

PREVENCIÓN DE LA DEPRESIÓN EN EL ANCIANO

Introducción

Entre la clase médica, es frecuente que los términos “salud pública” y “pre-vencción” se consideren únicamente aplicables a las enfermedades somáticas. Sin embargo, existe cada vez un número mayor de datos que avalan la relevancia de los trastornos psiquiátricos a la hora de planificar la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud(1).

La depresión en el anciano posee un enorme interés desde el punto de vista de la salud pública, tanto por su alta prevalencia como por la discapacidad, comorbilidad y aumento de mortalidad asociadas a la misma(2). En el año 2020, se estima que los trastornos depresivos alcanzarán el segundo puesto entre la causas de carga asociada a enfermedad, tan solo por detrás de la isquemia coronaria(3), y en 2030 pueden alcanzar el primer lugar(4). Entre el 1-3% de la población comunitaria anciana presenta un trastorno depresivo mayor, y entre el 8-16% tiene síntomas depresivos clínicamente significativos(5). En atención primaria, los porcentajes respectivos se elevan al 6-9% y 17-37%(6), y pueden llegar a duplicarse en entornos hospitalarios o residenciales(7). Por otra parte, las cifras de prevalencia de depresión mayor han aumentado notablemente en la última década, lo que sugiere que futuras cohortes de ancianos van a presentar unas tasas de trastornos depresivos superiores a las que encontramos en la actualidad(8). Estas cifras adquieren su verdadera dimensión cuando se ponen en el contexto de los cambios demográficos que estamos viviendo. Conforme la esperanza de vida se va alargando y la generación de postguerra – conocida en los países occidentales como el baby boom – se adentra en la vejez, comenzamos a apreciar plenamente las consecuencias de una verdadera revolución demográfica. El número de personas de 85 años o más se está incrementando rápidamente, y las personas nacidas entre 1939 y 1960 se aproximan a los sesenta: ambos grupos contribuyen significativamente a este cambio demográfico.

El pronóstico de los estados depresivos en el anciano no es bue-

no. El tratamiento no siempre consigue buenos resultados. Aunque el NIMH estadounidense cita unas tasas de eficacia terapéutica del 80% en el trastorno depresivo mayor – con un tratamiento óptimo – la realidad es que muchos pacientes no tienen recibido un tratamiento adecuado. Por ejemplo, en el estudio Nacional Comorbidity Survey Replication se encontró un tratamiento adecuado únicamente en el 42% de los pacientes(9). Pero incluso cuando se pone en práctica el mejor tratamiento posible, los resultados son todavía insatisfactorios, al menos en población anciana. Dos grandes estudios bien diseñados realizados en atención primaria con un abordaje multidisciplinar, denominados IMPACT y PROSPECT, hallaron que menos de la mitad de los ancianos con depresión mayor que reciben tratamiento experimentan una reducción del 50% en los síntomas depresivos(10;11). En el estudio IMPACT(11), tan solo un cuarto de los pacientes quedó completamente libre de los síntomas depresivos.

En consonancia con estos resultados, un meta-análisis de estudios evolutivos estimó que únicamente el 33% se encontraba bien a los dos años de episodio índice, mientras que el 33% estaba deprimido – bien porque no se había recuperado o por recaída – y el 21% había fallecido(12). El pronóstico sombrío se extiende a los ancianos que presentan sintomatología depresiva sin alcanzar el umbral del diagnóstico, lo que probablemente refleja las limitaciones de los sistemas de clasificación. Estos casos tienen un funcionamiento similar o peor que los pacientes con enfermedades somáticas crónicas, tales como artritis, diabetes o enfermedades cardíacas o pulmonares(13), y tienen un riesgo elevado de desarrollar un síndrome depresivo completo(14).

Teniendo en cuenta el conjunto de datos disponible, distintos autores han señalado que la máxima ganancia en salud atribuible al tratamiento para la depresión puede cifrarse en torno al 40%(15;16). Las limitaciones del tratamiento, incluso condiciones óptimas, refuerzan la necesidad de desarrollar estrategias preventivas para la depresión en el anciano.



MARTIN CARRASCO, MANUEL; GONZÁLEZ FRAILE, EDUARDO; MUÑOZ HERMOSO, PAULA

Instituto de Investigaciones Psiquiátricas (Fundación M^a Josefa Recio), Bilbao, España.

Estrategia preventiva

Es interesante examinar en qué parte de la historia natural de la depresión, y en qué parte de la población afectada es más coste-efectivo intervenir. La estrategia preventiva de la depresión en el anciano está ligada al abordaje de los trastornos depresivos en el resto del ciclo vital, ya que la mayoría de las personas ancianas con depresión presentaron por primera vez la sintomatología depresiva en etapas anteriores de su vida. Por lo tanto, y dada la tendencia a la recurrencia del trastorno, una primera estrategia básica consiste en la detección y tratamiento adecuado de los trastornos afectivos en todas las fases previas del ciclo vital.

Cuijper(17) ha señalado que es prácticamente imposible demostrar que una medida preventiva universal – es decir, destinada al conjunto de la población – es eficaz a la hora de prevenir el desarrollo de trastornos depresivos. En consonancia con esta teoría, los estudios llevados a cabo con este tipo de objetivo han arrojado resultados negativos. Por ejemplo, Van de Rest y cols.(18) llevaron a cabo un ensayo clínico randomizado para comprobar si el consumo de dosis altas o bajas de ácidos grasos poliinsaturados resulta beneficioso a la hora de prevenir la incidencia de depresión en 302 sujetos ancianos sanos que vivían en la comunidad, sin encontrar diferencias entre los grupos que tomaban placebo, 400 mgr. o 1800 mgr.

En cuanto a la hora de decidir entre prevención selectiva o indicada, el Institute of Medicine norteamericano se ha decantado por aconsejar que se concentre la investigación en la prevención indicada, centrada en sujetos de alto riesgo que presentan ya signos detectables del trastorno, pero que no cumplen todavía criterios de diagnóstico(19). Schoevers y cols.(20) llevaron a cabo una revisión sistemática de factores de riesgo para determinar cuál de los dos tipos de intervención – selectiva o indicada – era más eficiente. Se entiende que la “eficiencia” comprende tanto el impacto de la intervención como el esfuerzo realizado para llevarla a cabo. El “impacto” queda reflejado en el término epidemiológico “fracción atribuible” – la proporción de casos que serían prevenidos en la población si el efecto adverso o el factor de riesgo diana estuviesen completamente bloqueados -, mientras que el “esfuerzo” se refleja en el número necesario para tratar (NNT) – el número de casos que deberían recibir la intervención preventiva para conseguir prevenir un caso de depresión en el anciano. Idealmente, la intervención preventiva sobre la población seleccionada debería tener una alta fracción atribuible y un NNT bajo(21). Schoevers y cols.(20) determinaron que el factor de riesgo con la combinación de la máxima fracción atribuible y el menor NNT era la depresión

sub-sindrómica, lo que sugiere que la prevención indicada – sobre sujetos con síntomas depresivos - es preferible a la selectiva – sobre sujetos sanos pero en riesgo -, al menos en población anciana. Sin embargo, este punto de vista no es general, y otros autores(22) sostienen que ambos tipos de intervención pueden ser eficientes, aunque el estado actual de conocimientos no permita identificar un factor de riesgo único y se recurra a agrupaciones de factores, con la esperanza de que recientes hallazgos en el campo de los marcadores genéticos u otros marcadores biológicos permitan reducir especialmente el número de falsos positivos; es decir, las personas expuestas a la intervención preventiva que nunca hubieran desarrollado una depresión. En este sentido, Smit y cols.(23) han realizado un análisis sobre las dos primeras olas del estudio Amsterdam Longitudinal Aging Study, y encontraron que la presencia de síntomas de ansiedad, deterioro funcional, dos o más enfermedades crónicas, y o bien un bajo nivel educativo, o una vivencia de bajo control sobre sus vidas, a la vez que se vive sin pareja, agrupaba a los ancianos con más riesgo de presentar una depresión. Este perfil de riesgo se corresponde con un grupo no superior al 8,3% de la población anciana, y la prevención del mismo generaría una fracción atribuible del 48,7%, con un NNT de torno a 3. Por lo que respecta al nivel asistencial óptimo para poner en práctica las estrategias preventivas, la mayoría de autores están de acuerdo en que la atención primaria es el entorno óptimo para este fin(20).

Estudios de intervención preventiva

La mayoría de las intervenciones preventivas objeto de estudios controlados son de tipo psicossocial. Cole(24) ha efectuado una revisión sistemática y meta-análisis sobre la efectividad de intervenciones breves de tipo psicossocial para prevenir la depresión en el anciano. En su trabajo encontró 14 estudios que cumplían las condiciones de inclusión, aunque destacaba los problemas metodológicos desatendidos que presentaban. Diez estudios consistían en intervenciones selectivas, dos en intervenciones indicadas, y dos correspondían a otro tipo de intervenciones. En sus conclusiones señala que los datos disponibles avalan la posibilidad de que algunas técnicas preventivas breves de tipo psicossocial sean útiles para la prevención de la depresión en el anciano, y aporta una interesante serie de reflexiones metodológicas destinadas a mejorar la calidad de este tipo de trabajos. Más recientemente, Forsman y cols.(25) han llevado a cabo otra revisión con meta-análisis sobre intervenciones preventivas de tipo psicossocial en la depresión del anciano, no restringida a intervenciones breves. Sus resultados,

ARTIGO //

por **MARTIN CARRASCO, MANUEL; GONZÁLEZ FRAILE, EDUARDO; MUÑOZ HERMOSO, PAULA; BALLESTEROS RODRÍGUEZ, JAVIER; DOMÍNGUEZ PANCHÓN, ANA**

ARTIGO

sobre un total de 19 estudios analizables, indican una modesta eficacia de las intervenciones, restringida a aquellas destinadas a promover la socialización, mientras que otras intervenciones – ejercicio físico, entrenamiento en habilidades, reminiscencia o intervenciones complejas – no arrojaban diferencias significativas.

Los estudios con intervenciones farmacológicas se han llevado a cabo generalmente con carácter de intervención indicada, sobre poblaciones que presentaban algún tipo de sintomatología clínica. Destacan los trabajos realizados en pacientes con accidente cerebrovascular tratados con escitalopram, terapia de resolución de problemas o placebo(26), o tras sufrir fractura de cadera con el tratamiento antidepressivo habitual(27). En el primer caso, las intervenciones tuvieron éxito frente a placebo, mientras que en el segundo caso los resultados fueron negativos. Otro estudio interesante de metodología similar a los dos anteriores es el realizado por Rovner y cols.(28) en sujetos afectados de degeneración macular, empleando en este caso la terapia de resolución de problemas como intervención terapéutica, y que resultó efectiva frente al tratamiento habitual.

Walker y cols.(29) llevaron a cabo un estudio controlado para determinar si la aplicación de una intervención educativa, la promoción de la actividad física, o ácido fólico más vitamina B12 reducían la incidencia de depresión en una población comunitaria de ancianos con un nivel alto de estrés psicológico a lo largo de dos años. La muestra de estudio consistió en 909 adultos de edad superior a 60 años. Los resultados obtenidos indican que únicamente la intervención educativa tuvo un efecto significativo, pero temporal, sobre la sintomatología depresiva.

Para finalizar, comentaré un reciente estudio de prevención selectiva realizado en pacientes ancianos en atención primaria. Vant'Veer y cols.(30) examinaron el efecto de un programa de intervención escalonada para prevenir la depresión y la ansiedad en personas ancianas con depresión subsindrómica, un grupo de alto riesgo para la aparición de depresión. Sin embargo, incluso en este caso la mayoría de los sujetos – un 70% - no desarrolla depresión(31), por lo que resulta interesante desde el punto de vista ético y de la economía de esfuerzos realizar un abordaje progresivo. La muestra de estudio consistió en 170 pacientes, que fueron asignados al azar al tratamiento habitual o a un programa en cuatro pasos, cada uno de los cuales duraba tres meses, que incluía un seguimiento intensivo, auto-ayuda supervisada, terapia de resolución de problemas y atención médica. En el año que duraba el estudio, la aplicación del programa consiguió reducir la incidencia de depresión y ansiedad (HR 0,49, 95% IC 0,24-0,98). El programa escalonado también fue efectivo en la medida en que solo una minoría de casos requirió

atención médica, y que no requirió un mayor uso de tratamiento psicofarmacológico. Asimismo, el programa ha demostrado su coste-efectividad en término de ganancia de años libres de enfermedad(32).

Conclusiones

La prevención de la depresión en el anciano aparece como un campo prometedor, tanto en términos clínicos como de investigación. Los datos actuales sugieren que centrar la atención en grupos de alto riesgo es más exitoso que las estrategias preventivas universales. Los estudios epidemiológicos están consiguiendo seleccionar muestras donde resulta coste-efectiva la intervención, e incluso existen perspectivas de mejoras con el empleo en el futuro de marcadores biológicos o genéticos. Los resultados actuales en los estudios más exitosos comienzan a aproximarse a los obtenidos con el tratamiento clásico, por lo que es de prever un incremento en los trabajos de investigación que de paso a una generalización de la aplicación de este tipo de intervenciones.

Referências

- (1) Andrews G, Sanderson K, Corry J, Lapsley HM. Using epidemiological data to model efficiency in reducing the burden of depression. *J Ment Health Policy Econ*
- (2) Chapman DP, Perry GS. Depression as a major component of public health for older adults. *Prev Chronic Dis* 2008 Jan;5(1):A22.
- (3) Mathers CD, Loncar D. Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. *PLoS Med* 2006 Nov;3(11):e442.
- (4) World Health Organization. Global burden of disease: 2004 update. 2010. Ref Type: Online Source
- (5) Charney DS, Reynolds CF, III, Lewis L, Lebowitz BD, Sunderland T, Alexopoulos GS, et al. Depression



BALLESTEROS RODRÍGUEZ, JAVIER; DOMÍNGUEZ PANCHÓN, ANA

Javier Ballesteros Rodríguez - Facultad de Medicina, Universidad del País Vasco, Bilbao, España.

Ana Domínguez Panchón - Hospital Aita Menni, Arrasate-Mondragón, Gipuzkoa, España.

and Bipolar Support Alliance consensus statement on the unmet needs in diagnosis and treatment of mood disorders in late life. *Arch Gen Psychiatry* 2003 Jul;60(7):664-72.

- (6) Katon W. Treatment trials in real world settings. Methodological issues and measurement of disability and costs. *Gen Hosp Psychiatry* 1999 Jul;21(4):237-8.
- (7) Blazer D. Depression in the elderly. *N Engl J Med* 1989 Jan 19;320(3):164-6.
- (8) Compton WM, Conway KP, Stinson FS, Grant BF. Changes in the prevalence of major depression and comorbid substance use disorders in the United States between 1991-1992 and 2001-2002. *Am J Psychiatry* 2006 Dec;163(12):2141-7.
- (9) Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Koretz D, Merikangas KR, et al. The epidemiology of major depressive disorder: results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *JAMA* 2003 Jun 18;289(23):3095-105.
- (10) Bruce ML, Ten Have TR, Reynolds CF, III, Katz II, Schulberg HC, Mulsant BH, et al. Reducing suicidal ideation and depressive symptoms in depressed older primary care patients: a randomized controlled trial. *JAMA* 2004 Mar 3;291(9):1081-91.
- (11) Unutzer J, Katon W, Callahan CM, Williams JW, Jr, Hunkeler E, Harpole L, et al. Collaborative care management of late-life depression in the primary care setting: a randomized controlled trial. *JAMA* 2002 Dec 11;288(22):2836-45.
- (12) Cole MG, Bellavance F, Mansour A. Prognosis of depression in elderly community and primary care populations: a systematic review and meta-analysis. *Am J Psychiatry* 1999 Aug;156(8):1182-9.
- (13) Von KM, Ormel J, Katon W, Lin EH. Disability and depression among high utilizers of health care. A longitudinal analysis. *Arch Gen Psychiatry* 1992 Feb;49(2):91-100.
- (14) Lyness JM, Heo M, Datto CJ, Ten Have TR, Katz IR, Drayer R, et al. Outcomes of minor and subsyndromal depression among elderly patients in primary care settings. *Ann Intern Med* 2006 Apr 4;144(7):496-504.
- (15) Chisholm D, Sanderson K, Ayuso-Mateos JL, Saxena S. Reducing the global burden of depression: pop-

ulation-level analysis of intervention cost-effectiveness in 14 world regions. *Br J Psychiatry* 2004 May;184:393-403.

- (16) Andrews G, Issakidis C, Sanderson K, Corry J, Lapsley H. Utilising survey data to inform public policy: comparison of the cost-effectiveness of treatment of ten mental disorders. *Br J Psychiatry* 2004 Jun;184:526-33.
- (17) Cuijpers P. Examining the effects of prevention programs on the incidence of new cases of mental disorders: the lack of statistical power. *Am J Psychiatry* 2003 Aug;160(8):1385-91.
- (18) van de Rest O, Geleijnse JM, Kok FJ, van Staveren WA, Hoefnagels WH, Beekman AT, et al. Effect of fish-oil supplementation on mental well-being in older subjects: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *Am J Clin Nutr* 2008 Sep;88(3):706-13.
- (19) Munoz RF, Mrazek PJ, Haggerty RJ. Institute of Medicine report on prevention of mental disorders. Summary and commentary. *Am Psychol* 1996 Nov;51(11):1116-22.
- (20) Schoevers RA, Smit F, Deeg DJ, Cuijpers P, Dekker J, van TW, et al. Prevention of late-life depression in primary care: do we know where to begin? *Am J Psychiatry* 2006 Sep;163(9):1611-21.
- (21) Smit F, Ederveen A, Cuijpers P, Deeg D, Beekman A. Opportunities for cost-effective prevention of late-life depression: an epidemiological approach. *Arch Gen Psychiatry* 2006 Mar;63(3):290-6.
- (22) Beekman AT, Smit F, Stek ML, Reynolds CF, III, Cuijpers PC. Preventing depression in high-risk groups. *Curr Opin Psychiatry* 2010 Jan;23(1):8-11.
- (23) Smits F, Smits N, Schoevers R, Deeg D, Beekman A, Cuijpers P. An epidemiological approach to depression prevention in old age. *Am J Geriatr Psychiatry* 2008 Jun;16(6):444-53.
- (24) Cole MG. Brief interventions to prevent depression in older subjects: a systematic review of feasibility and effectiveness. *Am J Geriatr Psychiatry* 2008 Jun;16(6):435-43.
- (25) Forsman AK, Schierenbeck I, Wahlbeck K. Psychosocial Interventions for the Prevention of Depression in Older Adults: Systematic Review and Meta-Analysis.

ARTIGO //

por **MARTIN CARRASCO, MANUEL;
GONZÁLEZ FRAILE, EDUARDO; MUÑOZ HER-
MOSO, PAULA; BALLESTEROS RODRÍGUEZ,
JAVIER; DOMÍNGUEZ PANCHÓN, ANA**

ARTIGO

J Aging Health 2010 Oct 8.

- (26) Robinson RG, Jorge RE, Moser DJ, Acion L, Solodkin A, Small SL, et al. Escitalopram and problem-solving therapy for prevention of poststroke depression: a randomized controlled trial. *JAMA* 2008 May 28;299(20):2391-400.
- (27) Burns A, Banerjee S, Morris J, Woodward Y, Baldwin R, Proctor R, et al. Treatment and prevention of depression after surgery for hip fracture in older people: randomized, controlled trials. *J Am Geriatr Soc* 2007 Jan;55(1):75-80.
- (28) Rovner BW, Casten RJ, Hegel MT, Leiby BE, Tasman WS. Preventing depression in age-related macular degeneration. *Arch Gen Psychiatry* 2007 Aug;64(8):886-92.
- (29) Walker JG, Mackinnon AJ, Batterham P, Jorm AF, Hickie I, McCarthy A, et al. Mental health literacy, folic acid and vitamin B12, and physical activity for the prevention of depression in older adults: randomised controlled trial. *Br J Psychiatry* 2010 Jul;197(1):45-54.
- (30) van't Veer-Tazelaar PJ, van Marwijk HW, van OP, van Hout HP, van der Horst HE, Cuijpers P, et al. Stepped-care prevention of anxiety and depression in late life: a randomized controlled trial. *Arch Gen Psychiatry* 2009 Mar;66(3):297-304.
- (31) Beekman AT, Penninx BW, Deeg DJ, de BE, Geerling SW, van TW. The impact of depression on the well-being, disability and use of services in older adults: a longitudinal perspective. *Acta Psychiatr Scand* 2002 Jan;105(1):20-7.
- (32) van't Veer-Tazelaar PJ, Smit F, van HH, van OP, van der Horst H, Beekman A, et al. Cost-effectiveness of a stepped care intervention to prevent depression and anxiety in late life: randomised trial. *Br J Psychiatry* 2010 Apr;196:319-25.