis usual	Comentarios
Fluoxetina	5 mg	10-40 mg/d	Vida media prolongada, dosis única cotidiana. <i>Muchas interacciones</i> con otras drogas.
Fluvoxamina	25 mg	75-100 mg/d	Aún no aprobado en USA para tratamiento de depresión.
Paroxetina	5 mg	10-40 mg/d	<i>Útil para ansiedad prominente (anticolinérgico, evitar en demencia).</i>
Tianeptina	12.5 mg	12.5mg/tid	<i>Útil para ansiedad y somatización.</i>
Sertralina	12.5 mg	75-150 mg/d	Interacciones.
Citalopram	10 mg	20-60 mg/d	

² Cuadro modificado a partir de Reuben D, Keela H, Pacala JT, et al en *Geriatrics at your Fingertips* 2002 ed. Malden, MA: Blackwell Science, Inc., for the American Geriatrics Society; 2002.

Clase y fármaco	Dosis inicial	Dosis usual	Comentarios
ANTIDEPRESIVOS TRICÍCLICOS			
Desipramina	10-25 Mg	50-100 mg/d	Niveles séricos terapéuticos >115 ng/ml.
Nortriptilina	10-25 mg	50-100 mg/d	Índice terapéutico estrecho: 50-150 ng/ml.
OTROS			
Bupropion	25 mg	100-300 mg/d	Considérelo si no hay respuesta a ISRS o tricíclicos. <i>Contraindicado en pacientes con epilepsias o convulsiones.</i> <i>Sedante, mejora el apetito.</i>
Mirtazapina	7.5 mg	15-45 mg/d	
Trazodona	25 mg	75-150 mg/d	La <i>sedación</i> puede limitar su uso, puede emplearse como <i>hipnótico</i> , puede generar <i>arritmias</i> .
Nefazodona	50 mg	200-400 mg/d	Útil para <i>ansiedad y/o dolor</i> concomitantes.
Venlafaxina	25 mg	50-150 mg/d	No es anticolinérgico , no causa hipotensión.

EFFECTOS SECUNDARIOS MÁS FRECUENTES DE LOS ANTIDEPRESIVOS MÁS UTILIZADOS:

- GRUPO ATC

- ⇒ Estreñimiento: Recomendar medidas higiénico-dietéticas. Si fallan, laxantes.
- ⇒ Sequedad de boca: Beber cosas frías y con limón, piña natural, chupar hielo.
- ⇒ Retención urinaria: vigilar diuresis: si disminuye, reducir o suspender el ATC.
- ⇒ Hipotensión ortostática: disminuir la dosis o suspender ATC. Riesgo de caídas.
- ⇒ Arritmias por su efecto como quinidín: evitar asociar con antiarrítmicos, realice ECG basal como control y repita con cada incremento de dosis.
- ⇒ Efectos anticolinérgicos centrales: delirio; en tal caso suspender.

- GRUPO ISRS

- ⇒ Gastrointestinales (Epigastralgias, náuseas, vómitos y diarrea): dar siempre después de las comidas; si hay eficacia terapéutica y epigastralgia, agregar un protector gástrico.
- ⇒ Dopaminérgicos (Signos *extrapiramidales*, más con Fluoxetina): suspender droga si éstos aparecen, en lugar de añadir monitorización cercana.
- ⇒ *Inquietud psicomotora*, pudiendo llegar a una acatisia³: (suspender y añadir BZD: Lorazepam).

3.2.- INTERVENCIONES GENÉRICAS

Una vez que la depresión ha sido reconocida, el médico general enfrenta una situación en la cual tendrá dificultades para asumir la responsabilidad del tratamiento del caso. Hay ocasiones en las cuales la enfermedad depresiva en el adulto mayor está ligada a:

- Problemas familiares.
- Duelo o cambio de entorno vital.
- Problemática social.
- Problemas psicológicos complejos.

Situaciones todas que pueden justificar la necesidad de recurrir a la colaboración de otros miembros del equipo geriátrico. La colaboración con trabajo social para la evaluación y apoyo del sistema familiar, con los terapeutas ocupacionales, con los servicios sociales para favorecer la reintegración a la vida de la comunidad y con las asociaciones de voluntarios, son recursos invaluable para favorecer la resolución de un cuadro depresivo en este contexto.

CUADRO 8.3. ANTIDEPRESIVOS QUE CONVIENE EVITAR EN GERIATRÍA⁴

³ Acatisia: efecto extrapiramidal; intranquilidad motora, temblor muscular, urgencia de moverse constantemente, incapacidad de sentarse sin moverse.

⁴ Cuadro modificado a partir de Reuben D, Keela H, Pacala JT, et al en *Geriatrics at your Fingertips* 2002 ed. Malden, MA: Blackwell Science, Inc., for the American Geriatrics Society; 2002.

Fármaco	Justificación
Amitriptilina	Anticolinérgico y sedante.
Amoxapina	Efectos extrapiramidales.
Clomipramina	Anticolinérgico.
Doxepina	Anticolinérgico y sedante.
Imipramina	Anticolinérgico y sedante.
Protriptilina	Muy anticolinérgico.
Trimipramina	Anticolinérgico y sedante.
Fenelzina	Hipotensión, potenciales interacciones graves con drogas y alimentos.
Tranilcipromina	

3.3.- INDICACIONES DE REFERENCIA AL NIVEL SUPERIOR DE ATENCIÓN

¿CUÁNDO REFERIR A UN PACIENTE DEPRIMIDO?

- Cuando el paciente tiene síntomas psicóticos (alucinaciones).
- Cuando el paciente tiene depresión complicada con alcoholismo.
- Cuando hay riesgo de suicidio.
- Cuando hay repercusión grave sobre una enfermedad somática asociada.
- Cuando la depresión no responde a las dosis usuales de un fármaco en un plazo máximo de un mes.
- Cuando hay depresión en un paciente con trastorno de la personalidad o personalidad de base complicada.
- Cuando hay depresión en paciente sin ningún tipo de apoyo social.
- Cuando el tratamiento farmacológico provoca efectos secundarios que prohíben continuar el medicamento.
- Cuando el enfermo no admite el diagnóstico y por ende no se apega a las recomendaciones terapéuticas.
- Cuando es un paciente con pluripatología psiquiátrica.

3.4.- SUBSÍNDROME DEPRESIVO

El subsíndrome depresivo, que también es llamado *depresión subclínica*, es importante pues es la forma más frecuente de depresión en las personas adultas mayores y está *relacionada a un mayor riesgo* de: depresión mayor, deterioro funcional y morbilidad médica por causas desconocidas.

El diagnóstico no está bien estandarizado, no cumple criterios de depresión mayor, ni de trastorno distímico. Correspondería a un conjunto de síntomas depresivos de suficiente intensidad como para causar sufrimiento personal al paciente. En ausencia

de evidencia que lo prohíba, y debido a sus implicaciones pronósticas, se recomienda dar tratamiento farmacológico o psicoterapéutico.

4.- PUNTOS CLAVES PARA RECORDAR

- La depresión del adulto mayor es común y *responde a tratamiento*.
- Hay que tener un alto índice de sospecha de una probable depresión frente a síndromes somatoformes e hipocondriasis.
- Hay que considerar el diagnóstico en presencia de deterioro de las funciones mentales superiores.
- *Los ansiolíticos no son terapéuticos en la depresión.*
- Un tratamiento antidepresivo debe darse a dosis suficientes para lograr un efecto terapéutico, pero con prudencia para evitar los efectos secundarios.

5.- LECTURAS SUGERIDAS

Blazer D. Depression in the elderly. *New Engl J Med* 1989;320:164-166.

Brenda W. Penninx, Guralnik J. Ferruci L, Simonsick E, Wallace R. Depressive Symptoms and Physical Decline in Community-Swelling Older Persons. *JAMA* 1998; 279. 1720-1726.

Butler RN, Lewis MI. Late-life depression: when and how to intervene. *Geriatrics* 1995;50(8):44-55.

Beekman ATF, Copeland JRM, Prince MJ. Review of community prevalence of depression in later life. *British J Psychiatry*. 1999; 174:307-311.

Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – Fourth Edition (DSM-IV), published by the American Psychiatric Association, Washington DC, 1994. <http://www.psychologynet.org/dsm.html>

Koeming and Blazer. Epidemiology of Geriatric Affective Disorders. *Clinics in Geriatric Medicine*. 1992; 8 (2): 135-251.

Lebowitz BD, Pearson JL, Schneider LS, et al. Diagnosis and treatment of depression in late life: consensus statement update. *JAMA* 1997;278:1186-1190.

Meyers B, Depression and other mood disorders en Cobs EL, Duthie EH, Murphy JB, eds. *Geriatrics Review Syllabus: A Core Curriculum in Geriatric Medicine*. 5th ed. Malden, MA: Blackwell Publishing for the American Geriatrics Society; 2002.

NIH Consensus Development Panel. Diagnosis and treatment of depression in late life. JAMA 1992;268:1018-1024.

Penninx BW, Guralnik J, Ferrucci L, Simonsick E, Wallace R. Depressive Symptoms and Physical Decline in Community Dwelling Older Persons. JAMA 1998; 279: 1720-1726.

Small GW. Recognition and treatment of depression in the elderly. J Clin Psychiatry 1991;42(6:Suppl.):11-22.

Talley J. Geriatric depression: avoiding the pitfalls of primary care. Geriatrics 1987;42(4):53-66.

U.S. Dept. of Health & Human Services, Public Health Service, Agency for Health Care Policy & Research. Clinical Practice Guideline Number 5. Depression in Primary Care: Detection, Diagnosis, and Treatment. AHCPR Pub. No. 98-0552, April 1993.

Páginas web:

Fundación Novartis para Estudios Gerontológicos: www.healthandage.com , en la sección Health Centers, encontrará una sección sobre Depresión (Depression).

El Instituto Merck de Envejecimiento y Salud: www.miahonline.org/tools/depression/, tiene un "tool kit" muy completo sobre la evaluación y el manejo de la depresión en la Atención Primaria.
