

FORMACIÓN CONTINUADA

La depresión en el anciano

J. Herrera Tejedor

Equipo de Valoración Geriátrica. Hospital Nuestra Señora del Prado. Talavera de la Reina (Toledo).

La depresión es el problema psiquiátrico más común en el anciano¹. Su presentación es muchas veces atípica, por lo que se considera un reto ante el que se enfrenta todo médico que atiende a un paciente mayor. El exceso de incapacidad y mortalidad a los que se asocia precisan profundizar en su conocimiento.

Epidemiología

La prevalencia de la depresión varía en función del medio que estudie-mos. La depresión mayor muestra una prevalencia menor del 3% en la comunidad²⁻⁵, del 10-16% en unidades de agudos^{6,7} y del 15-25% en residencias^{3,4,8}. Las llamadas depresiones menores son aún más prevalentes: las presentan un 15-20% de los ancianos en la comunidad^{5,9}, el 40% en hospitales^{2,10} y un 30-50% en instituciones^{2,7,9,10}. El diagnóstico de depresión mayor es menos frecuente en la vejez que en otras edades de la vida. Este hecho puede deberse a una mayor dificultad para detectar síntomas depresivos en el anciano, y a cohortes que han sufrido menos factores estresantes^{2,10}. La prevalencia es todavía menor en las edades más avanzadas, frente al grupo global de los mayores de 65 años⁸. En ancianos continúa siendo más prevalente en las mujeres¹¹, pero en los varones aumenta proporcionalmente su prevalencia por una mayor brusca pérdida de roles, de modo que a los 80 años pueden sobrepasar a las mujeres¹⁰. La depresión es más frecuente en ancianos con bajos ingresos económicos, bajo nivel cultural, divorciados, separados y en la población rural¹².

Características de la depresión en el anciano

El reconocimiento de la depresión puede ser más difícil en el anciano, por lo que probablemente está infradiagnosticada^{1,3,13,14}. Sólo reciben tratamiento un 10% de los ancianos que lo precisan³. Presentan, en general, los mismos síntomas depresivos que las personas jóvenes, pero puede haber rasgos característicos que hacen que el diagnóstico no sea sencillo. Los síntomas depresivos pueden atribuirse al proceso de envejecimiento y a sus pérdidas asociadas^{3,15,16}. Los ancianos informan de *síntomas somáticos*, sobre todo referentes a aparato digestivo, astenia, insomnio, y conductas adictivas como el alcoholismo, con más frecuencia que de ánimo deprimido, lo cual lleva a múltiples tratamientos médicos y quirúrgicos si no son reconocidos^{5,15,17,18}. Refieren a menudo ansiedad generalizada o irritabilidad, y *pérdida de peso* en relación directa con la intensidad de la depresión^{19,20}. Verbalizan menos sentimientos de inutilidad o de culpa y con frecuencia presentan *alexitimia*, que es la incapacidad de verbalizar experiencias afectivas²¹. Es frecuente el *allanamiento afectivo* en ancia-

nos severamente deprimidos (falta de expresividad facial, disminución de movimientos espontáneos, pobre contacto ocular y poca reactividad emocional), y encontramos *conductas regresivas*, que reflejan un retorno al funcionamiento infantil (incontinencia doble, rechazo a la alimentación, «rabieta» para obtener atención), sobre todo en personalidades dependientes con incapacidad física. Aunque una minoría importante presenta recurrencias de episodios depresivos previos, es más frecuente en los ancianos la *depresión de inicio en la edad tardía*². Entre sus características destacan una menor frecuencia de historia familiar de depresión, mayor frecuencia de deterioro cognitivo, superior frecuencia de atrofia cerebral y cambios de la sustancia blanca en pruebas de neuroimagen²², disfunción de los sistemas frontales del cerebro²³ y aumento de las recurrencias, comorbilidad médica y mortalidad^{3,5,20,24}.

La clasificación más ampliamente utilizada en psiquiatría es el DSM-IV (tabla 1²⁵). En algunos pacientes hay síntomas depresivos no clasificables según el DSM-IV, y que se conocen como *depresiones menores*, sub-sindrómicas o leves. Se asocian a un mayor riesgo de depresión mayor, in-

TABLA 1. Clasificación de los trastornos depresivos

Trastorno depresivo mayor
Trastorno distímico
Trastorno adaptativo con estado de ánimo mixto
Trastorno bipolar I
Trastorno bipolar II
Trastorno ciclotímico
Trastorno del estado de ánimo por enfermedad médica
Trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias

Tomado del DSM-IV²⁵.

TABLA 2. Causas reversibles de depresión en el anciano

Fármacos
Antihipertensivos (reserpina, clonidina, metildopa), sedantes-hipnóticos, anticomociales, antiparkinsonianos, estrógenos, corticoides, cocaína, anfetaminas, quimioterápicos, hipoglucemiantes, insulina, anticolinérgicos, bloqueadores beta, digoxina, diuréticos, antagonistas H ₂ , AINE
Alteraciones psiquiátricas
Ansiedad, parafrenia
Alteraciones endocrinas y metabólicas
Hipotiroidismo, hipertiroidismo «apático», hiper/hipocalcemia, hiper/hipokaliemia, hipomagnesemia, alteraciones del equilibrio ácido-base, hipoglucemias, hipercortisolismo, estados hiperosmolares, encefalopatía hepática, uremia, hipoxemia, hipercapnia por EPOC
Alteraciones nutricionales
Anemia, alcohol, déficit de vitamina B12 y fólico
Enfermedades neurológicas
Parkinson, ACVA, Alzheimer, hematoma subdural crónico, hemorragia subaracnoidea, ELA, EM, epilepsia del lóbulo temporal, HPN, TCE
Enfermedades cardiológicas
ICC, infarto de miocardio
Neoplasias
Tumores intracraneales, carcinoma de cabeza de páncreas, insulinooma, carcinoma pulmonar de células pequeñas, metástasis, leucemia
Infección
Neurosífilis, meningitis, neumonía, influenza, hepatitis, infección urinaria, VIH
Deprivación sensorial
Hipoacusia, disminución de agudeza visual

Modificado de referencias 2 y 31. AINE: antiinflamatorios no esteroideos; EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica; ACVA: accidente cerebrovascular agudo; ELA: esclerosis lateral amiotrófica; EM: esclerosis múltiple; HPN: hidrocefalia con presión normal; TCE: traumatismo craneoencefálico; ICC: insuficiencia cardíaca congestiva, y VIH: virus de la inmunodeficiencia humana.

capacidad y enfermedad médica, pero aún no se sabe cuál es la terapia más eficaz^{9,26}.

Envejecimiento y depresión

Hay distintos factores (biológicos, físicos, psicológicos y sociales) relacionados con el envejecimiento que predisponen a la depresión. Con la edad disminuye la actividad metabólica cerebral, con disminución de la síntesis y el metabolismo de neurotransmisores, como serotonina, dopamina y noradrenalina²⁷. La degeneración de sistemas colinérgicos y adrenérgicos provoca alteraciones de la función cognitiva, y puede desencadenar labilidad emocional y agresividad, que son manifestaciones iniciales de deterioro cognitivo y depresión. Se han encontrado datos biológicos en el anciano que lo confirman, como disminución del 5-hidroxiindolacético en el líquido cefalorraquídeo, propio de déficit serotoninérgico, y aumento de la unión a receptores *alfa*-2 plaquetarios, propio de déficit adrenérgico²⁸.

Conocemos, pues, características biológicas independientes, pero no la fisiopatología de la depresión en su conjunto. También influyen en la génesis de la depresión las pérdidas familiares (viudedad) y sociales (jubilación, cambios de ubicación).

Depresión asociada a enfermedades médicas

La relación es muy frecuente, aunque se desconoce el mecanismo de la asociación. La depresión podría provocar enfermedades físicas, pero también los pacientes con enfermedades graves pueden desarrollar síntomas depresivos²⁹. Los principales predictores de depresión en ancianos físicamente enfermos son una historia psiquiátrica positiva, y la gravedad de la enfermedad médica en sí^{6,30}. Las causas orgánicas de depresión se describen en la **tabla 2**³¹. Antes de iniciar el tratamiento de los síntomas depresivos, hay que asegurarse de que no hay patología orgánica asociada, sobre todo si es poten-

cialmente tratable. Debemos mantener la sospecha diagnóstica ante cuadros depresivos de evolución tórpida, sin antecedentes y con mala respuesta al tratamiento⁸. El tratamiento antidepresivo puede mejorar sintomáticamente a estos pacientes, ya que la depresión coexistente aumenta el grado de incapacidad funcional, la utilización de recursos sanitarios y reduce la eficacia de la rehabilitación³²⁻³⁷. Si no se reconoce y se trata, se dificulta la recuperación de la enfermedad^{29,38}.

Depresión frente a demencia

Es difícil realizar el diagnóstico diferencial entre ambas entidades. Un 20-30% de los pacientes con demencia pueden ser etiquetados de un trastorno afectivo, bien como una reacción psicológica ante la pérdida de capacidades o como una coincidencia causal como en los infartos del lóbulo frontal izquierdo, o bien como 2 entidades distintas³⁹. Los pacientes con demencia que sufren síntomas depresivos presentan más trastornos de conducta y mayor incapacidad funcional^{21,40}.

Por otro lado, en el curso de la depresión pueden manifestarse trastornos cognitivos, aunque menos de un 10% de los ancianos deprimidos tienen un deterioro cognitivo que pueda ser confundido con una demencia²⁰. Los déficits cognitivos suelen ser trastornos de la atención y de la concentración, y fallos en la memoria de fijación, mientras conservan el resto de funciones mentales. Este cuadro se conoce como *seudodemencia depresiva*, término descriptivo que no aparece en las clasificaciones clínicas actuales. Cuando mejoran los síntomas depresivos, suelen hacerlo las alteraciones cognitivas, pero recientemente se ha comprobado que la depresión con trastornos cognitivos es un predictor de aparición de demencia irreversible, aumentando 4 veces la posibilidad de desarrollar dicho cuadro⁴¹.

Suicidio

Las tasas de suicidio son más elevadas en el anciano (un 20% de los suicidios en Estados Unidos se producen en mayores de 65 años)⁴² y la depresión es la enfermedad psiquiátrica más relacionada con él. Sin embargo, las tasas de suicidio en ancianos están infraestimadas debido a la utilización de métodos que pasan des-

TABLA 3. Factores de riesgo para suicidio en el anciano

Vivir solo
Sexo masculino
Separado o viudo
Bajo nivel económico
Raza blanca
Abuso de alcohol o drogas
Otras enfermedades psiquiátricas
Ideación suicida
Intentos autolíticos previos
Historia de conductas violentas
Enfermedades médicas

Adaptada de referencias 3 y 20.

apercibidos, como conductas pasivas o silenciosas (interrupción de medicaciones vitales, rechazo a la ingesta, etc.). La relación entre tentativa de suicidio y suicidio consumado es mayor que en cualquier otro grupo de edad (20:1 en la población general frente a 4:1 en los ancianos)⁸. Los factores de riesgo para suicidio en la persona mayor se reflejan en la **tabla 3**^{3,20}. Los ancianos eligen más frecuentemente métodos violentos. En orden de frecuencia utilizan fármacos (analgésicos, sedantes y antidepresivos), ahorcamiento, asfixia y defenestración⁴³. Siempre debemos preguntar al deprimido si existen posibles pensamientos autolíticos⁴⁴.

Diagnóstico

El diagnóstico de la depresión continúa siendo puramente clínico. Ya vimos que es más complejo que en personas jóvenes, por el solapamiento con patología orgánica y las características propias del envejecimiento. En cualquier caso, debemos utilizar criterios aceptados (DSM-IV, CIE-10) para clasificarla. El diagnóstico se basa en la historia clínica y la exploración física. Entre las *pruebas complementarias* deben estudiarse glucemia, iones y calcio séricos, función renal y hepática, series hematológicas, velocidad de sedimentación, sedimento de orina e incluso función tiroidea y vitamina B₁₂^{2,5}. El diagnóstico se puede apoyar en *tests psicológicos*, que proporcionan una medida basal para ver la evolución del proceso y la respuesta al tratamiento. El más utilizado es la Escala de Depresión Geriátrica (GDS) de Yesavage⁴⁵, porque está diseñada específicamente para ancianos. Dismi-

nuye el número de cuestiones sobre salud física, que producen en éstos muchos falsos positivos, debido a la mayor prevalencia de quejas somáticas reales. Ha sido validada una versión reducida de 15 preguntas, probablemente más práctica^{46,47}.

Evolución y pronóstico

Algunos estudios describieron que la evolución de un cuadro depresivo en un paciente mayor es similar a la de los pacientes jóvenes^{3,48}. Aproximadamente un tercio se recuperan completamente, otro tercio sólo se recupera parcialmente o recae y el tercio restante permanece continuamente enfermo⁴⁹. En estudios más modernos se ha visto que las recurrencias son frecuentes en los ancianos^{50,51}, y que alrededor de un 40% sigue con síntomas depresivos a lo largo del tiempo^{52,53}. Aun cuando la depresión sea adecuadamente tratada, el pronóstico puede ser menos favorable que en los jóvenes^{54,55}. Los ancianos consiguen menos recuperaciones totales de un episodio depresivo mayor, y suelen tener dificultades para retornar a su estilo de vida previo. La depresión se asocia con un deterioro significativo en el bienestar y el funcionamiento del paciente, independientemente de la severidad de la depresión⁵⁶⁻⁶⁰. Además, ésta provoca un incremento de la mortalidad en el anciano, tanto relacionada con la elevada prevalencia de suicidios como de enfermedades médicas⁶⁰⁻⁶³.

Tratamiento

Hoy día nadie discute la necesidad de tratar la depresión mayor en el anciano, aunque sí hay dudas respecto a las depresiones menores. Los objetivos del tratamiento son: aliviar los síntomas depresivos, disminuir el riesgo de recaída y recurrencia, mejorar la calidad de vida y el estado de salud y reducir los costes sanitarios y la mortalidad³. Entre las modalidades de tratamiento destacan el tratamiento farmacológico (antidepresivos), la psicoterapia y la terapia electroconvulsiva (TEC).

Antidepresivos

Son más efectivos que el placebo, y en general no presentan diferencias en cuanto a su eficacia^{3,64-68} (un 50% responde a un primer fármaco y un 25% más lo hace a un cambio de tra-

tamiento)⁵. Existen pocos estudios diseñados específicamente en ancianos⁶⁹; la mayoría de los datos se extrapolan de estudios en pacientes jóvenes ambulatorios, que no comportan la complejidad de los pacientes ancianos hospitalizados^{3,21,57,67,70}. Los antidepresivos están claramente indicados en depresiones que provocan gran incapacidad funcional y que pueden interferir en la recuperación de otras enfermedades. Una respuesta significativa ocurre muchas veces más tarde que en jóvenes y supone al menos 6-12 semanas de tratamiento para valorar su eficacia.

Antidepresivos tricíclicos (ADT). Son efectivos en el tratamiento de la depresión en el anciano⁷¹. Un estudio reciente sugiere que consiguen resultados más favorables que los inhibidores de la recaptación de serotonina en depresiones severas en pacientes hospitalizados⁷². Su mecanismo de acción consiste en el bloqueo de la recaptación de noradrenalina y serotonina por los terminales presinápticos, pero también muestran afinidad por receptores postsinápticos (muscarínicos, alfa-1 y 2 adrenérgicos, histamínicos)^{73,74}. Ello explica sus numerosos efectos secundarios, a los que son más vulnerables los ancianos⁷⁵ (**tabla 4**⁷⁴⁻⁷⁹). La *cardiotoxicidad* es más preocupante en el anciano porque es mayor la prevalencia de enfermedades cardiovasculares⁷⁶, aunque se piensa que el riesgo es mínimo en ausencia de enfermedad cardíaca. Las aminas secundarias (nortriptilina y desipramina) tienen, en general, efectos adversos más leves y menos interacciones farmacodinámicas que las aminas terciarias (imipramina, amitriptilina, clorimipramina y doxepina)^{4,15,65,67,77}. Para muchos autores la nortriptilina es el ADT de elección en el anciano, porque es bastante seguro en cardiopatas y produce menos hipotensión, aunque tiene efectos anticolinérgicos y es sedante^{50,69,78}. En general, el anciano responde a dosis menores que el adulto, que si son repartidas pueden tolerarse mejor^{79,80}.

RIMA: moclobemida. Los inhibidores de las monoaminooxidasas (IMAO) son fármacos efectivos en el anciano, pero poco utilizados por su mala tolerancia^{1,76,81}. La moclobemida es el primer antidepresivo que inhibe sólo la MAO-A de forma reversible, de forma que únicamente produce cam-

TABLA 4. Efectos secundarios de los antidepresivos tricíclicos de importancia en el anciano

Cardiotoxicidad
Efecto semejante a quinidina (inotropo negativo)
Retraso en la conducción intraventricular
Hipotensión ortostática
Por bloqueo alfa-1 adrenérgico
Riesgo de caídas
Evitar amitriptilina y doxepina
Sedación
Por efecto antihistamínico
Evitar amitriptilina, clomipramina, doxepina
Efectos anticolinérgicos periféricos
Visión borrosa, estreñimiento, retención urinaria, sequedad de boca, taquicardia
Efectos anticolinérgicos centrales
Alteración de memoria y concentración, confusión, agitación
Evitar amitriptilina, imipramina, doxepina, clomipramina

Adaptada de referencias 74-79.

TABLA 5. Efectos adversos de los inhibidores de la recaptación de serotonina

Efecto adverso	Fármacos más frecuentes
Náusea	Fluvoxamina y otros
Diarrea	Sertralina
Pérdida de peso	Fluoxetina, sertralina
Anorexia	Fluoxetina
Ansiedad y agitación	Fluoxetina
Insomnio	Fluoxetina y otros
Somnolencia	Paroxetina
Cefalea	Todos
Efectos muscarínicos (estreñimiento, sequedad de boca)	Paroxetina
Disfunción eyaculatoria	Paroxetina
Tendencia hemorrágica	Fluoxetina, fluvoxamina, Paroxetina
Hiponatremia	Todos
Bradicardia	Todos
Inestabilidad postural	Todos
Efectos extrapiramidales	Todos (poco frecuentes)
Efecto psicomotor neutro	Todos
Sobredosis poco peligrosa	Todos

Adaptada de referencias 16, 38, 67, 89 y 91-98.

bios en la tensión arterial sistólica con dosis muy altas de tiramina. Tiene un posible papel en la depresión atípica y refractaria en el anciano⁸⁰, sobre todo si existe deterioro mental, por su escaso poder anticolinérgico y porque podría mejorar aspectos cognitivos concretos⁸²⁻⁸⁴.

Inhibidores de la recaptación de serotonina (ISRS). Inhiben la recaptación de serotonina en los terminales presinápticos, con lo que mejoran la transmisión serotoninérgica. No se

unen a receptores centrales o periféricos, con lo que muestran pocos efectos adversos⁸⁵⁻⁸⁸; la mayoría son dosis-dependientes y limitados en el tiempo^{5,38,89-98} (tabla 5^{16,38,67,89,91-98}). Además, los pacientes que suspenden un ISRS por sus reacciones adversas pueden tolerar otro fármaco del mismo grupo¹. El mejor perfil de efectos secundarios frente a ADT y la efectividad demostrada hacen que muchos autores consideren a los ISRS como los antidepresivos de elección en el anciano^{86,87,99,100}, pero

carecemos de estudios que confirmen su eficacia en pacientes muy mayores, frágiles, hospitalizados y en cuadros severos^{64,80}. Además los estudios de tolerancia se han realizado comparando ISRS con aminas terciarias, cuyos efectos secundarios son muy importantes^{67,101}. En general se recomienda en el anciano iniciar el tratamiento con dosis menores que en jóvenes, con aumento gradual hasta alcanzar la dosis terapéutica^{4,5}, sobre todo con paroxetina, fluoxetina y citalopram, que tienen disminuido su aclaramiento y alcanzan concentraciones plasmáticas más altas en el anciano¹⁰².

Todos los ISRS inhiben la isoenzima 2D6 del citocromo P-450 hepático. Paroxetina, fluoxetina y norfluoxetina son potentes inhibidores, por lo que pueden provocar graves interacciones con fármacos que son su sustrato (como antiarrítmicos del tipo Ic, neurolépticos, opiáceos, otros ISRS o ADT)^{90,103}. Fluvoxamina es un potente inhibidor de la isoenzima 1A2, por lo que habrá que disminuir las dosis de ADT, paracetamol, tacrina, cafeína y teofilinas administrados simultáneamente¹⁰³. Citalopram, en cambio, es el inhibidor menos potente del citocromo P-450³⁸.

La *fluoxetina* tiene una vida media ($v_{1/2}$) muy larga (2-3 días, mayor en ancianos) y un metabolito activo, norfluoxetina, cuya $v_{1/2}$ se prolonga hasta 7-15 días. Por ello hay autores que opinan que no es la mejor opción para el paciente anciano⁵, porque prolonga en el tiempo los posibles efectos adversos o interacciones del fármaco¹⁰⁴. La *paroxetina* no posee metabolitos activos¹⁰⁵ y tiene una $v_{1/2}$ más corta (24 horas)^{80,106}, pero es el inhibidor más potente del citocromo P-450. La *sertralina* se diferencia porque presenta una farmacocinética lineal, de forma que sus concentraciones plasmáticas aumentan proporcionalmente al incremento de dosis¹⁰⁷; por ello no requiere ajuste de dosis en el anciano. Tiene una $v_{1/2}$ de 26 horas, pero su metabolito activo, la desmetilsertralina, prolonga su $v_{1/2}$ hasta las 66 horas. Puede alcanzar concentraciones estables en 1-2 semanas, con lo que el comienzo de acción podría ser más rápido que con otros antidepresivos, pero aún no se ha establecido la dosis más efectiva^{2,4,86}. La *fluvoxamina* no tiene metabolitos activos y su $v_{1/2}$ es de 15 horas¹⁰⁸⁻¹¹⁰. El *citalopram* está aún poco estudiado en ancianos⁹⁴.

Otros antidepresivos. La *venlafaxina*, inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina y noradrenalina (ISRSN) no presenta afinidad por otros receptores, por lo que se tolera bien en general y podría ser útil en el anciano¹¹¹.

La *trazodona* es un fármaco que interacciona de un modo complejo con los sistemas serotoninérgicos^{73,112}. Entre sus efectos adversos destacan la hipotensión ortostática, el priapismo y sedación importante que puede producir déficit cognitivos¹¹³. Fue recomendado en el anciano por la escasez de efectos anticolinérgicos y sobre la conducción cardíaca. Su utilidad es máxima en depresiones agitadas. El problema es que tiene una acción poco predecible, y que su $v_{1/2}$ es corta (3-9 horas), por lo que requiere varias dosis diarias.

La *nefazodona* es un derivado fenilpiperacínico, como la trazodona. No bloquea los receptores alfa-1-adrenérgicos como aquélla, con lo que no provoca hipotensión ortostática ni sedación¹¹⁴, pero puede inhibir el metabolismo de fármacos por la isoenzima CYP 3A3-4 (terfenadina, astemizol y cisapride).

Psicoestimulantes (metilfenidato)

Es un derivado piperidínico con efectos estimulantes del sistema nervioso central semejantes a los de las anfetaminas. No es un antidepresivo, pero es efectivo para mejorar la motivación, el interés por la vida y las actividades placenteras, y podría ser especialmente útil en ancianos con enfermedades orgánicas graves que contraindican el uso de antidepresivos¹¹⁵. Se ha empleado como test diagnóstico de depresión en enfermos graves, ya que el paciente responde a las 24-48 horas si está deprimido¹¹⁶. Los pacientes respondedores podrían hacerlo igualmente al ADT de perfil adrenérgico (imipramina, nortriptilina)¹¹⁵. El problema es que reduce su eficacia a los 40 días de tratamiento. Los efectos adversos (aumento de la tensión arterial, de la frecuencia cardíaca, insomnio o hiperactividad) son menos importantes de lo que se pensaba; de todos modos, es conveniente su manejo intrahospitalario.

Psicoterapia

Los tratamientos biológicos no son capaces de resolver todos los problemas asociados con la depresión en el

anciano o pueden ser mal tolerados. Los acontecimientos vitales estresantes, los cambios en el estilo de vida y las enfermedades crónicas pueden requerir un soporte psicosocial. Además, en muchos casos, los antidepresivos consiguen mejores resultados si se asocian a psicoterapia^{117,118}. Las técnicas psicoterápicas son moderadamente efectivas en depresiones leves y moderadas, aunque no hay estudios en los muy ancianos ni en enfermedades médicas³. Las discapacidades físicas (visuales o auditivas) y el deterioro cognitivo dificultan su utilización. Las técnicas más útiles en el anciano son las de modificación de conducta y las cognitivas¹¹⁹.

Terapia electroconvulsiva (TEC)

Es un tratamiento efectivo a corto plazo y bastante seguro en el anciano^{3,120,121}. Está indicado en depresiones severas, en las que se pretende una recuperación rápida (depresiones delirantes, con ideación suicida, o con negativa a la ingesta), en las que fracasa el tratamiento farmacológico, o en las que están contraindicados los antidepresivos^{2,20,21,120,122}. Las ventajas que presenta son que produce un alivio más rápido de los síntomas que los ADT, que origina una mejoría cognitiva al mejorar los síntomas depresivos, mayor incluso en ancianos¹²³ y que la mortalidad es muy baja (1/10.000 tratados)¹²⁴. Podría ser un tratamiento más efectivo en ancianos que en gente joven¹²³. Los problemas que comporta son la amnesia anterógrada, de corta duración (6 meses), la confusión post-TEC (más importante en el muy anciano)³ y la alta frecuencia de recaídas post-TEC (más del 50% al año de seguimiento)². La TEC puede ser administrada con seguridad a ancianos con una monitorización cuidadosa¹²⁵. Está en estudio el tratamiento de mantenimiento con TEC o antidepresivos¹²⁶.

Tratamiento de continuación y mantenimiento

La respuesta al tratamiento en el anciano es la misma que en el adulto, pero el riesgo de recaídas puede ser algo mayor¹²⁷. La depresión mayor en el anciano es probablemente una enfermedad crónica, y si no una enfermedad recurrente¹²⁸. En el anciano, el alto riesgo de cronificación lle-

va a muchos clínicos a mezclar el tratamiento de continuación (que persigue la consolidación de la remisión del cuadro) con el de mantenimiento o profiláctico¹²⁸⁻¹³¹. El tratamiento de continuación debe prolongarse 6 meses tras la recuperación después de un primer episodio^{132,133} y un mínimo de 12 meses después de un segundo episodio^{3,9}. Algunos autores recomiendan mantener el tratamiento después de un segundo episodio indefinidamente, aunque habría que valorar el riesgo/beneficio de un tratamiento tan prolongado en el anciano^{9,128}. Hay evidencias que indican que el tratamiento de mantenimiento protege más contra las recurrencias si se mantiene la dosis que fue efectiva en el tratamiento agudo^{2-4,9,80,129}. Han demostrado su eficacia tanto los ADT como los ISRS^{51,134}. Una alternativa al tratamiento profiláctico sería monitorizar la reaparición de síntomas depresivos durante el primer año desde la recuperación, dado que la mayoría de recaídas ocurren en ese período¹³⁵. El problema estriba en que es posible que en un nuevo episodio el tratamiento no sea tan efectivo como lo fue durante una profilaxis prolongada e ininterrumpida.

Conclusiones

La depresión en el anciano puede pasar inadvertida en nuestra práctica clínica diaria, cuando son muchos los beneficios que se obtendrían con un diagnóstico y tratamiento adecuados. Es importante conocer sus manifestaciones sintomáticas para detectarla precozmente y reducir su impacto sobre la independencia y la mortalidad del paciente. Existen fármacos seguros y razonablemente efectivos que, asociados a psicoterapia y/o TEC, permiten controlar los síntomas y mejorar la función del anciano deprimido.

Bibliografía

1. Mendels J. Clinical management of the depressed geriatric patient: current therapeutic options. *Am J Med* 1993; 94: 13-18.
2. Koenig HG, Blazer DG, Hocking LB. Depression, anxiety and other affective disorders. En: Cassel CK, Cohen HJ, Larson EB, Meier DE, Resnick NM, Rubenstein LZ et al, editores. *Geriatric*

- medicine (3.^a ed.). Nueva York: Springer-Verlag, 1997; 949-965.
3. NIH Consensus Panel on Diagnosis and Treatment of Depression in Late Life. Diagnosis and treatment of depression in late life. *JAMA* 1992; 268: 1018-1024.
4. Reynolds CF III. Treatment of depression in late life. *Am J Med* 1994; 97 (Supl 6A): 39-46.
5. Shua-Haim JR, Sabo MR, Comsti E, Gross JS. Depression in the Elderly. *Hospital Medicine* 1997; 33: 45-58.
6. Koenig HG, Meador KG, Shelp F. Depressive disorders in hospitalized medically ill patients: a comparison of young and elderly men. *J Am Geriatr Soc* 1991; 39: 881-890.
7. Parmelee PA, Katz IR, Lawton MP. Depression among institutionalized elderly: assessment and prevalence estimation. *J Gerontology* 1989; 44: 22-26.
8. Cid Sanz M. Síndrome depresivo. En: *Grandes síndromes geriátricos. Programa de Formación Continuada en Geriatría para Médicos de Atención Primaria. Tercera unidad didáctica*. Barcelona: Ferrer Internacional, 1996.
9. Lebowitz BD, Pearson JL, Schneider LS, Reynolds CF III, Alexopoulos GS, Bruce ML et al. Actualización y tratamiento de la depresión en los ancianos. *JAMA* (ed. esp.) 1998; 7: 162-167.
10. Koenig HG, Blazer DG. Epidemiology of geriatric affective disorders. *Clin Geriatr Med* 1992; 8: 235-251.
11. Zunzunegui MV, Beland F, Llaca A, León V. Gender differences in depressive symptoms among Spanish elderly. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1998; 33: 195-205.
12. Blazer DG, Hughes DC, George LK. The epidemiology of depression in an elderly community population. *Gerontologist* 1987; 27: 281-287.
13. Yesavage JA. Depression in the elderly. *Postgrad Med* 1992; 91: 255-261.
14. Bair BD. Frequently missed diagnosis in geriatric psychiatry. *Psychiatr Clin North Am* 1998; 21: 941-971.
15. Raskind MA. Geriatric psychopharmacology. *Psychiatric Clin North Am* 1993; 16: 815-827.
16. Reynolds CF III. Depresión: diagnóstico y tratamiento con inhibidores de la recaptación de la serotonina. *Modern Geriatrics* 1997; 9: 63-68.
17. Meyers BS. Geriatric depression. *Curr Opin Psychiatry* 1994; 7: 337-341.
18. Koenig JG, Cohen HJ, Blazer DG, Krishnan KRR, Siber TE. Profile of depressive symptoms in younger and older inpatients with major depression. *J Am Geriatr Soc* 1993; 49: 1169-1176.
19. Blazer D. Depression in the elderly. *N Engl J Med* 1989; 320: 164-166.
20. Blazer DG. Depression in the elderly. *Hosp Pract* 1994; 18: 37-44.
21. Katona CLE. Tratando la depresión en el anciano. En: Feighner JP, Boyer WF, editores. *Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina* (2.^a ed.). Chichester: Wiley & Sons, 1996; 187-215.
22. Greenwald BS, Kramer-Ginsberg E, Krishnan KR, Ashtari M, Auerbach C, Patel M. Neuroanatomic localization of magnetic resonance imaging signal hyperintensities in geriatric depression. *Stroke* 1998; 29: 613-617.
23. Hirono N, Mori E, Ishii K, Ikejiri Y, Imamura T, Shimomura T et al. Frontal lobe hypometabolism and depression in Alzheimer's disease. *Neurology* 1998; 50: 380-383.
24. Alexopoulos GS, Meyers BS, Young RC, Kakuma T, Silbersweig D, Charlson M. Clinically defined vascular depression. *Am J Psychiatry* 1997; 154: 562-565.
25. DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de las enfermedades mentales. Barcelona: Masson, 1995.
26. Tannock C, Katona C. Minor depression in the aged: concepts, prevalence and optimal management. *Drugs Aging* 1995; 6: 278-292.
27. Alexopoulos GS, Young RC, Meyers BS. Late-onset depression. *Psychiatr Clin North Am* 1988; 11: 101-115.
28. Schneider LS. Psychobiologic features of geriatric affective disorder. *Clin Geriatr Med* 1992; 8: 253-265.
29. Finch EJJ, Ramsay R, Katona CLE. Depression and physical illness in the elderly. *Clin Geriatr Med* 1992; 8: 275-287.
30. Rapp SR, Davis KM. Geriatric depression: physicians' knowledge, perceptions, and medical admissions. *Gerontologist* 1989; 29: 252-257.
31. Yesavage J. Differential diagnosis between depression and dementia. *Am J Med* 1993; 94: 23-28.
32. Katz IR. On the inseparability on mental and physical health in aged persons: lessons from depression and medical comorbidity. *Am J Geriatr Psychiatry* 1996; 4: 1-16.
33. Pérez-Stable EJ, Miranda J, Muñoz RF, Ying YW. Depression in medical outpatients. *Arch Intern Med* 1990; 150: 1083-1088.
34. Koenig HG, Shelp F, Veeraindar G. Survival and health care utilization in elderly medical inpatients with major depression. *J Am Geriatr Soc* 1989; 37: 599-606.
35. Meyers BS, Alexopoulos GS. Geriatric depression. *Med Clin North Am* 1988; 72: 847-866.
36. Badger TA. Depression, physical health impairment and service use among older adults. *Public Health Nurs* 1998; 15: 136-145.
37. Ormel J, Kempen GI, Deeg DJ, Brilman EI, Van Sonderen E, Relyveld J. Functioning, well-being, and health perception in late middle-aged and older people: comparing the effects of depressive symptoms and chronic medical conditions. *J Am Geriatr Soc* 1998; 46: 39-48.
38. Skerrett U, Evans R, Montgomery SA. Selective serotonin reuptake inhibitors in older patients. A tolerability perspective. *Drugs Aging* 1997; 10: 209-218.
39. Kramer SI, Reifler BV. Depression, dementia, and reversible dementia. *Clin Geriatr Med* 1992; 8: 289-297.
40. Ritchie K, Touchon J, Ledesert B. Progressive disability in senile dementia is accelerated in the presence of depression. *Int J Geriatr Psychiatry* 1998; 13: 459-461.
41. Alexopoulos GS, Meyers BS, Young RC, Mattis S, Kakuma T. The course of geriatric depression with reversible dementia. *Am J Psychiatry* 1993; 150: 1693-1699.
42. Blazer DG, Bachar JR, Manton KG. Suicide in late life: review and commentary. *J Am Geriatr Soc* 1986; 34: 519-525.
43. Catell H, Holey DJ. One hundred cases of suicide in elderly people. *Br J Psychiatry* 1995; 166: 451-457.
44. Callahan CM, Hendrie HC, Nienaber NA, Tierney WM. Suicidal ideation among older primary care patients. *J Am Geriatr Soc* 1996; 44: 1205-1209.
45. Yesavage JA, Brink TL, Rose TL, Lum O, Huang V, Adey M et al. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *J Psychiatr Res* 1983; 17: 37-49.
46. D'Ath P, Katona P, Mullan M, Evans S, Katona C. Screening, detection and management of depression in elderly primary care attenders. 1: The acceptability and performance of the 15 item Geriatric Depression Scale (GDS 15) and the development of short versions. *Family Practice* 1994; 11: 260-266.
47. Sheikh JI, Yesavage JA. Geriatric depression scale (GDS): recent evidence and development of a shorter version. *Clin Gerontologist* 1986; 5: 165-173.
48. Brodaty H, Harris L, Peters K, Wilhelm I, Hickie P, Boyce P et al. Prognosis of depression in the elderly. A comparison with younger patients. *Br J Psychiatry* 1993; 163: 589-596.
49. Millard PH. Depression in old age. *BMJ* 1983; 287: 375-376.
50. McCue RE. Using tricyclic antidepressants in the elderly. *Clin Geriatr Med* 1992; 8: 323-334.
51. Reynolds CF III, Frank E, Perel JM, Imber SD, Cornes C, Miller MD et al. Nortriptyline and interpersonal psychotherapy as maintenance therapies for recurrent major depression. *JAMA* 1999; 281: 39-45.
52. Koenig HG, Goli V, Shelp F. Major depression in hospitalized medically ill men: documentation, treatment, and prognosis. *Int J Geriatr Psychiatry* 1992; 7: 25-34.
53. Baldwin RC, Jolley DJ. The prognosis of depression in old age. *Br J Psychiatry* 1986; 149: 574-580.
54. Murphy E. The prognosis of depression in old age. *Br J Psychiatry* 1983; 142: 111-119.
55. Alexopoulos GS, Chester JG. Outcomes of geriatric depression. *Clin Geriatr Med* 1992; 8: 363-375.
56. Rovner BW. Depression and increased risk of mortality in the nursing home patient. *Am J Med* 1993; 94: 19-22.

57. Rigler SK, Studenski S, Duncan PW. Pharmacologic treatment of geriatric depression: Key issues in interpreting the evidence. *J Am Geriatr Soc* 1998; 46: 106-110.
58. Wells KB, Stewart A, Hays RD, Burnam A, Rogers W, Daniel M et al. The functioning and well-being of depressed patients: results from the Medical Outcomes Study. *JAMA* 1989; 262: 914-919.
59. Lyness JM, Caine ED, Conwell Y, King DA, Cox C. Depressive symptoms, medical illness and functional status in depressed psychiatric inpatients. *Am J Psychiatry* 1993; 150: 910-915.
60. Penninx BW, Guralnik JM, Ferrucci L, Simonsick M, Deeg DJ, Wallace RB. Depressive symptoms and physical decline in community-dwelling older persons. *JAMA* 1998; 279: 1720-1726.
61. Musselman DL, Evans DL, Nemeroff CB. The relationship of depression to cardiovascular disease. *Arch Gen Psychiatry* 1998; 55: 580-592.
62. Glass RM. Treating depression as a recurrent or chronic disease [editorial]. *JAMA* 1999; 281: 83-84.
63. Fredman L, Magaziner J, Hebel JR, Hawkes W, Zimmerman SI. Depressive symptoms and 6-year mortality among elderly community-dwelling women. *Epidemiology* 1999; 10: 54-59.
64. Menting JEA, Honig A, Verhey FRJ, Hartmans M, Rozendaal M, De Vet HCW et al. Selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs) in the treatment of elderly depressed patients: a qualitative analysis of the literature on their efficacy and side-effects. *Int Clin Psychopharmacol* 1996; 11: 165-175.
65. Anstey K, Brodaty H. Antidepressants and the elderly: double-blind trials 1987-1992. *Int J Geriatr Psychiatry* 1995; 10: 265-279.
66. McCusker J, Cole M, Keller E, Bellavance F, Berard A. Effectiveness of treatments of depression in older ambulatory patients. *Arch Intern Med* 1998; 158: 705-712.
67. Flint AJ. Choosing appropriate antidepressant therapy in the elderly. *Drugs Aging* 1998; 13: 269-280.
68. Mittmann N, Herrmann N, Einarson TR. The efficacy, safety and tolerability of antidepressants in late life depression: a meta-analysis. *J Affect Disord* 1997; 46: 191-217.
69. Salzman C. Pharmacologic treatment of depression in the elderly. *J Clin Psychiatry* 1993; 54 (Supl 2): 23-28.
70. Finkel SI. Efficacy and tolerability of antidepressant therapy in the old-old. *J Clin Psychiatry* 1996; 57 (Supl 2): 23-28.
71. Blazer DG. Síndromes depresivos en geriatría. Barcelona: Doyma, 1984.
72. Roose SP, Glassman AH, Attia E, Woodring S. Comparative efficacy of SSRI and tricyclics in the treatment of melancholia. *Am J Psychiatry* 1994; 151: 1735-1739.
73. Preskorn SH. Recent pharmacologic advances in antidepressant therapy for the elderly. *Am J Med* 1993; 94: 2-12.
74. Davis JM, Glassman AH. Antidepressant drugs. En: Kaplan HI, Sadock BJ, editores. *Comprehensive textbook of psychiatry* (5.ª ed.). Baltimore: Williams & Wilkins, 1989; 1627-1655.
75. Nolan L, O'Malley K. Adverse effects of antidepressants in the elderly. *Drugs Aging* 1992; 2: 450-458.
76. Halper JP, Mann JJ. Cardiovascular effects of antidepressant medications. *Br J Psychiatry* 1988; 153 (Supl 3): 87-98.
77. Nelson JC. Current status of tricyclic antidepressants in psychiatry: their pharmacology and clinical applications. *J Clin Psychiatry* 1991; 52: 193-200.
78. Aisen PS. Medical evaluation of the elderly psychiatric patient. *Mount Sinai J Med* 1991; 58: 85-90.
79. Cadieux RJ. Geriatric psychopharmacology. A primary care challenge. *Postgrad Med* 1993; 93: 281-301.
80. Hay DP, Rodríguez MM, Franson KL. Treatment of depression in late life. *Clin Geriatr Med* 1998; 14: 33-46.
81. Salzman C. Monoamine oxidase inhibitors and atypical antidepressants. *Clin Geriatr Med* 1992; 8: 335-348.
82. Freeman H. Moclobemide. *Lancet* 1993; 342: 1528-1532.
83. Pancheri P, Delle Chiaie R, Donnini M, Seripa S, Gambino C, Vicario E et al. Effects of moclobemide on depressive symptoms and cognitive performance in a geriatric population: A controlled comparative study versus imipramine. *Clin Neuropharmacol* 1994; 17 (Supl 1): 58-73.
84. Angst J, Stahl M. Efficacy of moclobemide in different patient groups: a meta-analysis of studies. *Psychopharmacology* 1992; 106: 109-113.
85. Tulloch IF, Johnson AM. The pharmacologic profile of paroxetine, a new selective serotonin reuptake inhibitor. *J Clin Psychiatry* 1992; 53 (Supl): 7-12.
86. Cohn CK, Shrivastava R, Mendels J, Cohn JB, Fabre LF, Claghorn JL et al. Double-blind, multicenter comparison of sertraline and amitriptyline in elderly depressed patients. *J Clin Psychiatry* 1990; 51 (Supl B): 28-33.
87. Dunner DL, Cohn JB, Walshe T III, Cohn CK, Feighner JP, Fieve RR et al. Two combined, multicenter double-blind studies of paroxetine and doxepine in geriatric patients with major depression. *J Clin Psychiatry* 1992; 53 (Supl): 57-60.
88. Feighner JP, Boyer WF, Meredith CH, Hendrickson G. An overview of fluoxetine in geriatric depression. *Br J Psychiatry* 1988; 153 (Supl 3): 105-108.
89. Cooper GL. The safety of fluoxetine: an update. *Br J Psychiatry* 1988; 153 (Supl 3): 77-86.
90. Gram LS. Fluoxetine. *N Engl J Med* 1994; 331: 1354-1361.
91. Boyer WF, Feighner JP. Seguridad y tolerancia de los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina. En: Feighner JP, Boyer WF, editores. *Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina* (2.ª ed.). Chichester: Wiley & Sons, 1996; 311-334.
92. Llorente MD, Gorelick M, Silverman MA. Sertraline as a cause of inappropriate antidiuretic hormone secretion. *J Clin Psychiatry* 1994; 55: 543-544.
93. Hussein S, Kaufman BN. Bradycardia associated with fluoxetine in an elderly patient with sick sinus syndrome. *Postgrad Med J* 1994; 70: 56.
94. Nyth AL, Gottfries CG. The clinical efficacy of citalopram in treatment of emotional disturbances in dementia disorders: a Nordic multicentre study. *Br J Psychiatry* 1990; 157: 894-901.
95. Flint AJ, Crosby J, Genik JL. Recurrent hyponatremia associated with fluoxetine and paroxetine [carta]. *Am J Psychiatry* 1996; 153: 134.
96. Hindmarch I, Shillingford J, Shillingford C. The effects of sertraline on psychomotor performance in elderly volunteers. *J Clin Psychiatry* 1990; 12 (Supl B): 34-36.
97. Sheline YI, Freedland KE, Carney RM. How safe are serotonin reuptake inhibitors for depression in patients with coronary heart disease? *Am J Med* 1997; 102: 54-59.
98. Roose SP, Laghrissi-Thode F, Kennedy JS, Nelson JC, Bigger JT Jr, Pollock BG et al. Comparison of paroxetine and nortriptyline in depressed patients with ischemic heart disease. *JAMA* 1998; 279: 287-291.
99. Song F, Freemantle N, House TA, Watson P, Long A. Selective serotonin reuptake inhibitors: meta-analysis of efficacy and acceptability. *BMJ* 1993; 306: 683-687.
100. Waintraub L. La depresión du sujet agé: reconnaissance et traitement. *Presse-Med* 1998; 27: 2129-2144.
101. Avorn J. Depression in the elderly - Falls and pitfalls [editorial]. *N Engl J Med* 1998; 339: 918-920.
102. Boyer WF, Feighner JP. Utilización práctica de los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina. En: Feighner JP, Boyer WF, editores. *Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina* (2.ª ed.). Chichester: Wiley & Sons, 1996; 335-347.
103. Broersen K, Rasmussen BB. Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina: farmacocinética e interacciones farmacológicas. En: Feighner JP, Boyer WF, editores. *Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina* (2.ª ed.). Chichester: Wiley & Sons, 1996; 93-114.
104. Orenge CA, Kunik ME, Molinari V, Workman RH. The use and tolerability of fluoxetine in geropsychiatric inpatients. *J Clin Psychiatry* 1996; 57: 12-16.
105. Dunbar GC. Paroxetine in the elderly: a comparative metanalysis against standard antidepressant pharmacotherapy. *Pharmacology* 1995; 51: 137-144.
106. Corby CL. Paroxetine: a review. *J Serotonin Res* 1997; 4: 47-64.

107. Preskorn SH. Pharmacokinetics of antidepressants: why and how is it relevant for treatment? *J Clin Psychiatry* 1993; 54 (Supl 9): 14-34.
108. Wilde MI, Plosker GI, Benfield P. Fluvoxamine. An update review of its pharmacology, and therapeutic use in depressive illness. *Drugs* 1993; 46: 895-924.
109. Benfield P, Ward A. Fluvoxamine: a review of its pharmacodynamic and pharmacokinetic properties, and therapeutic efficacy in depressive illness. *Drugs* 1986; 32: 313-334.
110. Wagner W, Plekkenpol B, Gray TE, Vlaskamp H, Essers H. Review of fluvoxamine safety database. *Drugs* 1992; 43 (Supl 2): 48-54.
111. Feighner JP. The role of venlafaxine in rational antidepressant therapy. *J Clin Psychiatry* 1994; 55 (9 Supl A): 62-68.
112. Richelson E. Pharmacology of antidepressants - characteristics of the ideal drug. *Mayo Clin Proc* 1994; 69: 1069-1081.
113. Beasley CM Jr, Dornseif BE, Pultz JA, Bosomworth JC, Sayler ME. Fluoxetine versus trazodone: efficacy and activating-sedating effects. *J Clin Psychiatry* 1991; 52: 294-299.
114. Van Laar MW, Van Willigenburg APP, Volkerts ER. Acute and subchronic effects of nefazodone and imipramine on highway driving, cognitive functions, and daytime sleepiness in healthy adults and elderly subjects. *J Clin Psychopharmacol* 1995; 15: 30-40.
115. Montejo Iglesias ML. Papel actual del empleo de psicoestimulantes en los trastornos afectivos. *Farmacología SNC* 1993; 7: 18-27.
116. Lazarus LW, Moberg PJ, Langsley PR. Methylphenidate and nortryptiline in the treatment of post-stroke depression: a retrospective comparison. *Arch Phys Med Rehab* 1994; 75: 403-406.
117. Hartman C, Lazarus LW. Psychotherapy with elderly depressed patients. *Clin Geriatr Med* 1992; 8: 355-362.
118. Kantor SJ. Depression: when is psychotherapy not enough? *Psychiatr Clin North Am* 1990; 13: 241-254.
119. Morris RG, Morris IW. Cognitive and behavioural approaches with the depressed elderly. *Int J Geriatr Psychiatry* 1991; 6: 407-413.
120. Greenberg L, Fink M. The use of electroconvulsive therapy in geriatric patients. *Clin Geriatr Med* 1992; 8: 349-354.
121. Benbow SM. The role of electroconvulsive therapy in the treatment of depressive illness in old age. *Br J Psychiatry* 1989; 155: 147-152.
122. Meyers BS. Geriatric delusional depression. *Clin Geriatr Med* 1992; 8: 299-308.
123. Wilkinson AM, Anderson DN, Peters S. Age and the effects of ECT. *Int J Geriatr Psychiatry* 1993; 8: 401-406.
124. Devanand DP, Krueger RB. Electroconvulsive therapy in the elderly. *Curr Opin Psychiatry* 1994; 7: 359-364.
125. Zielinski RJ, Roose SP, Devanand DP, Woodring S, Sackeim HA. Cardiovascular complications of ECT in depressed patients with cardiac disease. *Am J Psychiatry* 1993; 150: 904-909.
126. Dubin WR, Jaffe R, Roemer R, Siegel L, Shoyer B, Venditti ML. The efficacy and safety of maintenance ECT in geriatric patients. *J Am Geriatr Soc* 1992; 40: 706-709.
127. Reynolds CF III, Frank E, Kupfer DJ, Thase ME, Perel JM, Mazumdar S et al. Treatment outcomes in recurrent major depression: a post hoc comparison of elderly («young old») and midlife patients. *Am J Psychiatry* 1996; 153: 1288-1292.
128. Old Age Depression Interest Group. How long should the elderly take antidepressants? *Br J Psychiatry* 1993; 162: 175-182.
129. Montgomery SA. Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina en el tratamiento de la depresión a largo plazo. En: Feighner JP, Boyer WF, editores. *Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina* (2.ª ed.). Chichester: Wiley & Sons, 1996; 127-140.
130. Greden JF. Antidepressant maintenance medications: when to discontinue and how to stop. *J Clin Psychiatry* 1993; 54 (Supl 8): 39-45.
131. Ames D, Allen N. The prognosis of depression in old age: good, bad or indifferent? *Int J Geriatr Psychiatry* 1991; 6: 477-481.
132. WHO Mental Health Collaborating Centres. Pharmacotherapy of depressive disorders. A consensus statement. *J Affect Disord* 1995; 17: 197-198.
133. Dunner DL. Therapeutic considerations in treating depression in the elderly. *J Clin Psychiatry* 1994; 55: 48-58.
134. Keller MB, Kocsis JH, Thase ME, Gelenberg AJ, Rush AJ, Koran L et al. Maintenance phase efficacy of sertraline for chronic depression. *JAMA* 1998; 280: 1665-1672.
135. Tallis R. How long should the elderly patients take antidepressants? *Lancet* 1993; 341: 1444-1445.