

# *Depresión en el adulto mayor*

**Revista Médica Electrónica 2007;29 (5)**

HOSPITAL PSIQUIÁTRICO DOCENTE PROVINCIAL "ANTONIO GUITERAS HOLMES".

MATANZAS

Depresión en el adulto mayor

Depression in the older adult.

## **AUTORA:**

Dra. Olivia Martínez Hernández.

Especialista de II Grado en Psiquiatría. Profesora Instructora. Investigadora

Agregado. Hospital Psiquiátrico Docente Provincial Antonio Guiteras

Holmes. Matanzas

E-mail: [olivia.martinez@yumuri.mtz.sld.cu](mailto:olivia.martinez@yumuri.mtz.sld.cu)

## **RESUMEN**

Se realizó una revisión de la depresión en el adulto mayor con el objetivo de exponer aspectos importantes relacionados con el diagnóstico, evolución, pronóstico y tratamiento para contribuir a una comprensión más amplia de este desorden mental en la población anciana, teniendo en cuenta el constante crecimiento de esta población y presentándose la depresión como una entidad de relevante importancia por ser uno de los más frecuentes trastornos mentales a esta edad.

## **DeCS**

**TRASTORNO DEPRESIVO**/diagnóstico

**TRASTORNO DEPRESIVO**/etiología

**TRASTORNO DEPRESIVO**/quimioterapia

**SALUD DEL ANCIANO**

**CALIDAD DE VIDA**

**HUMANO**

**ANCIANO**

## **INTRODUCCIÓN**

Los avances tecnológicos y científicos han permitido que hoy gran parte de la vida de una persona transcurra como adulto mayor. Dado el progresivo envejecimiento de la población es fundamental comprender mejor cómo se manifiesta la depresión en el anciano. La depresión es uno de los síndromes psiquiátricos más frecuentes y probablemente el segundo trastorno que más discapacidad produce en la población anciana, y es de particular interés en este grupo de pacientes por su frecuencia, etiología, expresión clínica, relación con otras enfermedades, tratamientos no siempre exitosos y deterioro de la calidad de vida.

Los cambios biológicos, psicológicos, económicos y sociales que se observan en el proceso de envejecimiento, asociado a las numerosas enfermedades que aparecen

en esta etapa de la vida, conllevan a pensar que en los ancianos existen una serie de factores que favorecen la aparición de una depresión. Según datos de la OMS el 25 % de las personas mayores de 65 años padecen algún tipo de trastorno psiquiátrico, siendo el más frecuente la depresión, hasta los 75 años. (1)

Las estimaciones de la prevalencia de depresión mayor en las personas de edad avanzada son del 2-4 % en las muestras comunitarias, del 12 % en los pacientes hospitalizados por enfermedad médica y del 16 % en los pacientes geriátricos con tratamientos crónicos. (2,3)

Cuando un anciano se deprime, a veces su depresión se considera un aspecto normal de la vejez, pero es un error pensar así. Por el contrario, la mayoría de las personas de edad se sienten satisfechas con sus vidas y no están predispuestas psicológicamente a la depresión. Si la depresión en el anciano no se diagnostica ni se trata, causa un sufrimiento innecesario para el anciano y para su familia. Un reciente estudio confirma que la depresión en los ancianos que viven en residencias y clínicas es un fenómeno habitual que a menudo pasa inadvertido, o es diagnosticado sin que se prescriban los fármacos necesarios para su tratamiento. Incluso entre los pocos que son tratados, a menudo se dan dosis menores de las necesarias para producir respuesta en el paciente o los medicamentos no son los más adecuados. (4)

Existe un fenómeno específico con la depresión en la tercera edad y es que al no ser diagnosticada y tratada aumenta la morbilidad, la demanda de salud, el costo y el servicio social de la comunidad. (5)

## DIAGNÓSTICO

Al igual que con otros síndromes psiquiátricos geriátricos, las claves para efectuar el diagnóstico de depresión en la vejez son la historia del paciente y la historia colateral que aporta un miembro de la familia. La depresión puede desarrollarse por primera vez en la tercera edad o ser una recurrencia de un trastorno afectivo previo. Suele ser menos evidente y franca que en otras etapas de la vida. Puede presentarse clínicamente como en la edad media de la vida y cumplir los Criterios del Trastorno Depresivo Mayor (6) que a continuación se exponen:

**A)** Presencia de cinco (o más) de los siguientes síntomas durante un período de dos semanas, que representan un cambio respecto a la actividad previa; uno de éstos debe de ser estado de ánimo deprimido o pérdida de interés o la capacidad para el placer:

1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día.

Disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o en casi todas las actividades.

Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso (5 % del peso total en un mes).

Insomnio o hipersomnia casi cada día.

Agitación o enlentecimiento psicomotor. Fatiga o pérdida de energía.

Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados.

Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión.

2. Pensamientos recurrentes de muerte, ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse.

**B)** Los síntomas no cumplen los criterios para un episodio mixto.  
**C)** Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.  
**D)** Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (ejemplo una droga, un medicamento) o una enfermedad médica (ejemplo hipotiroidismo).

**E)** Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo (ejemplo, después de la pérdida de un ser querido), los síntomas persisten durante más de 2 meses o se caracterizan por una acusada incapacidad funcional, preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o enlentecimiento psicomotor. En los pacientes de edad avanzada, si se cumplen los criterios diagnósticos de episodio depresivo, es extremadamente importante especificar si éste tiene algún subtipo diagnóstico, como por ejemplo atípico, melancólico o depresión delirante. El subtipo de depresión tiene implicaciones para el tratamiento farmacológico, ya que se ha encontrado que algunas formas de tratamiento son más efectivas en ciertos tipos que en otros y sugiere que instrumentos de evaluación pueden ser más útiles. Unos ejemplos podrían ser: (7)  
1) En la depresión melancólica se utilizan la escala de evaluación de Hamilton (HAMD) y la escala de la depresión de Montgomery y Asberg (MADRS).  
2) En la depresión delirante ninguna escala puede proporcionar una medida adecuada de la gravedad.

3) En las depresiones no melancólicas se utilizan las escalas autoaplicadas como la de Beck o la de Zung. 4) En pacientes con trastorno distímico la escala de Cornell puede ser la medida apropiada.

5) En los pacientes deprimidos de edad avanzada, debería evaluarse siempre el deterioro cognitivo.

Los métodos de evaluación más utilizados aquí son el Mini Mental Status Exam (MMSE) o Mini Examen del Estado Mental. Cuando indica algún deterioro puede ser complementada con otros tests

### **Factores de enmascaramiento de la depresión en el paciente anciano**

1. Muchos tienen dificultad para reconocer que están deprimidos y quejarse. No es infrecuente que los síntomas centrales de la depresión, como la pérdida de interés, la astenia, la pérdida de energía, la disminución del apetito, las alteraciones del sueño, el enlentecimiento psicomotor o los problemas de concentración sean atribuidos erróneamente al envejecimiento.

El humor depresivo pasa desapercibido, en ocasiones, por el aplanamiento afectivo de algunos ancianos, que se interpreta como serenidad.

La mayor parte de los ancianos se presentan con problemas de índole orgánica, trastornos de la memoria y concentración y falta de impulso vital, distraendo la atención del médico sobre la depresión y dirigiéndola hacia síndromes cerebrales orgánicos y afecciones somáticas.

La ansiedad puede enmascarar un cuadro depresivo y conducir a la prescripción aislada de ansiolíticos con el riesgo de cronificar el trastorno y desarrollar dependencia. Más de dos tercios de los casos presentan quejas somáticas predominantes y hasta en el 30 % la somatización es el síntoma inicial de la enfermedad.

Se quejan de problemas de memoria, gastrointestinales, malestar general, dolores osteomusculares, junto a una negación de los sentimientos de depresión y una ausencia de tristeza.

La sintomatología hipocondríaca es frecuente. Son quejas cardiovasculares, urinarias y gastrointestinales. A menudo se da la presencia concomitante de una enfermedad somática, que dificulta aún más. Casi un tercio de los ancianos con una enfermedad física sufre asimismo depresión.

2. La sintomatología delirante no es rara en el anciano deprimido, por lo que se corre el riesgo de tratarle sólo con neurolepticos. Es frecuente encontrar ideas de persecución, de celos o de perjuicio.

### **Los rasgos diferenciales de la depresión del anciano son: (8)**

1. Los episodios depresivos tienden a ser más prolongados y resistentes al tratamiento.

Mayor frecuencia de agitación y ansiedad por inhibición.

Más irritabilidad.

Mayor pérdida de apetito.

Elementos paranoides más habituales.

Presentansomatizaciones e hipocondría.

Más formas enmascaradas y menor tristeza como tal.

Mayor riesgo de suicidio.

Más constipación y más tendencia a la letargia.

Menos variaciones diurnas del humor.

Insomnio intenso.

Disminución de los rendimientos cognoscitivos.

Pérdida de peso.

2. Mayor riesgo de cronicidad.

La depresión como subsíndrome en el anciano. Mientras recientes estudios reportan un 1 % a 2 % de prevalencia de la depresión mayor, y un 2 % de distimia entre los ancianos de la comunidad, una frecuencia mucho mayor se ha visto con el subsíndrome depresivo (13 % a 27 %). El subsíndrome depresivo se refiere a

síntomas de depresión que están asociados a un aumento del riesgo de depresión mayor, discapacidad física, enfermedades médicas y alto uso de los servicios de salud. Estos síntomas no alcanzan a cumplir los criterios diagnósticos del DSM IV para la depresión mayor o la distimia. En pacientes geriátricos con enfermedades médicas e institucionalizados la prevalencia de tales síntomas es de aproximadamente un 50 %. El curso del subsíndrome es variable, pero en el contexto de severa discapacidad física, por ej. por accidente cerebrovascular, los síntomas de depresión pueden extenderse por largos periodos. Típicamente los síntomas de depresión de los más ancianos no son encontrados por los que proveen los cuidados. Los médicos han comenzado a identificar y tratar el subsíndrome depresivo a partir de reconocer el innecesario sufrimiento humano. (9)

### **Factores de riesgo relacionados con la depresión**

Los factores de riesgo para la depresión deben ser conocidos por los clínicos, porque puede que exista la posibilidad de intervenir sobre ellos para mejorar o prevenir cuadros que pueden tener un impacto pronóstico importante, de modo que la capacidad de intervenir a priori constituye un tema relevante. Recientemente, se ha planteado que cinco variables se asocian claramente a riesgo de depresión en el adulto mayor:

- Género femenino, que es un factor de riesgo no modificable. Antecedentes de episodios depresivos previos, ya que la recurrencia y la historia natural de la enfermedad depresiva es conocida. El duelo, que es uno de los tres trastornos en los que se puede intervenir. No se puede evitar que ocurra la pérdida, pero sí se pueden crear instancias de apoyo y soporte para las personas que las sufren. Los trastornos del sueño. Cada vez existen más alternativas de manejo ambiental y farmacológico para intervenir sobre este problema.
- La discapacidad secundaria a pérdida de visión o de audición. Muchas personas no realizan tratamientos para su enfermedad, aunque sea con técnicas simples, como audífonos o cirugía de cataratas, lo que las lleva a estar más expuestas a entrar en la cascada de la depresión, enfermedad vascular y muerte.

Otros factores de riesgo son controvertidos, como el menor nivel educacional; el estado de salud pobre, en términos somáticos; la presencia de trastornos cognitivos y la aparición de una nueva enfermedad médica. La evidencia al respecto no es concluyente, en ninguno de los dos sentidos.

### **DIAGNÓSTICO**

### **DIFERENCIAL**

#### **Demencia**

La relación entre depresión y demencia es un tema complejo. Además de poder aparecer conjuntamente, ambas entidades muestran un solapamiento en lo que se refiere a la clínica. Cuando hay coexistencia de síntomas psiquiátricos y alteraciones cognoscitivas, saber cuál de ellos fue el proceso primario, no es una tarea fácil, siendo alta la posibilidad de error diagnóstico. Existen una serie de datos que nos pueden orientar y que aparecen resumidos en la Tabla 1.

**Tabla No.1**  
**Diferencias entre la Depresión y la Demencia.**

Características		Depresión	Demencia
Antecedentes Psiquiátricos		Historia de trastorno afectivo, aunque no siempre	A veces también historia de trastorno afectivo
Inicio y progresión de la enfermedad		Rápido y progresión acelerada	Insidioso y progresión lenta.
Actitud durante la entrevista		Más irritables y hostiles con negación a responder	Incontinencia afectiva, y respuesta a las preguntas de forma confabulatoria.
Síntomas		Mayor disminución del estado de ánimo, ansiedad somática, despertar precoz y mayor disminución de la libido.	Desorientación temporoespacial y dificultad para vestirse.
Neuropsicología		Mayor afectación de la atención, velocidad de procesamiento mental, elaboración espontánea y el análisis de detalle.	Mayor pérdida de memoria y dificultad de ejecución de tareas sencillas.
Neurofisiología		Aumento de la latencia de los potenciales auditivos evocados Anomalías generalizadas en el EEG.	Igual a la depresión pero con un aumento menor de los potenciales auditivos evocados.
Neuroquímica	Marcadores plaquetarios	Menor número de receptores para Imipramina y menor fluidez de membrana	Mayor número de receptores y mayor fluidez de membrana.
	Test de supresión a la dexametazona	Alteración en el 50 %.	Alteración en el 10 %.
Neuroimagen		Elevación del cociente volumen ventricular/ grosor masa cerebral.	Mayor grado de atrofia generalizada.
Tratamiento antidepresivo		Respuesta	No hay respuesta.

Cuando un paciente cumple los criterios diagnósticos para la depresión, pero también tiene un grado de trastorno cognitivo, se puede tener en cuenta el diagnóstico de pseudodemencia, aunque actualmente se utiliza el término disfunción cognitiva relacionada con depresión ya que es más descriptivo (Tabla 2).

**Tabla No.2**  
**Diferencias entre la pseudodemencia y la demencia.**

Demencia	Pseudodemencia
Los cambios cognitivos ocurren primero	Los cambios de humor ocurren primero
Humor lábil	Humor consistentemente disfórico
Cooperador, pero comete errores en el Mini-mental	No cooperador o no intenta hacer el Mini-mental
Afasia presente	Afasia ausente
Puede disfrutar de las cosas	No puede disfrutar de las cosas
Intenta duramente realizar las tareas	Hace pocos esfuerzos para realizar incluso tareas simples
Infrecuente historia de disfunción	Frecuente historia de disfunción

**Envejecimiento normal**

Con la edad se produce retraimiento social, inseguridad y temor, cambios en el sueño y en el apetito, pero no interfieren de un modo significativo en la vida social o laboral del paciente.

**Trastornos de la personalidad**

Estos tipos de trastornos abarcan formas de comportamiento duraderas y profundamente arraigadas en el enfermo. Son alteraciones del desarrollo que aparecen en edades tempranas de la vida.

**Hipocondría y otros trastornos somatomorfos**

Hay que diferenciar la hipocondría que acompaña a la depresión de la agudización de los rasgos hipocondríacos ya preexistentes. Ayuda a la diferenciación la historia previa de molestias y visitas médicas, y su repercusión en su vida social. Rara vez comienzan después de los 50 años de edad

**Trastornos del sueño**

El sueño cambia con la edad y se produce una disminución del número de horas y de su calidad. Aunque en la depresión también se produce una alteración de las horas de sueño, existe una rica sintomatología psíquica afectiva y somática acompañante.

**Enfermedades somáticas**

Muchas enfermedades somáticas se manifiestan con depresión, que se pueden acentuar con los tratamientos depresivógenos que el paciente tiene prescrito. Algunos cuadros depresivos se manifiestan a través de somatizaciones, sobre todo el dolor.

**Duelo**

El duelo no complicado puede manifestarse con síntomas similares a los de la depresión, pero los deprimidos se centran más en sí mismos y en el duelo más en el objeto perdido.

**Trastornos de ansiedad**

La ansiedad es muy frecuente en el anciano, sola o acompañando a trastornos afectivos, psicóticos o a enfermedad somática. La comorbilidad entre depresión mayor y trastornos de ansiedad es aproximadamente del 47,5 %.

**CURSO CLÍNICO**

El curso clínico del trastorno depresivo mayor por definición se considera recurrente, de tal suerte que independiente de la edad, la depresión se caracteriza por recaídas, remisiones y recurrencias (10). Las investigaciones muestran que el curso de la depresión en ancianos varía de un estudio a otro. Algunas investigaciones concluyen que es menos probable la remisión completa de síntomas

depresivos en este grupo de pacientes y es frecuente observar algunos síntomas residuales, a pesar de la mejoría evidente del cuadro global. (11) La depresión en pacientes geriátricos tiene implicaciones en el curso de otras enfermedades. La depresión de inicio tardío puede ser predictor de otros trastornos orgánicos; por ejemplo, en un grupo de pacientes un episodio depresivo puede ser la primera manifestación clínica evidente de un cuadro de demencia. (12)

### **PRONÓSTICO**

El pronóstico de un episodio depresivo mayor en pacientes ancianos guarda relación con factores constitucionales y ambientales, y varían de un estudio a otro, (13) pero sin dudas, su pronóstico es generalmente bueno en los pacientes diagnosticados que reciben un tratamiento adecuado. (14)

#### **Factores predictores de buen pronóstico:**

- Buenas condiciones socioeconómicas
  - Apoyo emocional
  - Adecuado apoyo social
  - La existencia de un estresor psicosocial como desencadenante del episodio actual
  - Ausencia de condiciones médicas importantes
  - Cuidadoso seguimiento médico
- Pocos estresores vitales o cambios importantes durante el último año.

#### **Factores que ensombrecen el pronóstico de la depresión geriátrica:**

- Presencia de agitación psicomotora
  - Pacientes con marcada desesperanza
  - Deterioro cognoscitivo
  - Abandono, soledad
  - Pérdida reciente de un ser querido
  - Síntomas ansiosos importantes
  - Presencia de síntomas psicóticos
  - Mayor duración del episodio depresivo al momento del diagnóstico
  - Mayor número de episodios previos
- La depresión de inicio tardío ya que guarda una asociación importante con los cambios cerebrales



Es importante tener presente que el suicidio en el anciano depresivo aumenta en frecuencia respecto a otras etapas de la vida; se multiplica por dos o tres la tasa general. La proporción de suicidios consumados es mucho mayor frente a los intentos. Toda tentativa autolítica a esta edad debe ser considerada muy cuidadosamente y valorar incluso el ingreso como medida de protección. Existen algunos factores de riesgo identificados, como el sexo masculino, ancianos sin pareja, soledad en sus condiciones de vida, cambios de residencia, intentos previos de autolisis y presencia de enfermedad orgánica de carácter crónico y/o doloroso.

## **TRATAMIENTO**

La depresión es el trastorno mental geriátrico que supone un mayor reto en cuanto a su tratamiento.

### **Tratamiento farmacológico**

Los pacientes ancianos se benefician del tratamiento farmacológico al igual que los adultos de mediana edad. En los pacientes geriátricos hay que tener en cuenta los cambios farmacocinéticos y farmacodinámicos característicos del envejecimiento que modificarán la respuesta a los fármacos, entre ellos los antidepresivos, de forma que se requieren dosis menores de los mismos para conseguir efectos clínicos equivalentes.

### **Recomendaciones generales**

1. Tratar siempre con un antidepresivo los síndromes depresivos, sean del tipo que sean.

Utilizar antidepresivos sin efectos anticolinérgicos ni sedantes para no agravar síntomas cognitivos.

Limitar al máximo el uso simultáneo de benzodiazepinas, porque agravan los síntomas cognitivos, sedan y pueden inducir cuadros confusionales en los muy ancianos.

Ajustar dosis con prudencia: iniciar con mitad de dosis del adulto.

Tener en cuenta los efectos secundarios, sobre todo el cardiotoxico de algunos antidepresivos, especialmente los heterocíclicos.

Valorar las interferencias con otros fármacos que estén tomando.

Tratar el mínimo tiempo posible, pero ajustado a criterios de duración del tratamiento.

Valorar la respuesta a un tratamiento antidepresivo anterior

Valorar la respuesta al tratamiento antidepresivo en familiares biológicos

Valoración de patología orgánica

Responsabilizar a un familiar o cuidador

## 2. Confeccionar el horario de prescripción

En los ancianos la respuesta terapéutica tarda en aparecer más de las tres semanas habituales de latencia, por lo que conviene esperar hasta seis semanas antes de subir la dosis. La duración del tratamiento se estima en seis meses tras la remisión de un primer episodio depresivo.

Muchos psiquiatras geriátricos prefieren iniciar el tratamiento en el anciano con una amina secundaria, como nortriptilina o desipramina. Ambas muestran escasos efectos anticolinérgicos y su eficacia antidepressiva está comprobada. Los fármacos más utilizados actualmente son los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), ya que tienen una buena eficacia y provocan pocos efectos secundarios, de ellos la agitación y la pérdida de peso persistente son los que más habitualmente limitan su uso.

### **Dosis de inicio de algunos antidepressivos**

- Nortriptilina 10 mg/día. Fluoxetina 10 mg/día. Paroxetina 10 mg/día. Sertralina 25 mg/día. Fluvoxamina 50 mg/día. Nefazodona 200 mg 2 veces al día Citalopram 10 mg/día. Mirtazapina 15 mg/día
- Venlafaxina 75 mg/día

Con respecto al tratamiento, el dilema principal está en la elección del fármaco adecuado. Debido a las características de este grupo de población, la aplicación del tratamiento será personalizada en función de las características de cada enfermo, ya sean fisiológicas o patológicas.

### **Terapia electroconvulsiva**

Además de la farmacoterapia, el tratamiento clínico comprende la Terapia Electroconvulsiva (TEC). El anciano que no responde a la medicación antidepressiva o que presenta efectos secundarios significativos debidos a la medicación puede ser candidato a TEC. Los candidatos deben padecer un episodio depresivo grave, y suelen responder mejor los que además presentan síntomas psicóticos. Con apoyo médico adecuado, la TEC constituye un tratamiento seguro y eficaz para los ancianos.

### **Psicoterapia**

Varios estudios han demostrado la eficacia de las terapias cognitivas y conductuales en el tratamiento ambulatorio del anciano con depresión mayor sin melancolía. La terapia cognitiva puede ser coadyuvante de la medicación en el tratamiento de las depresiones melancólicas graves. La terapia cognitivo-conductual es bien tolerada por el anciano por su duración limitada y su orientación educativa, así como por el intercambio activo entre el terapeuta y el paciente. Las terapias eficaces para la depresión del anciano incluyen el trabajo con la familia. A menudo los familiares son los mejores aliados del terapeuta que trata al anciano deprimido. Es necesario informar a las familias sobre los signos de peligro, como el riesgo de suicidio en el anciano gravemente deprimido. Además, la familia puede proporcionar la estructura para que el anciano deprimido y aislado vuelva a participar en actividades sociales.

## CRITERIOS DE REMISIÓN A CONSULTA ESPECIALIZADA

1. Presencia de riesgo suicida.  
  
Comorbilidad mental orgánica.  
  
Elevada gravedad del cuadro.  
  
Depresión atípica.  
  
Necesidad de tratamiento psicoterapéutico.
2. Mala respuesta a tratamiento.

## CONCLUSIONES

La depresión es uno de los trastornos psiquiátricos más frecuentes observados en los ancianos. Existe un fenómeno específico con la depresión en la tercera edad y es que al no ser diagnosticada y tratada aumenta la morbilidad, la demanda de salud, el costo y el servicio social de la comunidad. El reconocimiento temprano de la depresión en los ancianos por parte del médico de familia permite realizar el tratamiento adecuado oportunamente y de esta manera mejorar la calidad de vida, prevenir el sufrimiento que esta enfermedad genera y mantener niveles óptimos de funcionalidad e independencia de los ancianos.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Serna I. Psicogeriatría. Madrid: Jarpyo Editores; 1996. p. 7-14.
2. Brown M, Lapane K, Luisi A. The management of depression in older nursing home residents. *JAGS*. 2002; 50:69-76
3. David N Anderson. Treating depression in old age: the reasons to be positive. *Age and Ageing*. Brit Geriatrics Society. 2001;30:13-7
4. Torrens Darder, Mar M. Depresión en geriatría: diagnóstico diferencial y tratamiento *Rev Psiquiatría Fac Med Barna*. 2001;28(4):239-46
5. Miranda Fernández-Santos. Depresión en el anciano. *Med Gen*. 2002;40(2):28-31
6. Lebowitz BD, Pearson JL, Schneider LS. Consensus Statement. Diagnosis and Treatment of depression in Late Life. Consensus Statement Update. *JAMA*. 1997; 278:1186-90.
7. Aplan HI, Saddock BJ, Grebb JA. Sinopsis de psiquiatría. 7ed. Buenos Aires: Panamericana; 1996.p. 1183.
8. Lazer DG. Depression in the elderly. *N Engl J Med*. 1989; 320:164-6.
9. Alloran E, Prentice N, Murray CL, O´Carroll RE, Glabus MF, Goodwin GM. Follow-up study of depression in the elderly. *Br J Psychiatry*. 1999;175:252-8.
10. Toudemire A, Hill CD, Morris R, Martino-Saltzman D, Lewinson BJ. Long-term affective and cognitive outcome in depressed older adults. *Am J Psychiatry*. 1993;150:896-900.

11. 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.
12. Reynolds CF, Frank E, Kupfer DJ, Thase ME, Perel JM, Mazumdar S. Treatment outcome in recurrent major depression: A post Hoc comparison of elderly and midlife patients. *Am J Psychiatry*. 1996;153: 1288-92.

## **SUMMARY**

We carried out a review on depression in older adult with the objective of exposing important aspects related with the diagnosis, evolution, prognosis and treatment to contribute to a wider comprehension of this mental disorder in old population, taking into account the constant increase of this population. We arrived to the conclusion that depression is an entity of relevant importance, because it is one of the most frequent mental disorders at this age.

## **MeSH**

**DEPRESSIVE DISORDER/diagnosis**  
**DEPRESSIVE DISORDER/etiology**  
**DEPRESSIVE DISORDER/drug therapy**  
**HEALTH OF THE ELDERLY**  
**QUALITY OF LIFE**  
**HUMAN**  
**AGED**

## **CÓMO CITAR ESTE ARTÍCULO**

Martínez Hernández O. Depresión en el adulto mayor. *Rev méd electrón*[Seriada en línea] 2007; 29(5). Disponible en  
URL: [http://www.cpimtz.sld.cu/revista%20medica/ano%202007/vol5%202007/tema\\_10.htm](http://www.cpimtz.sld.cu/revista%20medica/ano%202007/vol5%202007/tema_10.htm) [consulta: fecha de acceso]