



FORMACIÓN CONTINUADA - ACTUALIZACIÓN EN MEDICINA DE FAMILIA

Rol del médico de familia en la prevención primaria y secundaria de la depresión en el adulto mayor



A. Ayala-Escudero^a, E.H. Hernández-Rincón^{b,*},
L.P. Avella-Pérez^b y M. del Mar Moreno-Gómez^a

^a Semillero de investigación «Atención Primaria y Gestión en Salud», Universidad de La Sabana, Chía, Colombia

^b Departamento de Medicina Familiar y Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad de La Sabana, Chía, Colombia

Recibido el 15 de mayo de 2020; aceptado el 29 de septiembre de 2020

Disponible en Internet el 2 de diciembre de 2020

PALABRAS CLAVE

DeCS;
Depresión;
Anciano;
Prevención primaria;
Prevención secundaria;
Medicina preventiva;
Medicina familiar y comunitaria

Resumen En los últimos años, la transición demográfica ha dado como resultado el envejecimiento de la población, lo que ha aumentado el número de enfermedades como la depresión. A menudo, el médico de familia es el primer contacto con estos pacientes, por lo cual, es fundamental el manejo integral de estos, haciendo énfasis en la prevención primaria y secundaria de la depresión en la población mayor. Desde la atención primaria en salud, se debe evaluar de manera integral todos los factores de riesgo y protectores relacionados con la depresión. Entre los primeros destacan la viudedad, la discapacidad y las enfermedades crónicas. Igualmente, se deben conocer los criterios diagnósticos para dar tratamiento oportuno. Y, por otra parte, saber el tratamiento adecuado permitirá reducir los síntomas de la depresión, la conducta suicida, la recaída o las recurrencias de los síntomas. El tratamiento usualmente consta de psicoterapia, intervenciones psicosociales, antidepresivos y terapia electroconvulsiva. Por consiguiente, el objetivo de esta revisión es ofrecer a los médicos familiares una guía sobre la prevención primaria y secundaria, y el tratamiento de la depresión en el adulto mayor.

© 2020 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

KEYWORDS

MeSH;
Depression;
Elderly;
Primary prevention;
Secondary prevention;
Preventive medicine;
Family practice

Family physician's role in the primary and secondary prevention and in the treatment of depression in the elderly

Abstract In recent years, the demographic transition has resulted in an aging population, which has increased the number of illnesses such as depression. Often, the family physician is the first contact with these patients, therefore, comprehensive patient management is essential, emphasizing the primary and secondary prevention of depression in the elderly population. From primary health care, all risk and protective factors related to depression should be comprehensively evaluated. Among the former, widowhood, disability, and chronic diseases stand

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: erwinhr@unisabana.edu.co (E.H. Hernández-Rincón).

out. Likewise, the diagnostic criteria must be known to provide timely treatment. And, on the other hand, knowing the appropriate treatment will reduce the symptoms of depression, suicidal behavior, relapse, or recurrence of symptoms. Treatment usually consists of psychotherapy, psychosocial interventions, antidepressants, and electroconvulsive therapy. Therefore, the objective of this review is to offer family physicians a guide on the primary prevention, secondary prevention, and treatment of depression in the elderly.

© 2020 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

El envejecimiento de la población en los últimos años se ha convertido en un fenómeno demográfico de gran impacto a nivel mundial, este suceso conocido como transición demográfica ha tenido un impacto en la esperanza de vida de las personas, favoreciendo el aumento de la población mayor de 60 años^{1,2}. En el informe mundial sobre envejecimiento y salud, realizado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), se estima que para el año 2050 se duplicará el número de personas mayores de 60 años, aumentando rápidamente la pauta de envejecimiento alrededor del mundo³. Este acontecimiento ha permitido el aumento de la esperanza de la vida a nivel mundial, lo que a su vez trae consigo numerosos efectos positivos y negativos. Dentro de los efectos negativos, cabe resaltar el aumento de afecciones en salud, destacándose la hipertensión arterial, la diabetes mellitus tipo 2, el infarto agudo del miocardio, la pérdida de la audición, las cataratas, la demencia y la depresión¹.

La depresión es el trastorno mental más frecuente en salud mental⁴, se estima que afecta a 300 millones de personas alrededor del mundo³, esta enfermedad se caracteriza por la presencia de tristeza profunda, pérdida de interés o placer, falta de autoestima, sentimientos de culpa, trastornos en el sueño y en el apetito, entre otros síntomas, según el manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5). En la población mayor de 60 años, la depresión es la enfermedad psiquiátrica más frecuente, generando gran impacto en las personas y en todo su entorno. Este trastorno es considerado por la OMS como una de las cinco patologías que generan mayor discapacidad y dependencia a largo plazo, por lo cual ha sido considerada como una enfermedad crónica, que afecta notablemente la calidad de vida; incluso eleva la mortalidad por suicidio y empeora las enfermedades somáticas⁵.

Los factores de riesgo conocidos para los adultos mayores son múltiples y variados según sus antecedentes, condición actual de salud y condición social, sin embargo, se destacan algunos factores que prevalecen en la mayoría de la población geriátrica como son: condiciones médicas crónicas, deterioro funcional físico o cognitivo, polifarmacia, sexo femenino, experimentar múltiples pérdidas y aislamiento social^{6,7}.

El adecuado manejo de los factores de riesgo para reducir la propensión a eventos de salud indeseables ha sido

utilizado con éxito en diferentes áreas de la medicina, por ejemplo, la escala de Framingham es aplicada para evaluar el riesgo cardiovascular y ha sido acogida por los profesionales en salud, quienes, con el resultado obtenido, realizan diferentes acciones para reducir los eventos cardiovasculares⁸. De igual manera, se necesita conocer y dar un manejo adecuado a los factores de riesgo de la depresión para tomar las medidas necesarias y evitar efectos indeseados en la salud mental, abordando así el mal pronóstico de la depresión en la vejez⁹.

Las personas con depresión en la vejez frecuentemente tienen otra comorbilidad médica asociada y mala adherencia al tratamiento, esto trae como consecuencia aumento de la morbilidad y mortalidad⁴, lo que prende las alarmas en el sistema sanitario, por lo cual, es fundamental realizar el diagnóstico y tratamiento de manera oportuna¹⁰.

Los trastornos afectivos, especialmente la depresión, no solo los concierne a los especialistas en psiquiatría; por el contrario, es una de las principales preocupaciones en salud pública, debido a su impacto en la carga médica y en discapacidad¹¹, por lo que se requiere, por parte del médico de atención primaria en salud, el reconocimiento de factores de riesgo de manera temprana y, de este modo, garantizar el pronto diagnóstico y el tratamiento oportuno para las personas que padecen esta enfermedad, disminuyendo su profundo sufrimiento. Por lo cual, el objetivo de esta revisión es presentar los aspectos fundamentales que los médicos familiares deben tener en consideración en la atención primaria, secundaria y tratamiento integral de la depresión en el paciente anciano¹².

Metodología

Se realizó una revisión de la literatura, mediante la búsqueda bibliográfica en las bases de datos de *Pubmed*, *ClinicalKey*, *Google Scholar*, *Lilacs* y *Science Direct*. El criterio de búsqueda se basó en los descriptores de encabezados de temas médicos (MeSH). Se filtraron artículos publicados durante los últimos 20 años, de acceso abierto, texto completo, en inglés y en español. En total, se encontraron 113 artículos, posteriormente, se realizó una tabla en Excel con los datos completos de cada uno, incluyendo título, año de publicación, autores, resumen y palabras clave.

De los artículos y documentos oficiales encontrados, se eliminaron duplicados; el criterio de búsqueda y de

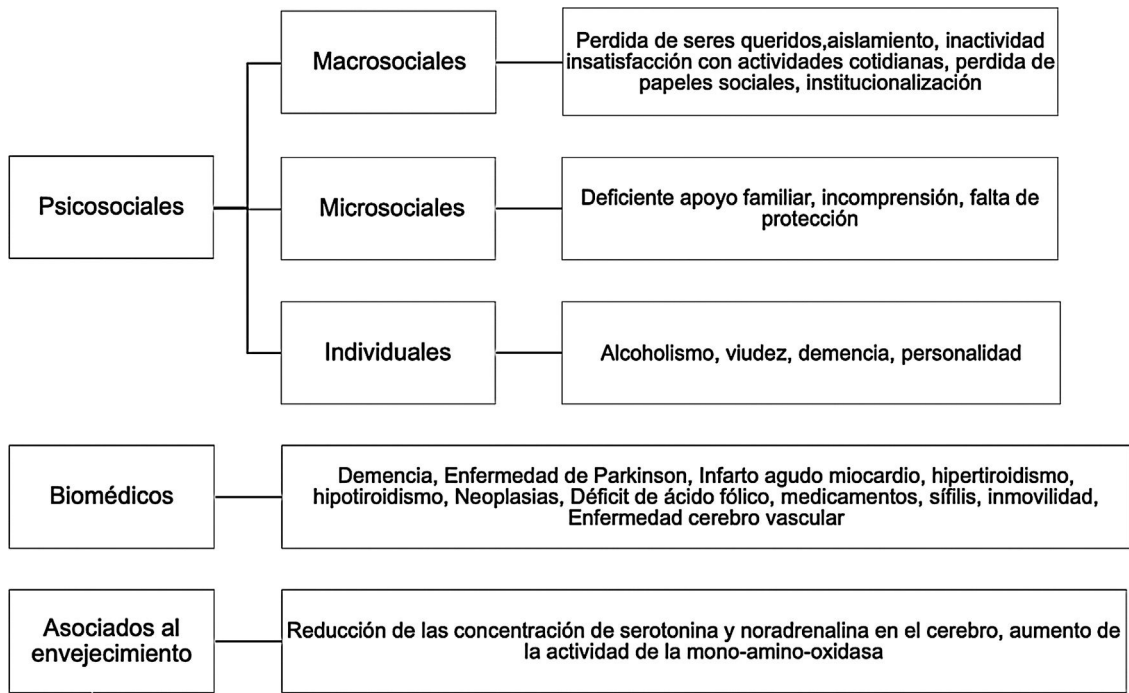


Figura 1 Factores de riesgo para depresión en la población mayor. Elaboración propia con base en: Roca-Socarrás et al.¹⁴, Ruiz-Chavarría³⁶ y Pérez-Martínez³⁹.

selección se basó en los elementos: paciente o problema, intervención, comparador y *outcome* o resultado (PICO), luego del análisis de contenido de cada uno, con datos relevantes del rol del médico familiar en la prevención primaria y secundaria de la depresión en la persona mayor, fueron escogidos 36 artículos para el presente trabajo.

De acuerdo con los objetivos de este artículo, se establecieron tres categorías de análisis, en las cuales fueron distribuidos los documentos seleccionados para proceder a la revisión, análisis y síntesis de la información: prevención primaria, prevención secundaria y rol del médico de familia en la depresión en el adulto mayor. De esta manera, se organizaron y redactaron los resultados.

Resultados

Prevención primaria de la depresión en el adulto mayor

La prevención primaria se refiere al nivel de prevención de la enfermedad orientado a la intervención de factores de riesgo o protección específica de la población vulnerable para evitar la aparición de enfermedades, es un nivel de intervención temprana en las acciones de atención primaria en salud¹³. En este nivel, el médico familiar como actor relevante de la atención primaria debe evaluar de manera integral todos los factores de riesgo y protectores relacionados con la depresión, los cuales se clasifican en psicosociales, biomédicos y asociados al envejecimiento¹⁴ (fig. 1).

Dentro de los factores de riesgo que tienen mayor relevancia para desarrollar depresión en la edad adulta son: la viudez, la discapacidad, el deterioro cognitivo, enfermeda-

des crónicas, vivir solo y el género femenino. Además, es importante contemplar los antecedentes de factores estresantes como experiencias adversas en la infancia (abuso sexual o físico, acceso limitado a la educación, pérdida de padre o madre), el estilo de vida actual (tabaquismo, consumo de alcohol o de sustancias psicoactivas)^{8,15,16}.

Cabe destacar que las desigualdades sociales en la depresión mayor se originan temprano en el curso de la vida y persisten en la edad adulta, dentro de los aspectos que predicen un riesgo elevado para sufrir depresión se destaca un nivel socioeconómico bajo y tensión financiera. Además, estas desigualdades se han relacionado con peores resultados en depresión, por ejemplo, un adulto mayor que vive en un barrio de bajos ingresos tiene altos índices de suicidio, en comparación con los adultos mayores que viven en vecindarios de mayores ingresos¹¹.

Aunque los factores protectores son pocos en comparación con los factores de riesgo, cabe destacar que tener una adecuada red de apoyo y practicar alguna religión se asocian con niveles más bajos de síntomas depresivos, considerándose un mecanismo importante para amortiguar los diferentes factores de riesgo¹⁰. La razón de lo anterior, es que la práctica religiosa para las personas creyentes está integrada en una orientación de valores tradicionales, lo que en muchas ocasiones, da como resultado una mejor salud física y emocional^{15,17,18}.

Prevención secundaria de la depresión en el adulto mayor

Por otro lado, para evitar la depresión en la población mayor, no solo es importante conocer los factores de riesgo y los protectores, en ese sentido, otro nivel de prevención de

Tabla 1 Criterios diagnósticos del trastorno depresivo mayor, según DSM-5

Criterios diagnósticos del trastorno depresivo mayor (DSM-5)

- A. Cinco (o más) de los siguientes síntomas, han estado presentes durante un mínimo período de dos semanas y representan un cambio de funcionamiento previo. Al menos uno de los síntomas es (1) estado de ánimo depresivo o (2) pérdida de interés o placer.
1. *Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días.*
 2. *Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días*
 3. *Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso, o disminución del apetito casi todos los días.*
 4. *Insomnio o hipersomnia casi todos los días.*
 5. *Agitación o retraso psicomotor casi todos los días.*
 6. *Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.*
 7. *Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada casi todos los días*
 8. *Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días.*
 9. *Pensamiento de muerte recurrentes, ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.*
- B. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
- C. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica.
- D. El episodio de depresión mayor no se explica mejor por otro trastorno.
- E. Nunca ha habido un episodio maniaco o hipomaniaco.

Tomado de Casey²⁰

la enfermedad hace referencia a la prevención secundaria, la cual consiste en realizar un diagnóstico precoz y dar un tratamiento oportuno con el fin de evitar complicaciones¹³. Al respecto, la población mayor con depresión que recibe el tratamiento oportuno y seguimiento adecuado mejora considerablemente en síntomas y disminuye recaídas y recurrencia de los síntomas⁸.

Conocer las características especiales de la depresión en la población mayor es crucial para realizar la detección precoz, como son: la ansiedad, la cual es más frecuente en comparación con otros grupos etarios, la tendencia a no informar los síntomas por considerarlos parte del envejecimiento, la presencia frecuente de alteraciones cognitivas, ideas pesimistas y somatizaciones frecuentes^{14,19}.

Según el DSM-5 de la Asociación Americana de Psiquiatría, la depresión mayor se define como la presencia de cinco o más síntomas depresivos centrales, durante un periodo de dos semanas. Cabe destacar que no hay diferencia, según el grupo etario, en los criterios diagnósticos que son expuestos en la [tabla 1](#)²⁰.

Rol del médico de familia en la depresión del adulto mayor

El médico familiar se forma en la atención integral de salud de la persona y su familia, de manera humanizada, se caracteriza por la orientación de acciones al individuo, familia y comunidad, garantizando una medicina de primer contacto, integral, continua y personalizada²¹. Por lo anterior, es fundamental que el médico de familia, reconozca el proceso normal del envejecimiento, el cual es progresivo e irreversible, con unas características muy específicas, como es el deterioro a nivel físico y cognitivo, de igual manera, en el ambiente socio-familiar se produce una serie de cambios

con repercusión negativa, que son los factores de riesgo previamente mencionados²².

Es común que exista el sub diagnóstico de la depresión en población geriátrica, así como el retraso en la identificación de los síntomas²³ porque los adultos mayores experimentan diferentes cambios físicos y emocionales, que pueden ser los causantes del enmascaramiento de la depresión, como son: la dificultad para la introspección, la atribución errónea de los síntomas al proceso de envejecimiento (como los cambios en el hábito alimentario y en el patrón de sueño) y diversas quejas somáticas. Lo que da lugar a la importancia del compromiso de los profesionales de la salud para mantener un alto índice de sospecha de depresión en la población mayor²⁴.

Un diagnóstico de depresión mayor requiere de una entrevista exhaustiva, pues es la herramienta de mayor utilidad para la detección del trastorno²⁵, también, es necesario una historia médica completa y cuidadosa. Es importante centrarse en los cambios recientes en la vida, los factores sociales y la presencia de otros síntomas médicos, especialmente neurológicos. La evaluación médica inicial debe incluir: electrolitos, glucemia, perfil hepático, hemograma, electrocardiograma, radiografía de tórax y uroanálisis²⁶.

Diferentes estudios han reportado una alta prevalencia de depresión en los adultos mayores con enfermedades somáticas crónicas, considerándose una relación bidireccional; dentro de las etiologías más frecuentes se encuentran: el hipotiroidismo, el infarto agudo del miocardio, la diabetes, la enfermedad de Alzheimer, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, la hipertensión arterial y la artritis, por lo cual vale la pena realizar un examen médico general completo previo al diagnóstico, ya que estas enfermedades pueden tener peor curso y pronóstico al estar asociadas con un trastorno depresivo mayor^{6,20,27–29}.

Tabla 2 Componentes importantes en el desarrollo de la historia clínica

Componente de historia clínica	Elemento
Antecedentes patológicos	Presencia de dolor crónico Polifarmacia Problemas con la adherencia a los medicamentos
Antecedentes psiquiátricos	Revisar medicamentos actuales Diagnóstico y tratamiento previo de enfermedad mental Antecedente de conducta suicida Abuso de sustancias psicoactivas Problemas de memoria
Antecedentes familiares	Demencia Suicidio
Historia de vida	Pérdidas o eventos recientes estresantes Disponibilidad de soporte social Acceso al transporte y habilidad para manejar Acceso a armas

Tomado de Taylor³¹

Otro aspecto importante para el médico familiar es reconocer propiamente el síndrome depresivo o saber si este es reactivo a un proceso patológico como: la infección viral, las endocrinopatías, el hipoparatiroidismo, el hiperparatiroidismo, la leucemia, el cáncer de páncreas, la enfermedad cerebrovascular, el infarto agudo del miocardio, la desnutrición y la deficiencia de vitamina B12³⁰.

Adicionalmente, es crucial conocer la depresión inducida por sustancias, especialmente por medicamentos utilizados frecuentemente como los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA) (captopril, enalapril, lisinopril), los antibióticos (metronidazol, trimetropim sulfametoxazol, ciprofloxacina), los anticolinérgicos, los antivirales (aciclovir, efavirenz), los barbitúricos (fenobarbital), benzodiacepinas (alprazolam, clonazepam, diazepam, lorazepam, triazolam), bloqueadores canales de calcio (diltiazem, nifedipino, verapamilo), corticoides (prednisolona, cortisona), dermatológicos (isotretinoína), anti-inflamatorios no esteroideos (AINES) (ibuprofeno, naproxeno, meloxicam), opioides (codeína, meperidina, morfina, oxicodona) y medicamentos para el Parkinson (levodopa)²⁷.

La historia clínica es fundamental para realizar un adecuado abordaje de la depresión en la persona mayor, teniendo en cuenta antecedentes patológicos, psiquiátricos, familiares e historia de vida³ (tabla 2).

El primer paso en el enfoque de la población mayor con depresión es la educación al paciente y a los familiares, este hecho asegura el éxito en el tratamiento. En la información dada se debe hacer énfasis en que la depresión es una enfermedad que le puede suceder a cualquier persona, que se debe a una combinación de diversos factores (genéticos, ambientales y psicosociales), también es importante explicar los síntomas y afecciones del paciente y que estas no se deben a que la persona sea débil o perezosa, y las diferentes modalidades de tratamiento único o combinado, desmentir

mitos acerca de los psicofármacos y los riesgos de padecer este trastorno^{14,32,33}.

Igualmente, el médico de familia debe conocer y gestionar los factores de riesgo modificables asociados con la depresión, dentro de los que se encuentran cuatro grandes grupos: el índice de masa corporal anormal, la inactividad física, el tabaquismo y el consumo de alcohol; los cuales se pueden usar en la práctica clínica para modificar el riesgo de depresión⁸.

Los objetivos del tratamiento son reducir los síntomas de depresión, la conducta suicida, la recaída o recurrencia de los síntomas y mejorar el estado cognitivo y funcional³⁰. Esta terapéutica se divide en dos grandes pilares que constituyen el mejor tratamiento para esta entidad: el tratamiento farmacológico y el no farmacológico, en este último grupo se incluye psicoterapia y cambios en el estilo de vida.

En primer lugar, el tratamiento con antidepresivos, en general, es efectivo y bien tolerado por las personas adultas mayores, no obstante, la elección del medicamento depende del perfil de seguridad, efectos adversos, pluripatología, polifarmacia, función renal, función hepática y adecuada red de apoyo¹⁴. En términos generales, se debe considerar iniciar los antidepresivos con un solo medicamento y con la mínima dosis posible y, paulatinamente, realizar ajustes en la dosis, según la tolerancia de cada paciente, de igual manera, es importante informar al paciente que los efectos positivos del medicamento inician su nivel terapéutico a las seis semanas, así como los efectos adversos y la importancia de la adherencia. Cabe resaltar que los antidepresivos nunca se deben suspender solo porque la persona experimenta una mejoría, pues se recomienda ser administrados, al menos, de nueve a 12 meses después de la remisión de los síntomas³³.

En cuanto a los antidepresivos, los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) son los medicamentos de primera línea en depresión en pacientes geriátricos. Los antidepresivos ISRS más aconsejados en estos y sus efectos adversos aparecen en la tabla 3. En caso de resistencia o de respuesta insuficiente de un medicamento a dosis máxima, se puede adicionar un segundo medicamento como los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina y norepinefrina (ISRNS), para estos se recomienda tomar los niveles de presión arterial y tener un perfil lipídico. En cuanto a los antidepresivos tricíclicos (amitriptilina e imipramina), en general no se recomiendan como tratamiento inicial en personas mayores por sus efectos secundarios y toxicidad, dentro de los que se encuentran: sequedad de boca, visión borrosa, retención urinaria, taquicardia, somnolencia, hipotensión ortostática y sedación^{25,34-37}.

En segundo lugar, la psicoterapia es recomendada especialmente cuando se reconocen factores psicosociales asociados con la enfermedad; sin embargo, los ancianos rara vez reciben esta terapéutica, la razón de esto incluye las actitudes negativas y las pocas expectativas hacia la psicoterapia por parte de los pacientes y médicos³⁸.

Otro factor que influye en la actitud negativa hacia este tratamiento es la desinformación y la estigmatización^{34,39}. Tradicionalmente, se ha utilizado la terapia cognitiva conductual como psicoterapia, esta terapia se basa en el fundamento de que el estado de ánimo y el comportamiento de una persona están determinados por la forma en la que cada persona ve el mundo⁶.

Tabla 3 Medicamentos antidepressivos recomendados en el tratamiento de depresión en el adulto mayor

Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS)		
Nombre medicamento	Dosis antidepressiva	Efectos adversos
Fluoxetina	20 - 40 mg/día VO	Ansiedad, cefalea, hiporexia, temblor y disfunción sexual
Citalopram	20 - 40 mg/día VO	Resequedad de mucosa (boca seca, estreñimiento, disminución en la producción de lágrima), mareo, náusea, ansiedad, insomnio, cefalea, vértigo y disfunción sexual
Paroxetina	20 - 40 mg/día VO	Insomnio, ansiedad, diarrea, mareo, fatiga, cefalea, náuseas, vómitos, hiponatremia
Sertralina	50 - 200 mg/día VO	
Escitalopram	10 - 20 mg/día VO	
Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina y noradrenalina (IRSN)		
Venlafaxina	75 - 300 mg/día VO	Insomnio, ansiedad, disminución del apetito.
Desvenlafaxina	50 mg/día VO	Mareo, náuseas, vómito, hipertensión arterial, hiponatremia en ancianos, sangrado anormal, síntomas de discontinuación
Duloxetina	30 - 60 mg/día VO	

Elaboración propia con base en: Cortajarena-García³⁵, Espinosa-Aguilar⁴⁵ y Fuentes-Cuenca⁴⁷.
VO: vía oral.

Otra de las estrategias en el tratamiento es el cambio en el estilo de vida, alentando a las personas mayores a realizar ejercicio físico^{40,41}, puesto que reduce los síntomas depresivos, siendo el complemento ideal en el tratamiento de los pacientes con depresión, incluso un programa de entrenamiento físico puede considerarse una alternativa en depresión leve⁴². Realizar actividades físicas no solo controla las emociones, sino que suprime sentimientos negativos, pues esta práctica es considerada como un excelente anti estrés⁴³. Adicionalmente, se recomienda mejorar la nutrición y aumentar la participación en actividades sociales y placenteras, como coadyuvantes en el tratamiento convencional³¹.

Las intervenciones psicosociales en la depresión abarcan una serie de elementos en los que se destaca: reducir el estrés y fortalecer el apoyo social, promover el funcionamiento adecuado de las actividades diarias y en la vida de la comunidad, que aunque sea un reto, se debe reanudar las actividades que previamente fueron placenteras, mantener un ciclo regular de horas para dormir y para estar despierto, mantenerse físicamente activo, comer regularmente, pasar tiempo con amistades y familia, participar en las actividades comunitarias y en otras actividades sociales³³. Asimismo, la realización de actividades cognitivas por diferentes medios, como el uso de la computadora, mejoran los síntomas y disminuyen el riesgo de un nuevo episodio depresivo^{41,44}.

Probablemente, algunos adultos mayores no mejoren con el tratamiento previamente planteado, presenten alto riesgo suicida, recaídas o recurrencias frecuentemente, o no esté indicado los psicofármacos por su perfil de seguridad, en estos casos, está indicada la terapia electro-convulsiva, la cual puede usarse de manera segura y efectiva en ancianos, con una tasa de efectividad entre el 80 y el 90%. El evento adverso más frecuente es el deterioro en la memoria, que en la mayoría de los casos es transitorio^{20,26,34}.

Por todo lo anterior, se deben tener en cuenta los criterios de referencia al psiquiatra, los cuales son:

- Paciente con depresión que ha recibido en el primer nivel de atención el manejo farmacológico, psicoterapéutica y psicológico a dosis terapéuticas, al menos por seis semanas, sin mejoría o que empeora
- Depresión grave con deterioro psicosocial significativo
- Pacientes con riesgo suicida
- Paciente con síntomas psicóticos

Los dos últimos criterios se consideran como urgencia médica y se debe valorar el manejo intrahospitalario^{45,46}.

Conclusiones

Los médicos familiares son, a menudo, el primer contacto médico con los pacientes geriátricos con síntomas depresivos, por lo que es crucial que estos conozcan acerca de la prevención primaria y secundaria de la depresión en el adulto mayor, con la finalidad de reconocer los factores de riesgo y los protectores, realizar el diagnóstico temprano y el tratamiento de manera oportuna, para evitar las recurrencias, recaídas, desenlaces fatales y mejorar la calidad de vida de la población adulta mayor con depresión.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Anexo. Material adicional

Se puede consultar material adicional a este artículo en su versión electrónica disponible en [doi:10.1016/j.semerg.2020.09.009](https://doi.org/10.1016/j.semerg.2020.09.009).

Bibliografía

1. Baldeón-Martínez P, Luna-Muñoz C, Mendoza-Cernaqué S, Correa-López LE. Depresión del adulto mayor peruano y variables sociodemográficas asociadas: análisis de ENDES 2017. *Rev Fac Med Hum*. 2019;19:47–52.
2. Gallo JJ, Coyne JC. The challenge of depression in late life bridging science and service in primary care. *JAMA*. 2000;284:1570–2.
3. Organización Mundial de la Salud (OMS). Depresión. 2020, <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>.
4. Hall CA, Reynolds 3rd CF. Late-life depression in the primary care setting: Challenges, collaborative care, and prevention. *Maturitas*. 2014;79:147–52, <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2014.05.026>.
5. Valdés-King M, González-Cáceres JA, Salisu-Abdulkadir M. Prevalencia de depresión y factores de riesgo asociados a deterioro cognitivo en adultos mayores. *Rev Cubana Med Gen Integr*. 2017;33:1–15. <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci.arttext&pid=S0864-21252017000400001&lng=es&nrm=iso&tng=es>.
6. Cahoon CG. Depression in older adults. *Am J Nurs*. 2012;112:22–30.
7. Nicolosi GT, Da Silva-Falcão DV, Tavares-Batistoni SS, Lopes A, Cachioni M, Liberalesso-Neri A, et al. Depressive symptoms in old age: Relations among sociodemographic and self-reported health variables. *Int Psychogeriatr*. 2011;23:941–9.
8. Almeida OP. Prevention of depression in older age. *Maturitas*. 2014;79:136–41, <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2014.03.005>.
9. Baldwin RC. Recent understandings in geriatric affective disorder. *Curr Opin Psychiatry*. 2007;20:539–43.
10. Lawhorne L. Depression in the older adult. *Prim Care*. 2005;32:777–92.
11. Gilman SE, Bruce ML, Have TT, Alexopoulos GS, Mulsant BH, Reynolds CF, et al. Social inequalities in depression and suicidal ideation among older primary care patients. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2013;48:59–69.
12. Roca-Socarrás AC, Baster-Moro JC, Cristo-Núñez M, Rivas-Aguilera M. Manejo de la depresión en adultos mayores en la atención primaria en salud. *Correo Cient Méd*. 2007;11(4Sup1):1–11.
13. Julio V, Vacarezza M, Álvarez C, Sosa A. Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. *Arch Med Int*. 2011;33:11–4.
14. Zamorano Bayarri E, Casquero Ruiz R. Recomendaciones de manejo de la depresión en Atención primaria. *Semergen [Internet]*. 2007;33:332–6.
15. Blazer DG. Depression in late life: Review and commentary. *Focus (Am Psychiatr Publ)*. 2009;7:118–36.
16. Sarró-Maluquer M, Ferrer-Feliu A, Rando-Matos Y, Formiga F, Rojas-Farreras S. Depresión en ancianos: Prevalencia y factores asociados. *Semergen*. 2013;39:354–60, <https://doi.org/10.1016/j.semerng.2013.01.007>.
17. Koenig HG. Religion and depression in older medical inpatients. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2007;15:282–91, <https://doi.org/10.1097/01.JGP.0000246875.93674.0c>.
18. Baetz M, Griffin R, Bowen R, Koenig HG, Marcoux E. The association between spiritual and religious involvement and depressive symptoms in a Canadian population. *J Nerv Ment Dis*. 2004;192:818–22.
19. Murray J, Banerjee S, Byng R, Tylee A, Bhugra D, Macdonald A. Primary care professionals' perceptions of depression in older people: a qualitative study. *Soc Sci Med*. 2006;63:1363–73.
20. Casey DA. Depression in older adults: A treatable medical condition. *Prim Care*. 2017;44:499–510, <https://doi.org/10.1016/j.pop.2017.04.007>.
21. Hernández-Rincón EH, Muñoz-Abril YC, Avella-Pérez LP. Rol del médico familiar en el nuevo modelo integral de atención en salud en Colombia. *Rev Cubana Med Gen Integr*. 2019;35:1–16.
22. Campos-Zamora M, Hernández-Cuéllar CX, Sotolongo-García Y, Oliva-Sánchez R. La depresión en el adulto mayor Algunas consideraciones para su diagnóstico en la atención primaria. *Rev Méd Electrónica*. 2008;30:651–8, <http://www.revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/rme/article/view/545/html>.
23. Sotelo-Alonso I, Rojas-Soto JE, Sánchez-Arenas C, Irigoyen-Coria A. La depresión en el adulto mayor: una perspectiva clínica y epidemiológica desde el primer nivel de atención. *Arch Med Fam*. 2012;14:5–13, <https://www.medigraphic.com/pdfs/medfam/amf-2012/amf121b.pdf>.
24. Gómez-Ayala AE. La depresión en el anciano: clínica y tratamiento. *Offarm*. 2007;26:80–94.
25. Peña-Solano DM, Herazo-Dilson MI, Calvo-Gómez JM. Depresión en ancianos. *Rev Fac Med*. 2009;57:347–4355.
26. Lapid MI, Rummans TA. Evaluation and management of geriatric depression in primary care. *Mayo Clin Proc*. 2003;78:1423–9.
27. Gleason OC, Pierce AM, Walker AE, Warnock JK. The two-way relationship between medical illness and late-life depression. *Psychiatr Clin North Am*. 2013;36:533–44, <https://doi.org/10.1016/j.psc.2013.08.003>.
28. Schnitker J. Chronic illness and depressive symptoms in late life. *Soc Sci Med*. 2005;60:13–23.
29. Gili M, Comas A, García-García M, Monzón S, Serrano-Blanco A, Roca M. Comorbidity between common mental disorders and chronic somatic diseases in primary care patients. *Gen Hosp Psychiatry*. 2010;32:240–5, <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2010.01.013>.
30. Alexopoulos GS. Depression in the elderly. *Lancet*. 2005;365:1961–70.
31. Taylor WD. Clinical practice. Depression in the elderly. *N Engl J Med*. 2014;371:1228–36.
32. Ng CW, How CH, Ng YP. Managing depression in primary care. *Singapore Med J*. 2017;58:459–66.
33. OMS, OPS. Guía de Intervención mhGAP. Washington, D.C. 2017 19– 31. http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789243548067_spa.pdf.
34. Martín-Carrasco M, Agüera-Ortiz LF, Caballero-Martínez L, Cervilla-Ballesteros J, Menchón-Magriñá JM, Montejo-González AL, et al. Consenso de la SEPG sobre la depresión en el anciano. *Actas Esp Psiquiatr*. 2011;39:20–31.
35. Cortajarena-García MC, Ron-Martín S, Miranda-Vicario E, Ruiz de Vergara-Eguino A, Azpiazu-Gómez PJ, López -Aldana J. Antidepresivos en la tercera edad. *SEMERGEN Soc. Esp. Med. Rural Gen*. 2016;42:458–63, <https://doi.org/10.1016/j.semerng.2015.07.015>.
36. Ruiz-Chavarría TF. Abordaje de la depresión en el adulto mayor en el primer nivel de atención. Revisión bibliográfica [Tesis de grado]. San Juan de Costa Rica: Universidad de Costa Rica; 2013. Disponible en: <http://repositorio.sibdi.ucr.ac.cr:8080/jspui/bitstream/123456789/4054/1/38028.pdf>
37. Chamorro-García L. Psicofármacos en el anciano. *Rev Clin Esp*. 2005;205:513–7, <https://doi.org/10.1157/13079770>.
38. Montoliú JM. Psicoterapia en la edad tardía. *Clin salud*. 2008;19:101–20.
39. Pérez-Martínez VT, Arcia-Chávez N. Comportamiento de los factores biosociales en la depresión del adulto. *Rev Cubana Med Gen Integr*. 2008;24:1–20, <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci.arttext&pid=S0864-21252008000300002>.

40. Sawatzky R, Liu-Ambrose T, Miller WC, Marra CA. Physical activity as a mediator of the impact of chronic conditions on quality of life in older adults. *Health Qual Life Outcomes*. 2007;5: 1–11.
41. Uemura K, Makizako H, Lee S, Doi T, Lee S, Tsutsumimoto K, et al. Behavioral protective factors of increased depressive symptoms in community-dwelling older adults: A prospective cohort study. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2018;33:e234–41.
42. Blumenthal JA, Babyak MA, Moore KA, Craighead WE, Herman S, Khatri P, et al. Effects of exercise training on older patients with major depression. *Arch Intern Med*. 1999;159: 2349–56.
43. Alomoto-Mera M, Calero-Morales S, Vaca-García MR. Intervención con actividad físico-recreativa para la ansiedad y la depresión en el adulto mayor. *Rev Cubana Investig Biomed*. 2018;37:47–56.
44. Wilby F. Depression and social networks in community dwelling elders: A descriptive study. *J Gerontol Soc Work*. 2011;54:246–59.
45. Espinosa-Aguilar A, Caraveo-Anduaga J, Zamora-Olvera M, Arronte-Rosales A, Krug-Llamas E, Olivares-Santos R, et al. Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de depresión en los adultos mayores. *Salud Ment (Mex)*. 2007;30:69–80.
46. Martínez-Hernández O. Depresión en el adulto mayor. *Rev Med Electrón*. 2007;29:1–12.
47. Fuentes-Cuenca S, Mérida-Casado E. Protocolo terapéutico de la depresión en el anciano. *Medicine (Baltimore)*. 2011;10:5851–4, [https://doi.org/10.1016/S0304-5412\(11\)70187-1](https://doi.org/10.1016/S0304-5412(11)70187-1).