



***DEPRESION EN EL ANCIANO
UN PROBLEMA FRECUENTE
CON IMPLICACIONES
PRONOSTICAS***

**II Reunión Paciente Pluripatológico y Edad Avanzada
El Rompido, Huelva**



Generalitat de Catalunya
Departament de Salut

 **Bellvitge**
Hospital

 Institut Català
de la Salut




**LA DEPRESION
SERA
LA PRIMERA
CAUSA DE
DISCAPACIDAD
EN EL MUNDO**

(OMS)

Depresión en el anciano

Introducción: etiología.

- **La jubilación y la consiguiente pérdida de nivel económico.**
- **La aparición de enfermedades físicas, muchas de ellas muy discapacitantes (situación de dependencia).**
- **La viudedad y los fallecimientos de familiares y amigos que favorecen la soledad.**
- **Factores de riesgo biológicos.** 

Depresión en el anciano

FACTORES DE RIESGO BIOLÓGICOS.

- Envejecimiento cerebral: Frecuente la hipofunción de tres sistemas de neurotransmisión, implicados en la génesis de la depresión: noradrenérgico, serotoninérgico y dopaminérgico.
- Lesiones vasculares en sustancia blanca cerebral: fundamentalmente a nivel de corteza prefrontal dorsolateral.
- Genéticos. Menos evidentes en la depresión muy tardía
- Género. Más frecuente en mujeres, posteriormente se iguala la proporción y a partir de los 80 más frecuente en varón.

Depresión en el anciano

Introducción: factores de riesgo identificados en el anciano.

- **Depresión antigua**
- **Presencia de enfermedad física**
- **Dolor crónico**
- **Experiencias recientes adversas**
- **Pobreza en las relaciones interpersonales**
- **Problemas económicos**
- **Cuidadores de pacientes discapacitados**

Depresión en el anciano

Epidemiología.

- **DEPRESION MAYOR: 1-4%, INCIDENCIA 0,15% POR AÑO**
- **DOBLE EN MUJERES QUE EN VARONES**
- **DEPRESION MENOR 4-13%**

- **En EUA el estudio ECA pone de manifiesto un 15% de depresión en los > 65 años (3% de depresión mayor).**

- **En residencias geriátricas la prevalencia de depresión oscila entre el 15-20% (en Cataluña el 18,7%).**

Depresión en el anciano

Epidemiología.

- **DIAGNOSTICO**: 50-74% de las depresiones no se diagnostican.

(Atención primaria 2001: 27: 78-86)

- **TRATAMIENTO**: Sólo un 10% de los ancianos depresivos recibe el tratamiento adecuado

(JAMA 1992; 28: 1018).



Estudio 404 personas, edad media 73 años. El 50,7% mujeres. Diagnostico con Yesavage
Prevalencia depresión 29,6% (diagnosticada 11,8%).

Depresión en el anciano: ASOCIACION CON COMORBILIDAD
Epidemiología.

<u>Enfermedad</u>	<u>Prevalencia</u>
AVC	22-50%
Cáncer	18-39%
IAM	15-19%
A. Reumatoide	13%
E.Parkinson	10-37%
Diabetes Mellitus	5-11%



Late-life depression. Geriatrics 2002; 57: 18-35.

Depresión en el anciano

Epidemiología.

- *Depression in older patients admitted for postacute nursing home rehabilitation. J Am Geriatr Soc 2005; 53: 1017-1022.*

Un tercio deprimidos, la mayoría sin tratamiento o sin el diagnóstico previo.

Peor recuperación funcional a los 2 meses.



Depresión en el anciano

Epidemiología



DIAGNOSTICO



DSM-IV
ICD-10

Depresión en el anciano

Formas clínicas.

- **Depresión mayor**
- **Depresión menor**
- **Transtorno distímico**
- **Transtornos bipolares**
- **Transtornos del estado de ánimo secundarios a enfermedad médica.**
- **Transtornos del estado de ánimo secundarios a sustancias**

Depresión en el anciano

Formas clínicas. **Depresión mayor**

- **Presencia de 5 o más de los siguientes síntomas durante un periodo de dos semanas, que representan un cambio respecto a la actividad previa. Uno de los síntomas debe ser (1) o (2) .**

- 1) Estado de animo deprimido mayor parte dia.**
- 2) Pérdida de interés o de la capacidad para el placer.**
- 3) Pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso (por ejemplo: un cambio de más del 5% del peso corporal en 1 mes) o pérdida o aumento del apetito casi cada día.**

Depresión en el anciano

Formas clínicas. Depresión mayor

- 4) Insomnio o hipersomnias casi cada día.
- 5) Agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día.
- 6) Fatiga o pérdida de energía casi cada día.
- 7) Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes) casi cada día (no los simples autorreproches o culpabilidad por el hecho de estar enfermo).
- 8) Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada día.
- 9) Pensamientos recurrentes de muerte, ideación suicida recurrente.

Depresión en el anciano

Formas clínicas.

- Depresión menor

Al menos dos síntomas de depresión mayor. Mínimo 2 semanas de duración.

- Transtorno distímico

Estado de ánimo triste, no acompañado de otros dos síntomas de depresión mayor. Al menos dos años de duración.

Depresión en el anciano


Formas clínicas: **Peculiaridades de la depresión de inicio tardío.**

- **Menor frecuencia de antecedentes familiares.**
- **Mayor prevalencia de demencia o ideas delirantes.**
- **Predominio de la sintomatología ansiosa.**
- **Más alteraciones en los test neuropsicológicos.**
- **Mayor frecuencia de alteraciones en las pruebas de imagen (dilatación ventricular, atrofia cerebral)**

Depresión en el anciano

Diagnóstico diferencial entre depresión y enfermedad física

ORIENTAN A DEPRESION COMO ENF PRIMARIA:

- Antecedentes de un trastorno depresivo previo.
- Predominio de la disforia a los síntomas clínicos.
- Predominio de llanto espontaneo.
- Debilidad matutina
- Pérdida de apetito en ausencia de otro tipo de síntomas.
- Falta de interés por el entorno
- Molestias físicas no tratables 

Depresión en el anciano

Diagnóstico diferencial entre depresión y enfermedad física

ORIENTAN A DEPRESION COMO ENF PRIMARIA:

- **Múltiples molestias físicas no tratables en pacientes ancianos deben hacernos pensar en la posibilidad de depresión no diagnosticada.**
- *Drayer RA et al. Somatic Symptoms of depression in elderly patients with medical comorbidities. Int j Geriatr Psychiatry 2005; 973-82.*

Depresión en el anciano

Diagnóstico: Características diferenciales de demencia vs pseudodemencia

	<u>Pseudodemencia</u>	<u>Demencia</u>
• Inicio	Súbito y preciso	Insidioso
• Progresión síntomas	Rápida	Lenta
• Esfuerzo para trabajos	Pequeño	Grande
• Deterioro de memoria reciente y remota	Similar	Mayor de la reciente
• Atención y concentración	Conservadas	Disminuidas
• Tristeza	Presente	Ausente

Depresión en el anciano

Diagnóstico: Características diferenciales de demencia vs pseudodemencia

¿Puede ser la depresión de inicio en el anciano un prodromo de demencia? Varios estudios confirman que sí.

- **No se ha asociado con un tipo específico de demencia.**
- **A mayor intensidad de síntomas, mayor posibilidad de deterioro cognitivo.**
- *Schweitzer I et al . Is late onset depression a prodrome to dementia. Int J Geriatr Psychiatry 2002; 17: 997-1005.*
- *Paterniti S et al. Depressive symptoms and cognitive decline in elderly people. B J Psychiatry 2002; 406-10.*
- *Sachs-Ericsson N, et al. The influence of depression on cognitive decline in community-dwelling elderly persons. Am J Geriatr Psychiatry 2005; 13: 402-8.*



DEPRESIÓN

Anciano frágil

DEMENCIA

Depression as a risk factor for later dementia: a robust relationship. Age Ageing 2005; 34: 207-9

Depresión en el anciano

Diagnóstico: Frecuentemente difícil: en caso de duda tratar.

- **Ni el DSM-IV ni la CIE-10 disponen de criterios específicos para su aplicación en la población anciana.**
- ***La escala de Depresión Geriátrica (GDS) de Yesavage y cols***
Está formado por 30 ítems de respuesta dicotómica (sí/no).
- **Esta pensada para que sea leída y respondida por el propio paciente, pero puede ser preguntada por un entrevistador.**
En la versión reducida de 15 ítems los valores normales se sitúan entre 0-5, de 6-10 depresión moderada y > 10 grave.

Depresión en el anciano

Curso y evolución

- **La cronicidad es alta (61,2% a los 2 años)**
- **Entre un 7-40% de los trastornos depresivos en ancianos pueden recidivar.**
- **Los principales factores relacionados con la cronicidad son una larga duración de los episodios previos o del episodio actual, la coexistencia con otra enfermedad médica, la mayor gravedad del episodio depresivo y la ausencia de síntomas somáticos.**
- **Harris T, et al. Onset and persistence of depression in older people-results from a 2 year community study. Age Ageing 2005**

Depresión en el anciano

Curso y evolución: Depresión e inmunidad.

- *Shinkawa M. Depression and immunoreactivity in disabled older persons. JAGS 2002; 50: 198-204.*
- **Estudian 46 pacientes dependientes para la mayoría de ABVD y los separan en pacientes con (28) o sin (18) depresión. Estudian la capacidad de respuesta a la vacuna de la gripe y la prueba de la tuberculina.**
- **Encuentran una disminución en la respuesta inmune humoral y en la celular de los pacientes con depresión respecto a los que no tienen depresión.**

Depresión en el anciano

Curso y evolución: Mortalidad

- **En diversos estudios prospectivos y una vez descartada la influencia de otras variables, como pueden ser la edad, o la comorbilidad, se ha encontrado que la mortalidad en las personas deprimidas es mayor que en las no deprimidas.**
- *Covinsky KE et al. Depressive symptoms and 3-year mortality in older hospitalized medical patients. Ann Intern Med 1999; 130: 563-9.*
- *Ganzini L et al .Depression and mortality in medically ill order adults. JAGS 1997; 45: 307-12.*

Depresión en el anciano

Curso y evolución: Mortalidad

- **En un interesante trabajo incluyendo 731 pacientes con f.fémur se evalúa la mortalidad a los dos años y se realiza una valoración psiquiátrica. Los autores concluyen que además de la demencia y haber presentado cuadro confusional; la depresión incrementa el riesgo de mortalidad ($p=0,03$).**
- *Nightingale S, Holmes J, Mason J, House A. Psychiatric illness and mortality after hip fracture. Lancet 2001; 357: 1264-5.*

Depresión en el anciano

Curso y Evolución.

- **SUICIDIO**: A los 75 años la tasa de suicidios es 2-10 veces más alta que en el resto de la población. Más violento y menor porcentaje de tentativas fallidas
- El perfil suele ser: varón, que ha visitado a su médico en el mes anterior, que padecía un episodio depresivo no o mal diagnosticado y mal tratado.
- Se ha descrito una asociación independiente entre los pacientes con deterioro visual, enfermedades neurológicas, y enfermedades malignas y un riesgo incrementado de suicidio. *Waern M. BMJ 2002; 324: 1355-9.*

TRATAMIENTO DE LA DEPRESIÓN EN EL PACIENTE ANCIANO

- Jordi Mascaró
Medicina Interna – Geriatria
Hospital Universitari de Bellvitge





Depresión en el anciano

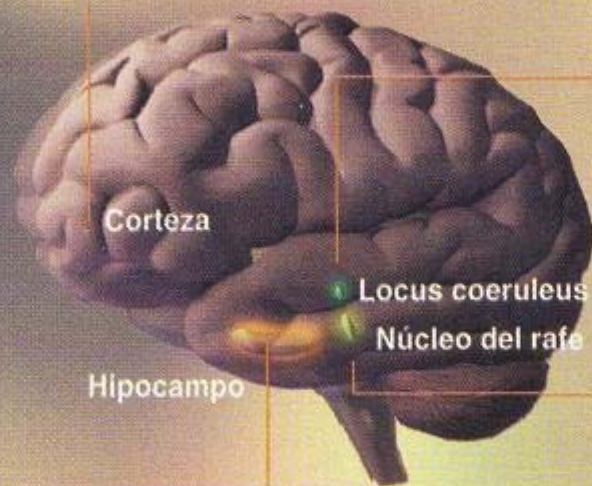
Tratamiento:

MODELO GLOBAL: Pretende unificar los múltiples conocimientos biológicos (diversas hipótesis: noradrenérgica, serotoninérgica, dopaminérgica y sus combinaciones), psicológicos y sociológicos.

EFFECTOS DE LA DEPRESION

CAIDA DE LA DOPAMINA

La exposición prolongada a las hormonas del estrés puede aumentar el riesgo de depresión con la caída de los niveles de dopamina. Este neurotransmisor forma parte integrante de la vía neuroquímica del placer, en la que interviene el córtex prefrontal entre otras estructuras cerebrales.



Corteza

Locus coeruleus

Núcleo del rafe

Hipocampo

CAIDA DE LA NORADRENALINA

Como la estimulación procedente del núcleo del rafe disminuye tras un estrés crónico, el locus coeruleus segrega menos noradrenalina, con lo que se merma la capacidad de atención.

CAIDA DE LA SEROTONINA

El estrés frena la secreción del neurotransmisor serotonina por el núcleo del rafe, que comunica con el locus coeruleus y la corteza.

ENCOGIMIENTO DEL HIPOCAMPO

El estrés provoca la muerte de células en el hipocampo: los estudios revelan que el tamaño de dicha región se reduce entre un 10 y un 20 por ciento en los deprimidos. Semejante deterioro puede crear problemas de memoria.

Depresión en el anciano

Tratamiento:

- **¿CUÁNDO TRATAR?**
 - Presencia de molestias subjetivas importantes
 - Disfunción social marcada
 - Pérdida de intereses
 - Respuesta positiva a tratamiento previo.
 - Muchas veces el añadir un antidepresivo es “el milagro que hacemos los geriatras”

Depresión en el anciano

Tratamiento:

¿QUÉ SE DEBE VALORAR?

- Revisar los fármacos que toma el paciente
- Valoración somática
- Evaluación funcional (AVD, movilidad, visión, audición, dolor,...)
- Determinar el soporte social y familiar existente
- Proporcionar consejo psicológico, ayuda al duelo, socialización
- Iniciar tratamiento farmacológico: efectividad contrastada

Depresión en el anciano

Tratamiento biológico: fármacos antidepresivos: Generalidades

- **El 60% pacientes deprimidos mejoraran con antidepresivos.**
- **Se admite que la mayoría de antidepresivos son tan eficaces en el anciano como en el sujeto joven.**
- **El cumplimiento de la toma de medicamentos de los pacientes ancianos es un problema difícil y de particular importancia.**

Depresión en el anciano

Tratamiento biológico: fármacos antidepresivos: Generalidades

- **Probablemente la importante comorbilidad somática suponga un aumento de vulnerabilidad a las reacciones adversas.**
- **Todos los antidepresivos producen síntomas en caso de retirada con una intensidad variable tras su administración prolongada; es recomendable retirarlo de manera lenta.**

PROBLEMA: Cumplimiento del tratamiento en la depresión

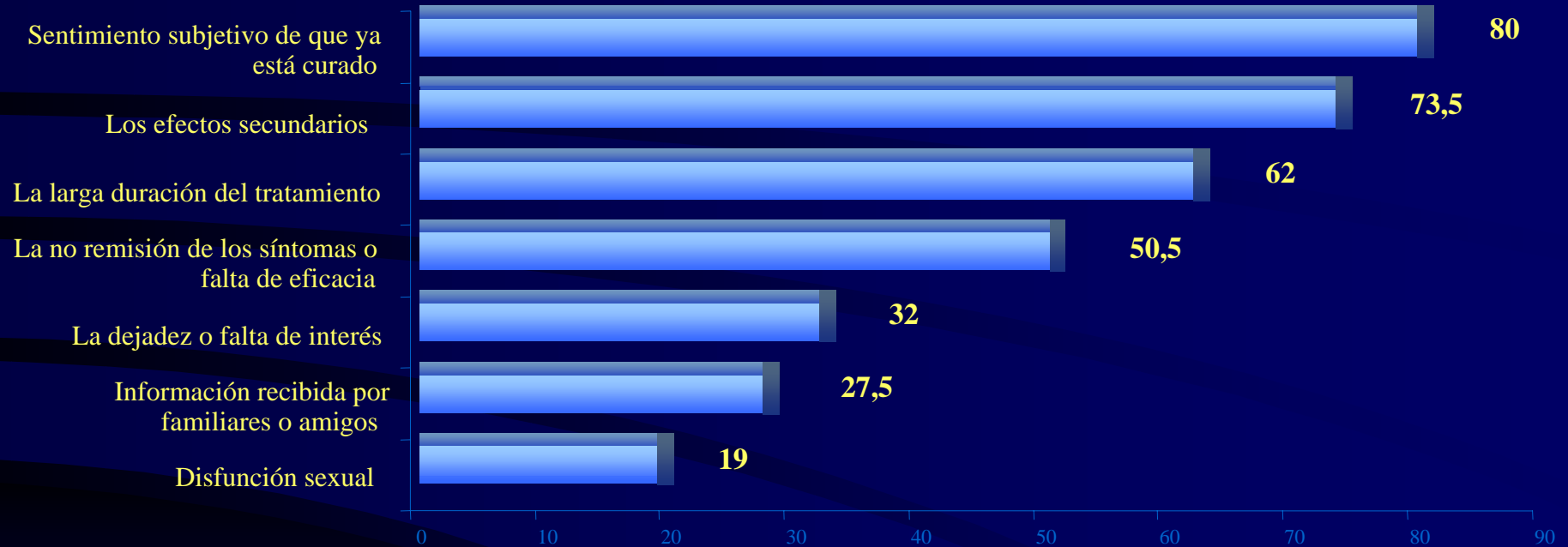
- **El 75-80 % de las depresiones recaen**
- **Factores asociados al riesgo de recaída:**
 - **Número de episodios previos, espacio de tiempo entre episodios, antecedentes familiares, edad, enfermedad somática concomitante,...**
 - **Mal cumplimiento del tratamiento**
- **El objetivo principal del tratamiento es mejorar la sintomatología depresiva a través del adecuado cumplimiento terapéutico**

Problema: Cumplimiento del tratamiento...

Para mejorar la adherencia se ha propuesto:

- **Utilizar fármacos bien tolerados**
- **Generar pautas de administración sencillas**
- **Ayuda de las familias**
- **Sistemas de recordatorio**
- **Mejorar la relación médico-paciente**

RAZONES POR LAS QUE LOS PACIENTES DEPRESIVOS ABANDONAN LOS TRATAMIENTOS FARMACOLÓGICOS



PORCENTAJE de
Médicos de Atención Primaria encuestados

Depresión en el anciano

Tratamiento biológico: f. antidepresivos: recomendaciones en el anciano

- **Dosificar la menor cantidad posible de principio activo (suele iniciarse con la mitad de dosis recomendada para un adulto) y los incrementos deben ser paulatinos (“start low, go slow”).**
- **Posología sencilla y de fácil administración.**
- **Detallar por escrito la hora y dosis de la ingesta .**
- **Seguir el caso estrictamente y recordando que no aparecerá mejora atribuible al tratamiento hasta transcurridas 2-3 semanas del inicio.**

Depresión en el anciano

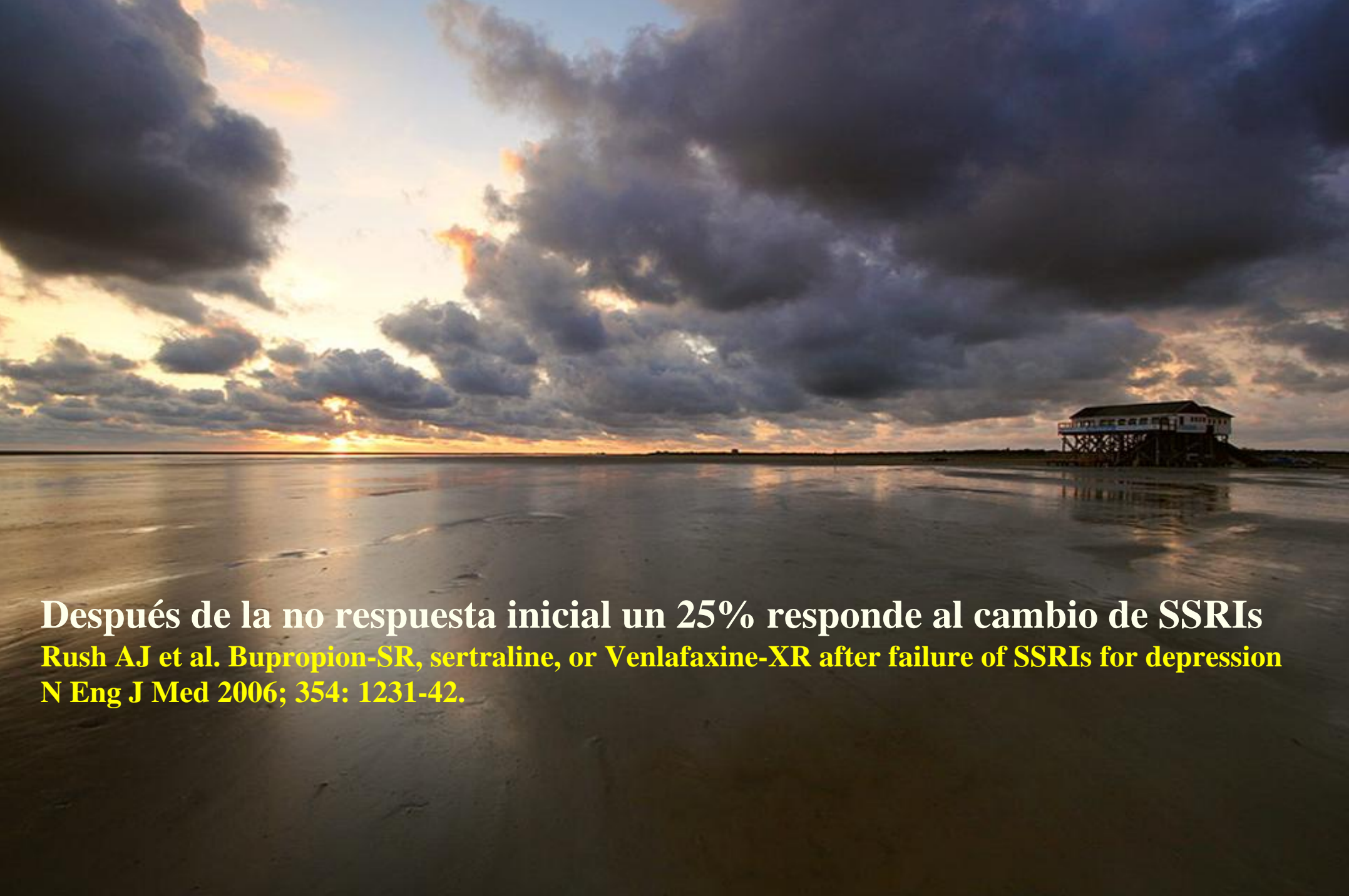
Tratamiento biológico: f. antidepresivos: recomendaciones en el anciano

- **Si pasado un tiempo prudencial (4-6 semanas con la dosis adecuada) no hay respuesta o esta es parcial, hay que reevaluar el diagnóstico y se optimiza el tratamiento (aumento de dosis).**
- **Si la respuesta es inadecuada hay 3 posibilidades:**
 - a) utilizar una clase farmacológica distinta**
 - b) Combinar 2 antidepresivos de clase distinta.**
 - c) Potenciar con coadyuvante**

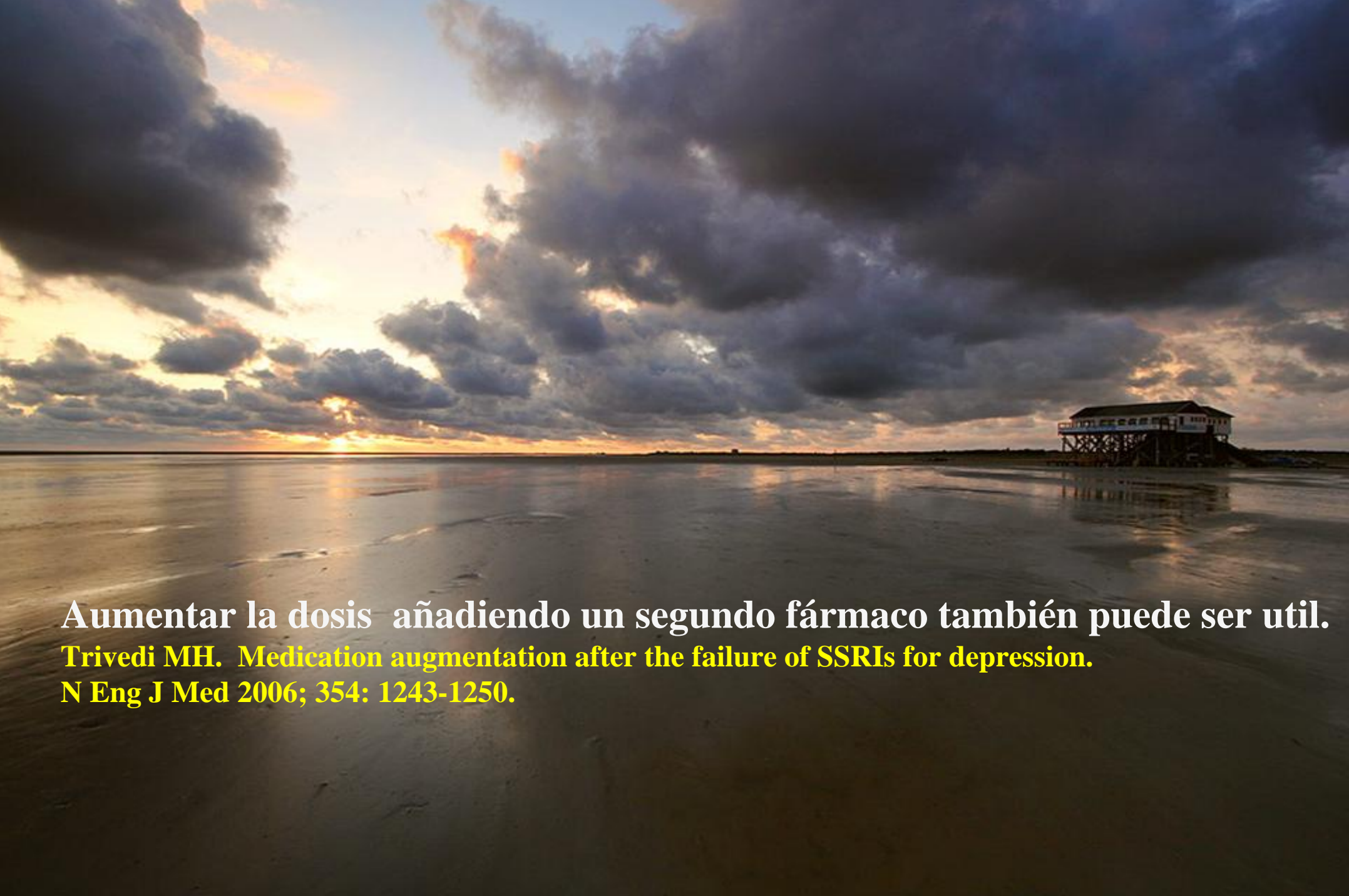
Depresión en el anciano

Tratamiento biológico: f. antidepresivos: recomendaciones en el anciano

- **Se considera prudente continuar el tratamiento durante 6-12 meses tras la remisión de un primer episodio depresivo, o mantenerlo para siempre si 3 o más episodios, o episodio grave, o persistencia de síntomas entre los episodios.**

A wide-angle photograph of a beach at sunset. The sky is filled with large, dark, dramatic clouds, with the sun low on the horizon, creating a bright glow and reflecting on the wet sand. On the right side of the image, there is a wooden pier or structure extending into the water. The overall mood is somber and contemplative.

Después de la no respuesta inicial un 25% responde al cambio de SSRIs
Rush AJ et al. Bupropion-SR, sertraline, or Venlafaxine-XR after failure of SSRIs for depression
N Eng J Med 2006; 354: 1231-42.



Aumentar la dosis añadiendo un segundo fármaco también puede ser util.

Trivedi MH. Medication augmentation after the failure of SSRIs for depression.

N Eng J Med 2006; 354: 1243-1250.

A wide-angle photograph of a beach at sunset. The sky is filled with large, dark, dramatic clouds, with a bright orange and yellow glow from the setting sun breaking through near the horizon. The sun's reflection is visible on the wet sand. On the right side of the image, there is a wooden pier or structure extending into the water, with a building on top. The overall mood is somber and contemplative.

Mantener tratamiento al menos dos años.

**Reynolds CHF. Maintenance Treatment of major depression in old age.
N Eng J Med 2006; 354: 1130-8.**

CRITERIOS PARA LA SELECCIÓN DE UN ANTIDEPRESIVO

EFICACIA

- Probabilidad de respuesta
- Mantenimiento de la respuesta
- Prevención de recaídas

SEGURIDAD

- Toxicidad: hipoNa, sd serotoninérgico
- Seguridad en sobredosis
- Tolerancia
- Interacciones (probabilidad y gravedad)

SENCILLEZ DE USO

- Facilidad de administración
- Facilidad de cumplimiento del tratamiento

ANTIDEPRESIVOS CLÁSICOS:

- 1) IMAOS. Fenelcina y Trancilcipromina. No aconsejables en geriatría.**
- 2) ADT. Nortriptilina y amitriptilina. Precaución en toxicidad cardiaca y efectos anticolinérgicos**
- 3) Otros:**
 - Mianserina (tetracíclico)**
 - Maprotilina y Doxepina**
 - Trazodona**

ANTIDEPRESIVOS MODERNOS (mayor seguridad y menos efectos secundarios):

1) ISRS.

- Paroxetina.....dosis de 10 a 40 mg
- Fluoxetina.....dosis de 20 a 40 mg
- Fluvoxamina.....dosis de 50 a 200 mg
- Sertralina*dosis de 25 a 150 mg
- Citalopram*dosis de 10 a 30 mg
- Escitalopram* ...dosis de 5 a 30 mg

***No utilizan la via del citocromo P-450**

2) IRSN. Venlafaxina y Duloxetina.

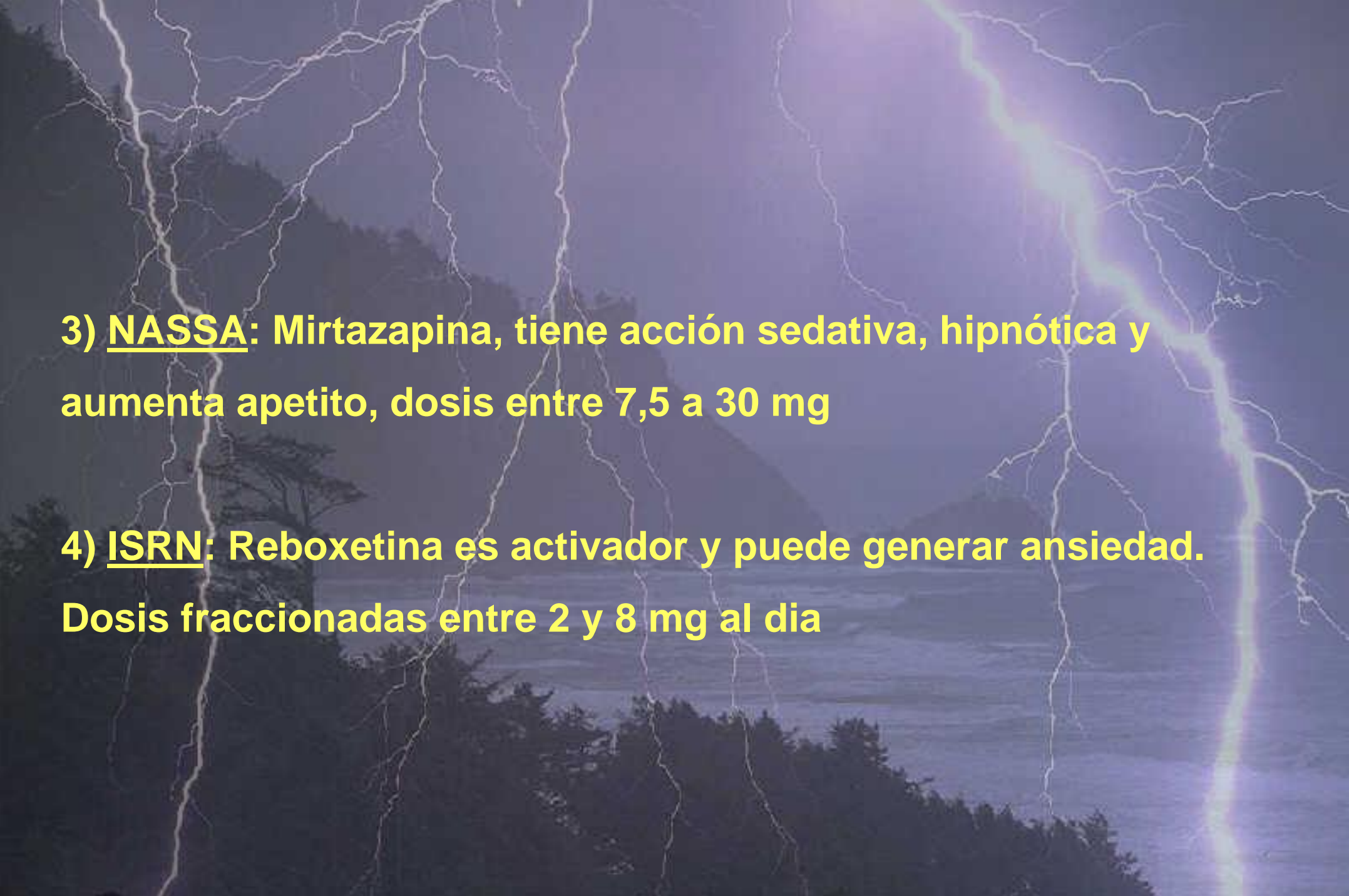
Venlafaxina en la forma retard, tiene una amplia experiencia en geriatría *y es el que ofrece mejores tasas de remisión en depresión grave Tiene escasas interacciones. La dosis oscila entre 37,5 a 300 mg al día

***Mann JJ the medical management of depression N Engl J Med.**

2005;353:1818-34

Baca E et al. Venlafaxina extended-release in patients older than 80 years with depressive syndrome. Int J Geriatr Psychiatry. 2006 Mar 29;21:337-

343

A dramatic landscape with a stormy sky, lightning bolts, and a dark sea. The scene is dark and moody, with a large, bright lightning bolt striking down from the top right corner. The background shows a dark sea and a dark, silhouetted coastline with trees and hills under a dark, stormy sky.

3) NASSA: Mirtazapina, tiene acción sedativa, hipnótica y aumenta apetito, dosis entre 7,5 a 30 mg

4) ISRN: Reboxetina es activador y puede generar ansiedad.
Dosis fraccionadas entre 2 y 8 mg al día

Mecanismo acción antidepresivos

Sistema Neurotransmisor	Noradrenalina	Serotonina		
Receptor		5-HT ₁	5-HT ₂	5-HT ₃
ADT	+	+	+	+
Venlafaxina	+	+	+	+
Mianserina	+	○	-	-
ISRS	○	+	+	+
Nefazodona	○	+	-	+
Mirtazapina	+	+	-	-

Sistemas neurotransmisores, receptores y su relevancia clínica

Sistema Neurotransmisor	Noradrenalina		Serotonina			Acetilcolina	Histamina
	estimulación	bloqueo α_1	estimulación 5-HT1	estimulación 5-HT2	estimulación 5-HT3	bloqueo colinérgico	bloqueo H1
Efectos clínicamente relevantes	efecto antidepresivo	efectos adversos antiadrenérgicos	efecto antidepresivo efecto ansiolítico	efectos secundarios serotoninérgicos	efectos secundarios serotoninérgicos	efectos secundarios anticolinérgicos	efectos secundarios antihistaminérgicos
Tipo de efectos secundarios	taquicardia temblor incremento de la conducción cardíaca	hipotensión ortostática taquicardia refleja mareos		agitación nerviosismo insomnio disfunción sexual	náuseas vómitos cefalea	estreñimiento sequedad de boca taquicardia visión borrosa mareo retención urinaria confusión (ancianos)	sedación somnolencia aumento de peso

Depresión en el anciano

Tratamiento biológico: f. antidepresivos: efectos secundarios previstos

- **La inhibición de la recaptación de noradrenalina y serotonina da lugar al efecto antidepresivo.**
- **La inhibición de receptores muscarínicos (M1) produce visión borrosa, taquicardia, sequedad de boca, micción retardada.**
- **La inhibición de los receptores histaminicos (H1) produce sedación, somnolencia y posiblemente aumento de peso.**
- **La inhibición de los adrenoreceptores (alfa1) origina hipotensión ortostática.**

>EDAD----- > PROBABILIDAD EFECTO SECUNDARIO



ASOCIACIONES DE ANTIDEPRESIVOS

- No se recomienda su uso indiscriminado de entrada, pero hay que considerarlas en:
 - Casos graves con necesidad de una respuesta rápida o antecedentes de mala respuesta a tratamientos previos
 - En caso de mala respuesta a un único antidepresivo después de un tiempo razonable y una dosis correcta
 - Riesgo claro de suicidio o dolor asociado a depresión
 - Respuesta previa favorable a asociaciones de antidepresivos

ASOCIACIONES DE ANTIDEPRESIVOS

- Las más recomendadas son:
 - ISRS + Mirtazapina
 - Venlafaxina + Mirtazapina

ASOCIACIONES DE ANTIDEPRESIVOS

- El grupo para el estudio de la asociación de antidepresivos realizó unas encuestas a psiquiatras los años 2001 y 2005. Los resultados son:
 - La mayoría de los encuestados responden que un número significativo de depresiones (>80%) no responden a un solo antidepresivo, y que ante esta respuesta > 50% utilizan asociación antes que cambio de antidepresivo
 - En 105 de los casos empezaron el tratamiento con una asociación
 - Utilizan más las asociaciones de antidepresivos los profesionales con 5-10 años de experiencia, los que trabajan en instituciones monográficas u hospitales generales > que en atención primaria. Los que trabajan en practica privada

Depresión en el anciano

Tratamiento biológico: terapias no farmacológicas.

- **1) Terapia electroconvulsiva (TEC).**

Indicada en formas graves con alto riesgo suicida o desnutrición grave, en formas delirantes, o sin respuesta a antidepresivos.

Las principales contraindicaciones son las de la anestesia.

- **2) Terapias experimentales: fototerapia, privación sueño.**

Depresión en el anciano

Tratamiento con psicoterapia: la edad no constituye una contraindicación.

- 1) Psicoterapias psicodinámicas. (psicoterapia de apoyo, psicoterapia de introspección, psicoterapia interpersonal).
- 2) Terapias conductuales.
- 3) Terapias cognitivas.
- 4) Terapia de pareja.
- 5) Terapias familiares.
- 6) Terapia de grupo.

Depresión en el anciano

Tratamiento con socioterapia: ¿una oportunidad para la prevención?.

- **La lucha contra los déficits que dificulten las elaboraciones cognitivas o la posibilidad de unas relaciones interpersonales fluidas son un factor primordial. Una prótesis auditiva, una operación de cataratas o unas gafas correctoras o una rehabilitación adecuada después de una f.fémur pueden devenir efectos claves para evitar una posible depresión.**
- **Técnicas preventivas de depresión en fase de desarrollo: biblioterapia, deporte, terapia con animales.**

Depresión en el anciano

CONCLUSIONES:

- **La depresión es frecuente**
- **Esta infradiagnosticada y tratada**
- **Tiene impacto sobre la funcionalidad y morbi-mortalidad**
- **Debe tratarse**
- **“muchas veces la respuesta al tratamiento será pequeño milagro para el paciente y la familia”**

