

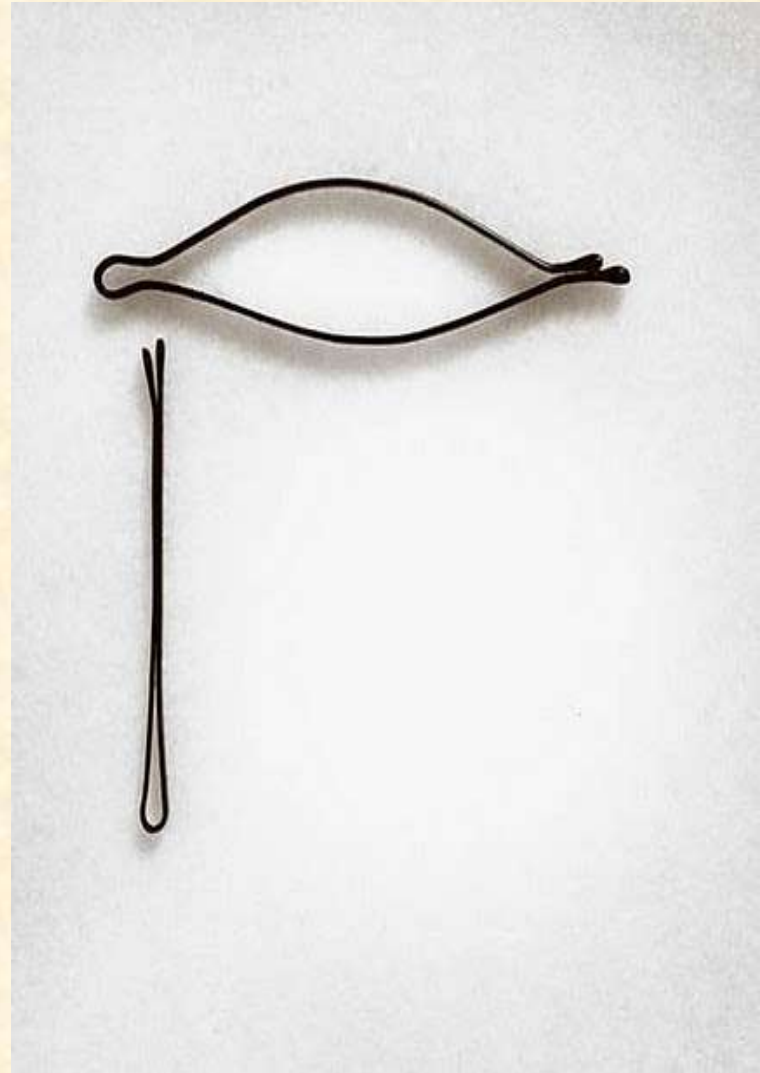


# SINTOMATOLOGIA DEPRESIVA EN EL ANCIANO Y EN DEMENCIA

LEIRE NARVAIZA  
Psiquiatra CSMA Garraf  
Geriatra

# GUIÓN

- Epidemiología
- Psicopatología específica
- Demencia - depresión
- Suicidio en el anciano
- Diagnóstico
- Tratamiento
- Pronóstico



# Depresión en el anciano



- Grupo heterogéneo
- Prevalencia **TDM** en mayores de 75 años oscila entre **4.6- 9.3%**
- Prevalencia **sintomatología depresiva menor 4.5-37.4%**
- La mayoría de los episodios depresivos endógenos en edad avanzada son recurrencias
- Mayor prevalencia en mujeres ( igual que en mas jóvenes)
- Mayor prevalencia en **Demencia (prevalencia estimada del 30%; variación del 0-86%)**
- La prevalencia de sintomatología depresiva en enfermedad de Alzheimer entre 15-50%

# Depresión en el anciano



- Grupo heterogéneo
- Prevalencia **TDM** en mayores de 75 años oscila entre **4.6- 9.3%**
- Prevalencia **sintomatología depresiva menor 4.5-37.4%**
- La mayoría de los episodios depresivos endógenos en edad avanzada son recurrencias
- Mayor prevalencia en mujeres ( igual que en mas jóvenes)
- Mayor prevalencia en **Demencia (prevalencia estimada del 30%; variación del 0-86%)**
- La prevalencia de sintomatología depresiva en enfermedad de Alzheimer entre 15-50%

Pueden coexistir  
Una puede preceder a la otra  
Pueden confundir



## Box 1 Risk factors for depression in elderly people<sup>30</sup>

### *Physical factors*

- Chronic disease, such as diabetes, ischaemic heart disease, heart failure, chronic obstructive pulmonary disease
- Acute myocardial infarction
- Organic brain disease: dementia, stroke, Parkinson's disease, cerebrovascular disease
- Endocrine/metabolic disorders: thyroid disease, hypercalcaemia, B12 and folate deficiency
- Malignancy
- Chronic pain and disability

### *Psychosocial factors*

- Social isolation
- Change in financial circumstances
- Being a carer
- Change of role and loss of social status
- Bereavement and loss
- Difficulty in adapting to illness/pain/disability
- Poor defences against anxiety about death
- History of depression
- Being in institutional care

# Depresión en Demencia Alzheimer



- Normalmente sintomatología inicial
  - Podría obedecer e dificultad en valoración casos avanzados
- Sintomatología fluctuante pero mas del 30% de duración mayor a 6 meses
- Efectos perjudiciales

- Institucionalización precoz
- Antes sobrecarga del cuidador
- Aumenta la mortalidad
- Aumenta riesgo de suicidio

# Depresión en Demencia Alzheimer. Etiopatogenia



INCIERTA

- No siempre cuadro reactivo
- Estudios post-mortem:
  - Descenso de células noradrenérgicas en locus ceruleus y dopaminérgicas en rafe

# Psicopatología específica



- Los ancianos reconocen peor los síntomas depresivos, tienen mayor tendencia a atribuirlos a el propio envejecimiento o a enfermedades somáticas



# Psicopatología específica



- Los ancianos reconocen peor los síntomas depresivos, tienen mayor tendencia a atribuirlos a el propio envejecimiento o a enfermedades somáticas

- Los propios médicos pueden tener esta tendencia a su vez



- Mayor probabilidad de infradiagnóstico

# Psicopatología específica



- Los ancianos reconocen peor los síntomas depresivos, tienen mayor tendencia a atribuirlos a el propio envejecimiento o a enfermedades somáticas
  - Los propios médicos pueden tener esta tendencia a su vez



- Mayor probabilidad de infradiagnóstico

Mayor enlentecimiento/agitación

Más quejas somáticas

Más pensamientos sobre la muerte

Mayor presencia ideas delirantes

Menor expresión de tristeza

Quejas subjetivas de pérdida de memoria

Ansiedad presente de forma importante hasta en 50%

# Depresión en demencia



- Frecuentemente la clínica depresiva en el anciano se acompaña de déficits cognitivos

## Disminución de funciones ejecutivas :

Lo más importante

Se asocia a peor respuesta al tratamiento

Alteración en atención/ memoria

Disminución de la velocidad de procesamiento

- Pueden resolverse completamente tras tratamiento o persistir en el tiempo

# Depresión y disfunción ejecutiva

- Se asocia a cambios en sustancia blanca
- Hasta 50% pacientes con depresión
- Caracterizado por
  - Apatía mas que anhedonia
  - Enlentecimiento psicomotor
  - Falta de insight
  - Alteración cognitiva en pruebas screening

**Table 4**  
**LLD and LLD + ED**

<b>Late Life Depression</b>	<b>LLD with ED</b>
<b>Depression mood <math>\times</math> 2 wk</b>	<b>Depressed mood <math>\times</math> 2 wk, may lack insight</b>
<b>Anhedonia</b>	<b>Apathy</b>
<b>Trouble sleeping, too little or too much</b>	<b>Trouble sleeping, often too much</b>
<b>Poor appetite (too little or too much)</b>	<b>Poor appetite (too little or too much)</b>
<b>Trouble concentrating/easily distracted</b>	<b>Easily distracted, difficulty making decisions</b>
<b>Low energy</b>	<b>Low energy, trouble getting started</b>
<b>Feelings of guilt or worthlessness</b>	<b>Feelings of guilt or worthlessness</b>
<b>Keyed up or tense/moving more slowly</b>	<b>Moving more slowly</b>
<b>Thoughts of death or suicide</b>	<b>Thoughts of death or suicide</b>
	<b>Poor cognitive control (Stroop &lt;25)</b>

# Depresión-demencia



- Jorm propone 6 posibles mecanismos para explicar la asociación

- 1-El tratamiento antidepresivo es un factor de riesgo para demencia
- 2-Demencia y depresión comparten los mismos factores de riesgo
- 3-Depresión es un pródromo de demencia
- 4-La depresión es un mecanismo inicial del deterioro cognitivo
- 5-La depresión afecta al umbral de las manifestaciones de demencia
- 6-La depresión es un factor causal de demencia

- No clara evidencia
- Posible mecanismo multifactorial

# Depresión-demencia



- 2 metaanálisis → Depresión en mayores de 60 años aumenta el riesgo de demencia
- ¿Es la depresión un factor riesgo de demencia o es sintomatología prodrómica?



- Hipercortisolemia
- Reducción del volumen del hipocampo
- Procesos neuroinflamatorios
- Menor reserva cognitiva
- Enfermedad vascular

Jorm AF. History of depression as a risk factor for dementia; an updated review. Aust N Z J Psychiatry. 2001  
Ownby RL et al. Depression and risk for Alzheimer disease, systematic review, meta-analysis and metaregression analysis. Arch Ger Psychiatry 2006.

# FR desarrollo demencia tras depresión



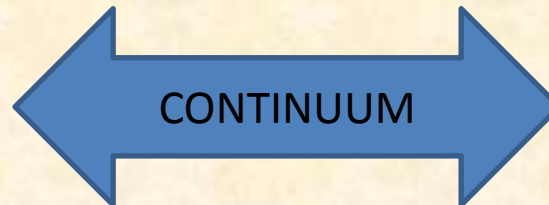
- Alto nivel cultural
- Severidad del episodio depresivo
- Mayor disfunción ejecutiva
- Poca eficacia del tratamiento

# Demencia-depresión



Hay clínica demencia-like  
en depresión

Inicio de una demencia se  
complica con una  
depresión



Kobayashi et al. Depression-dementia medius. Between depression and the manifestation of dementia symptoms.

Psychogeriatrics 2011 .



# Pseudodemencia



- Pseudodemencia
- Es la revelación de una demencia latente en una depresión.
- Parece que la mayoría de pacientes que se recuperan de una pseudodemencia al cabo de muchos años desarrollan demencia
- Comentan que



-Depresión endógena grave se puede manifestar como pseudodemencia  
- Algunos pacientes con demencia inicial presentan clínica depresiva

# Pseudodemencia



- Pseudodemencia
- Es la revelación de una demencia latente en una depresión.
- Parece que la mayoría de pacientes que se recuperan de una pseudodemencia al cabo de muchos años desarrollan demencia
- Comentan que



-Depresión endógena grave se puede manifestar como pseudodemencia  
- Algunos pacientes con demencia inicial presentan clínica depresiva

TRATAR

Kobayashi et al. Depression-dementia medius. Between depression and the manifestation of dementia symptoms.

Psychogeriatrics 2011 .

# Depresión-demencia



- **ESTRESORES**  
(edad, daño cerebral, patologías...)
- **MECANISMOS COMPENSACIÓN**
- **DEPRESIÓN** produce una descompensación
  - Alteraciones ejecutivas y deterioro cognitivo
- Al mejorar la depresión, **DETERIORO COGNITIVO FASE LATENTE**
- A lo largo del tiempo los mecanismos de compensación **FALLAN → DEMENCIA**

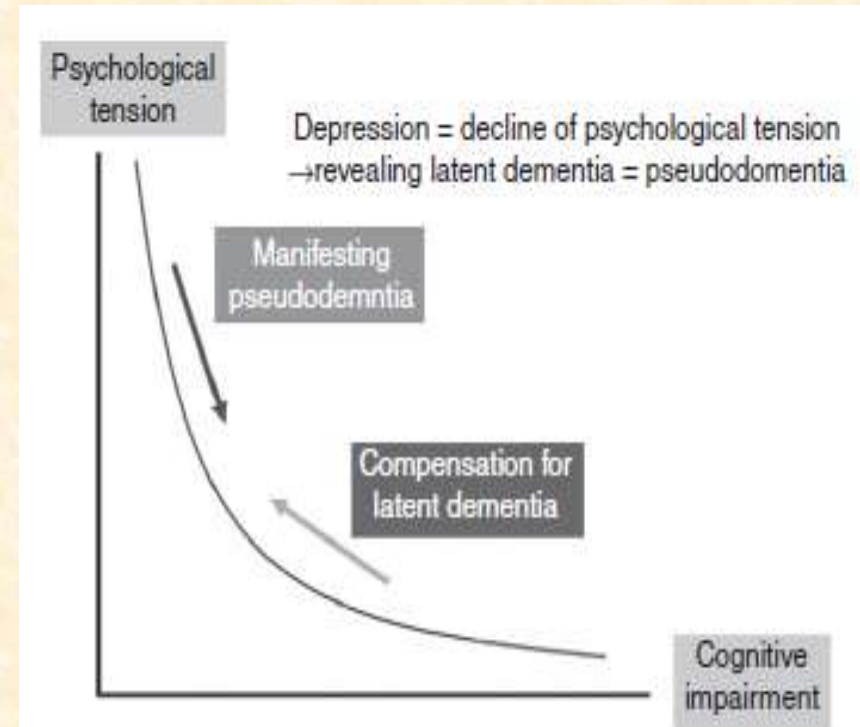


Figure 1 Mechanism of manifesting depressive pseudodementia. (Reproduced with permission from Kato and Kobayashi.<sup>31</sup>)

Kobayashi et al. Depression-dementia medius. Between depression and the manifestation of dementia symptoms.

# Depresión y suicidio



- Depresión es el principal factor de riesgo para conducta suicida e ideación suicida en edad avanzada

## Box 3 Risk factors for suicide in older people<sup>1</sup>

Older age, male sex

Social isolation

Bereavement

History of attempts

Evidence of planning

Chronic painful illness or disability

Drug or alcohol use

Sleep disorders

# Depresión y suicidio



- Menor frecuencia consumo de sustancias
- Menor frecuencia trastornos de personalidad
- Muy frecuente la presencia de enfermedad somática grave
  - La clínica somática puede producir sintomatología depresiva
  - Mecanismo adaptativo

Solo 2-4 % de los ancianos  
terminales cometen suicidio

# Depresión y suicidio



- Frecuentemente menos impulsivos, más planeados
- Mayor letalidad método
- Baja rescatabilidad

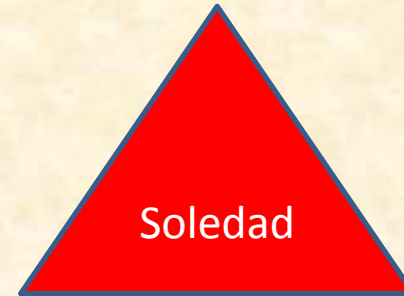


MAYOR PROBABILIDAD  
ÉXITO

# Depresión y suicidio



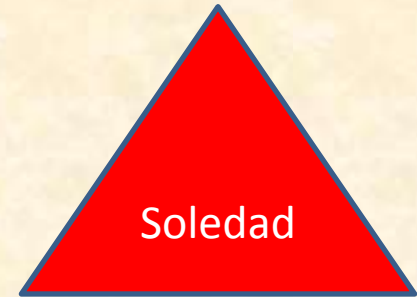
- Factores asociados con intentos de suicidio en mayores de 70 años
  - No estar casado
  - Bajo nivel educacional
  - Historia de tratamiento psiquiátrico previo
  - Antecedentes de intentos previos



# Depresión y suicidio

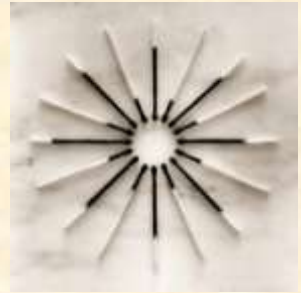


- Estudio comparativo
  - Suicidios en mayores de 75 años
  - Suicidios en mediana edad ( 50-64 años)
  - Suicidios en viejos-jóvenes ( 65-75)
  - Pacientes psiquiátricos vivos mayores de 75 años que han cometido intento suicidio en los últimos 12 meses
- Suicidas mayores de 75 años
  - Viudos
  - Vivían solos
  - Habían tenido un estresor vital importante recientemente





# Diagnóstico



- Siempre iniciar despistaje orgánico!!!

## Box 5: Investigations to consider when depression is suspected

- Full blood count
- Urea and electrolytes
- Liver function tests
- Thyroid function tests
- Vitamin B12
- Folate
- Fasting glucose
- Bone profile
- Further tests dictated by clinical presentation

# Diagnóstico



## Box 2 DSM-IV criteria for major depressive episode

Nearly every day for the preceding two weeks the patient has experienced five or more of:

Depressed mood for most of the day\*

Decreased interest or pleasure in nearly all activities for most of the day\*

Marked loss or gain of weight or markedly increased or decreased appetite

Excessive sleep or not enough sleep

Observable psychomotor agitation or retardation

Tiredness or loss of energy

Feelings of guilt or worthlessness

Poor concentration or indecisiveness

Thoughts of dying or suicide, suicide attempt

\*One of these features must be present. Depressed mood for  $\geq 2$  weeks not meeting these criteria is defined as a minor depressive episode. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSMIV), American Psychiatric Association, 1994

- Muchos ancianos no cumplen criterios DSM-IV
- Valorar la implicación en el **funcionamiento psicosocial** del sujeto

# Criteriaos diagnósticos

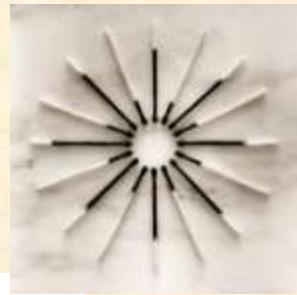


Table 1. Highlights of the Provisional Diagnostic Criteria for Depression of Alzheimer Disease

1. All criteria are met for dementia of Alzheimer type (DSM-IV-TR).
2. The provisional criteria require three or more symptoms of depression, instead of the five symptoms required for idiopathic major depression. The symptoms are as follows: depressed mood, decreased positive affect or pleasure in response to social contact and usual activities, social isolation or withdrawal, disruption in appetite, disruption in sleep, psychomotor changes, irritability, fatigue or loss of energy, feelings of worthlessness, hopelessness, or excessive or inappropriate guilt, and recurrent thoughts of death, suicidal ideation, plan, or attempt.
3. Criteria were added for the presence of irritability and for the presence of social isolation or withdrawal.
4. Criteria for loss of interest or pleasure were revised to reflect decreased positive affect or pleasure in response to social contact and usual activities.
5. The criteria do not require the presence of symptoms nearly every day, as is the case for major depressive episode, while requiring presence of symptoms during the same 2-week period.

#### **Box 4 Useful scales for depression**

##### *Geriatric depression scale (GDS-15)\**

Specifically developed for use in geriatric patients; contains fewer somatic items; suitable only for patients with no, mild, or moderate cognitive impairment (>15/30 on mini-mental state examination)

Well validated in older people. Cut-off score in population over 60 of  $\geq 5$  indicates a case of depression: sensitivity 92%, specificity 54%<sup>\*12, \*13</sup>

##### *Cornell scale for depression in dementia (CSDD)\**

Suitable for patients with cognitive deficit, not diagnostic for depression but higher scores indicate greater need for further evaluation<sup>\*14</sup>

##### *Patient health questionnaire (PHQ-9)\**

Self reported depression assessment tool scoring each of the nine DSM-IV criteria as 0 (not at all) to 3 (nearly every day)

Validated in adults over 60 in primary care in the United States and Netherlands. With cut-off score of >9 has sensitivity 88%, specificity 80%<sup>\*15, \*16</sup>

##### *Beck depression inventory (BDI)*

Self reported seven item scale

Not recommended for use in older people owing to focus on somatic symptoms<sup>\*17</sup>

##### *Hospital anxiety and depression scale (HADS)\**

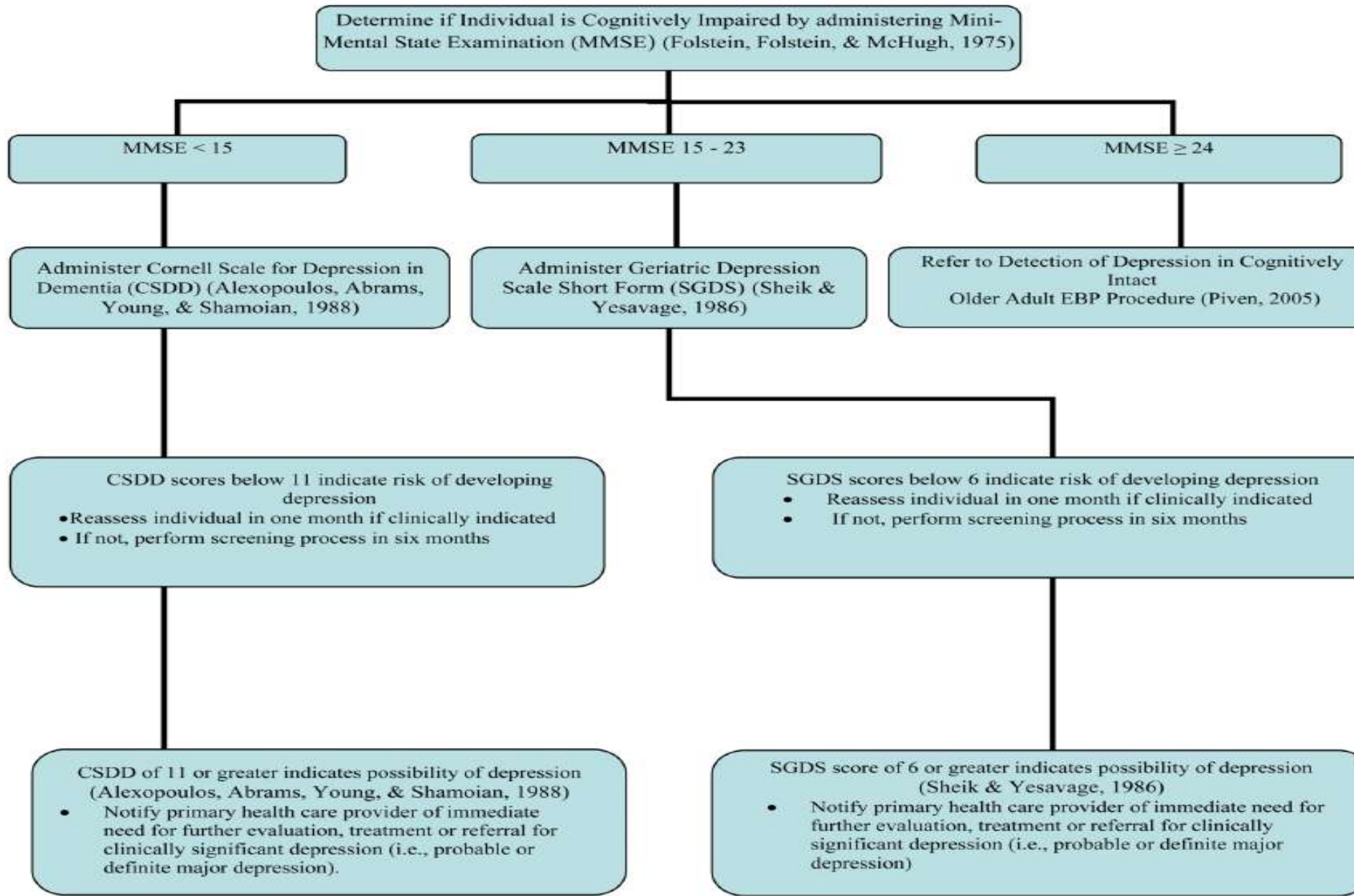
Self-rating scale containing two subscales measuring symptoms of depression (HADS-D) and anxiety (HADS-A) during previous week. Scores >8 for both HADS-A and HADS-D have sensitivity and specificity of 80% and predictive validity of 70%

HADS identifies equal numbers of patients with depression regardless of age<sup>\*18</sup>

##### *Montgomery and Åsberg depression rating scale (MADRS)*

Clinician rated 10 item scale, measures severity of depressive symptoms; sensitive to change; mainly used to assess response to treatment but no agreement on cut-off score for remission (between  $\leq 4$  and  $\leq 10$ ), popular in Europe

\*Validated in older adults



**FIGURE 1.**  
ALGORITHM FOR DETECTION OF DEPRESSION IN OLDER ADULTS WITH  
DEMENTIA POPULATION

# Detección depresión en demencia



- MMSE <15 CSDD (Cornell) >11
- <http://www.health.vic.gov.au/older/toolkit/06Cognition/03Depression/docs/Cornell%20Scale%20Guidelines.pdf>
- Al paciente y cuidador
- MMSE 23-15 ;GDS-15 >6
- <http://brite.fmhi.usf.edu/S-GDS%20Spanish.pdf>
- **HAMILTON**
- Gold standard
- Mide cambios clínicos → útil en ECA
- Limitaciones
  - No adecuada en deterioro cognitivo
  - Precisa personal entrenado
- <http://healthnet.umassmed.edu/mhealth/HAMD.pdf>

# Tratamiento



- **CLÍNICA SUBDEPRESIVA Y CLÍNICA LEVE**
- Puede ser suficiente al incidir en factores psicosociales
  - Aumentar el contacto social y dar estructura al día a día
  - Hay evidencia de que los programas de ejercicio físico programados pueden mejorar la clínica depresiva en ancianos
- Si esto no funciona en este grupo de pacientes → psicoterapia o medicación antidepresiva según NICE
- Según varios estudios la psicoterapia es igual de efectiva que en pacientes más jóvenes

# Tratamiento



- CLÍNICA SUBDEPRESIVA Y CLÍNICA LEVE
- Combinación de psicoterapia y farmacoterapia es más efectiva que psicoterapia sola en ancianos
- Psicoterapia es efectiva en pacientes con demencia
- Otros tratamientos: ejercicio físico , psicoeducación



# Tratamiento

- ¿ Cuándo derivar al especialista?



- Cuando no responden bien a estrategias ensayadas
- Depresión mayor
- Clínica psicótica acompañante
- Situaciones psicosociales complejas

# Tratamiento farmacológico



- PRIMERA LÍNEA → **ISRS**
- Cochrane → ISRS y antidepresivos tricíclicos tienen eficacia similar pero los tricíclicos tienen muchos más efectos secundarios
- Respuesta retardada → a partir de la 10 semana
- Se ha descrito buena repuesta tras ICTUS e IAM

# Tratamiento : ISRS



- De elección **sertralina, escitalopram y citalopram** ( menor p450)
  - EFECTOS SECUNDARIOS :
  - Hipotensión ortostática
  - Efectos anticolinérgicos
  - Sedación
- empezar bajas dosis y subir gradualmente
- Hiponatremia ( sobretodo mujeres, I.Renal, otros fármacos , bajo peso)
    - Monitorizar niveles de Na
  - Aumento de riesgo de sangrado ( alto y bajo) : IBP

**Step 1:**  
Select Treatment

**Step 2:**  
Monitor Symptoms for 6-8 weeks

**Step 3:**  
Review progress by 8 weeks

**A. Less than 50% response:**  
Re-assess and  
consider adjusting treatment;  
Monitor monthly

**B. More than 50% response:**  
Monitor monthly

**Step 4A:**

Review Progress by 16 weeks

**Step 4B:**

**A1.** If no improvement, re-evaluate

**A2.** If response, continue to monitor monthly

**B1:** If no further improvement, re-evaluate

**B2:** If response continues, maintain  
Treatment to 12 months of  
treatment.

**Fig. 2.** Data-driven decision-making.

# Tratamiento de la depresión resistente



- **CAMBIO A DUAL:** venlafaxina, duloxetina
- Venlafaxina:
  - Buena tolerancia
  - Mejor respuesta que a paroxetina en ECA
  - Igual respuesta a nortriptilina
- **AÑADIR:**
- Mirtazapina : acción noradrenérgica y mejor tolerancia ISRS
- Bupropion: dopaminérgico
- Litio: niveles menores que en jóvenes, monitorizar función renal
- Antipsicótico: quetiapina ( 300-600 mg/día), aripiprazol ( 15-20 mg/día)

- **TEC**

A randomized, single-blind, comparison of venlafaxine with paroxetine in elderly patients suffering from resistant depression.

Mazeh D. Int Clin Psychopharmacol. 2007 Nov;22(6):371-5.

Effectiveness and safety of venlafaxine extended release in elderly depressed patients.

Ibor JJ. Arch Gerontol Geriatr. 2008 May-Jun

Venlafaxine versus nortriptyline in the treatment of elderly depressed inpatients: a randomised,

double-blind, controlled trial. Int J Geriatr Psychiatry. 2007 Dec;22(12):1247-54.

# TEC en depresión anciano



- Tratamiento muy eficaz incluso en paciente con demencia
- Hay pocos estudios sobre secuelas cognitivas a largo plazo, parecen transitorios
- De elección en situaciones clínicas complejas con comorbilidad somática
- Bien tolerado

Is electroconvulsive therapy (ECT) effective and safe for treatment of depression in dementia? A short review.

Oudman E.J ECT. 2012 Mar;28(1):34-8.

Efficacy and cognitive side effects of electroconvulsive therapy (ECT) in depressed elderly inpatients with coexisting mild cognitive impairment or dementia.

Hausner L,et al .J Clin Psychiatry. 2011 Jan;72(1):91-7

The effects of ECT on cognitive functioning in the elderly: a review.

Tielkes CE,et al .Int J Geriatr Psychiatry. 2008 Aug;23(8):789-95.

The efficacy and safety of ECT in depressed older adults: a literature review.

van der Wurff FB et al.Int J Geriatr Psychiatry. 2003 Oct;18(10):894-904.

# Tratamiento duración



- Duración recomendada de tratamiento farmacológico tras primer episodio → **6 meses**
- Los beneficios a largo plazo del mantenimiento de antidepresivos para la prevención de recurrencias no están claros más allá de los 12 meses
- Se ha descrito aumento de recurrencias tras discontinuación de litio

# Consideraciones tratamiento depresión en demencia



- Controvertido
- Hay algunos estudios que sugieren la ausencia de respuesta en clínica depresiva y DTA tras tratamiento con sertralina o mirtazapina comparados con placebo
- Metaanálisis reciente concluyó que no hay clara evidencia de uso antidepresivos
  - Deficiencias metodológicas
- TEC: estudios pequeños parecen mostrar evidencia
  - No tan claro en demencia severa o vascular



# Pronóstico



- Tasas de **remisión** parecidas a población más joven pero duración de episodio mayor ( **mayor latencia respuesta** a tratamiento)
  - Duración media de episodio TDM 18 meses ( 2/3 pacientes tardaron 3 años en recuperarse)
- Remisión completa según algunas series fue del **29%** a los 6 meses de seguimiento

# Pronóstico



- Factores que podrían estar asociados a duración episodio prolongado
  - Severidad de episodio
  - Ansiedad comórbida
  - Historia familiar de depresión
  - Comorbilidad médica general
- Factores asociados a pobre respuesta a tratamiento
  - Edad: a mayor edad menor eficacia ( no para psicoterapia ni TEC)
  - Disfunción ejecutiva
  - Factores socioeconómicos
- Padecer un episodio depresivo entre los 70-84 años podría aumentar la mortalidad



