

Depresión geriátrica y trastornos cognitivos

Claudia Dechent R.

Sección de Geriátrica, HCUCCh.

SUMMARY *At the present, the depression constitutes one of the high-priority diseases in public health and frequently affects to the old people with chronic pathologies, mental deterioration and/or loss of functionality, causing suffering to the patient and family, as well as diminution in the functional capacity and worsening of the basic pathologies. The geriatric depression has symptoms that differentiate it from the depression of early onset, such as, less frequency of familiar antecedents and alterations of the personality, greater presence of psychotic and mental symptoms, greater association with cardiovascular risk factors and presence of comorbidities, as well as tendency to chronicity, delayed response to drugs, risk of relapses and/or of evolution to dementia. Given the important prevalence, the clinical course and the existence of subclinical symptoms of difficult detection, becomes necessary to incorporate to the daily practice, simple but effective tests of affective and mental evaluation with the purpose of to derive and/or to try, with pharmacological, rehabilitating and psychotherapeutic approaches.*

INTRODUCCIÓN

En los últimos 50 años han mejorado los cuidados en salud, lo que ha dado lugar a un incremento en la esperanza de vida, aumentando sustancialmente el número de personas mayores de 65 años⁽¹⁾. Un adulto que tiene actualmente 60 años vivirá en promedio 21,6 años más⁽²⁾. Se espera que en el año 2.050 existan dos billones de adultos mayores de 60 años en el mundo y seis millones en Chile⁽³⁾. Junto con aumentar los años de vida, aumentarán las enfermedades asociadas a la edad, siendo la depresión geriátrica una de ellas, por lo que constituye hoy un tema central de discusión social y prioridad en salud pública, entre otras patologías.

La depresión geriátrica está descrita en el Manual Diagnóstico y Estadístico de la Asociación Americana de Psiquiatría (DSM-IV)⁽⁴⁾ y en la Clasificación Internacional de Enfermedades (ICD-10)⁽⁵⁾ como un síndrome depresivo que se presenta en personas mayores de 65 años. Es frecuente que los adultos mayores con patologías médicas crónicas, deterioro cognitivo o pérdida de funcionalidad, presenten cuadros depresivos⁽⁶⁾, causando sufrimiento, conflictos familiares y disminución de la funcionalidad en el paciente, evidenciándose además, un empeoramiento de las patologías de base^(7,8). A pesar de los esfuerzos realizados en la descripción de la depresión geriátrica y en el mejoramiento de los tratamientos, continúan

existiendo consecuencias nefastas tanto para las personas afectadas, como para su entorno familiar y social⁽⁹⁾.

PREVALENCIA E INCIDENCIA DE LA DEPRESIÓN EN LA POBLACIÓN GERIÁTRICA

En estudios epidemiológicos realizados en Estados Unidos, se evidencia que la prevalencia de cuadros depresivos es mayor en pacientes hospitalizados e institucionalizados que en personas insertas en la comunidad. Entre 1 y 4% de la población anciana en la comunidad presenta depresión mayor, equivalente a una incidencia de 0-15% por año, mientras que en pacientes hospitalizados este porcentaje aumenta al 10-12% y 12-14% en pacientes institucionalizados. En atención primaria las cifras de este cuadro, representan el 6-9%⁽⁸⁾. En cuanto a la depresión menor, la prevalencia en población anciana no institucionalizada es de 4-13% mientras que en hospitalizados, alcanza alrededor de un 30% y en pacientes que residen en instituciones, un 17-35%. En atención primaria, el 6% de los pacientes atendidos presenta depresión menor y un 10% síntomas subclínicos de depresión. En el caso de trastornos distímicos, que hacen referencia a la presencia de síntomas depresivos de menor intensidad en el curso de los últimos 2 años, tienen una prevalencia del 2%⁽⁸⁾.

En Chile, la depresión constituye una de las 21 enfermedades en población adulta prioritarias en salud, estudiada en la última encuesta nacional de salud, en que se estableció una prevalencia de 3,7% de síntomas depresivos en el último mes (hombres: 2; mujeres: 4,9), siendo el porcentaje más elevado en el segmento con escolaridad básica (5,6%), de sujetos sobre los 65 años. En el caso de los síntomas depresivos en el último año, estas cifras ascienden la prevalencia a 13,4% (hombres: 7,2; mujeres: 17,8), encontrándose mayor porcentaje en el grupo de sujetos con escolaridad básica (18,6%)⁽¹⁰⁾.

En un estudio realizado en Chile en atención primaria, con personas en situación de pobreza, se estableció que el 11,1% de 1.023 presentaba depresión⁽¹¹⁾. En otro estudio, se detectó que el 47% (n=52) de los pacientes que acuden a la Unidad del Adulto Mayor por cualquier causa, presentó resultados positivos para depresión⁽¹²⁾.

Con frecuencia los síntomas depresivos o síndromes depresivos se encuentran presentes en pacientes con trastornos cognitivos tipo demenciantes como la demencia tipo Alzheimer. Diversos autores sostienen que alrededor de un 17% de estos pacientes presentan depresión mayor⁽¹³⁾ y un porcentaje aún mayor se ha encontrado en pacientes con demencias subcorticales⁽¹⁴⁾. Por otra parte, los cuadros depresivos pueden evolucionar hacia deterioro cognitivo⁽¹⁵⁾ e incluso a demencia⁽¹⁶⁾ a pocos años del inicio de los trastornos^(17,18). De las depresiones con demencia reversible, cuyos síntomas cognitivos remiten casi completamente después del tratamiento antidepresivo, un 40% desarrolla demencia dentro de los siguientes 3 años⁽¹⁹⁾. En un estudio de reciente publicación, se encontró un riesgo relativo de conversión a demencia en los pacientes con diagnóstico de pseudodemencia depresiva, constituyéndose así en un robusto predictor de demencia⁽²⁰⁾. Estudios sostienen que el inicio de un cuadro de depresión mayor 10 años previos al diagnóstico de demencia⁽²¹⁾ y la historia de un episodio depresivo constituyen un factor de riesgo para desarrollar enfermedad de Alzheimer⁽²²⁾.

En estudios longitudinales, se encontró que pacientes con egresos hospitalarios psiquiátricos con diagnósticos de depresión, tanto un episodio como episodios recurrentes o enfermedad afectiva bipolar (EAB), tenían un riesgo aumentado de tener demencia en un nuevo ingreso hospitalario, comparándolos con otros diagnósticos y con población general⁽²³⁾. Además, el riesgo de diagnóstico de demencia, parece aumentar con el número de

ingresos psiquiátricos (depresión y EAB), cinco o más episodios aumentan significativamente el riesgo (proporción de riesgo 6,16 de 1,39 a 27,22). Algunos estudios confirman que cada episodio adicional aumenta la tasa de demencia un 13% en personas con depresión y un 6% en personas con EAB. Dado estos antecedentes, estos autores sugieren considerar más controles periódicos a las personas que presentan en forma recurrente estas enfermedades, educarlas acerca del riesgo de desarrollar demencia y ofrecerles los tratamientos disponibles e informar respecto de las limitaciones y consecuencias del tratamiento, ya que a pesar de existir evidencia que fundamenta su uso, también presenta riesgos⁽²⁴⁾.

SÍNTOMAS PRINCIPALES DE LA DEPRESIÓN GERIÁTRICA

Es importante destacar la existencia de heterogeneidad y amplitud de los síntomas relacionados con la depresión, tanto a nivel anímico, cognitivo como somático, lo que hace que exista discrepancia respecto de las características distintivas de la depresión en el adulto mayor; sin embargo, existe consenso respecto a diferenciar la depresión de inicio temprano con la depresión de inicio tardío, cuyo primer episodio depresivo ocurre después de los 60 años. En la depresión de inicio tardío, existe menor frecuencia de antecedentes familiares psiquiátricos, alteraciones de la personalidad y mayor presencia de síntomas psicóticos (alucinaciones o ideas delirantes), que motivarían el diagnóstico de depresión psicótica. Además, existe mayor asociación con factores de riesgo cardiovascular, motivando el diagnóstico de depresión vascular y presencia de comorbilidad con otras enfermedades médicas (cáncer, dolor crónico, insuficiencia renal crónica, enfermedades del sistema nervioso, infarto agudo al miocardio, entre otras). Es relevante mencionar que los adultos mayores con depresión, presentan frecuentemente polifarmacia, debido tanto a co-

morbilidades y automedicación, como a mantención de tratamientos no necesarios, lo que puede inducir, potenciar o interferir con el tratamiento del cuadro depresivo⁽²⁵⁾.

Otro elemento particular de la depresión geriátrica es la presencia de síntomas cognitivos, aunque se debe destacar que no todo paciente adulto mayor con depresión presenta alteraciones cognitivas. Se puede distinguir de esta forma, la depresión sin alteración cognitiva, la depresión con síntomas cognitivos asociados (pseudodemencia) presumiblemente reversible posterior al tratamiento, la depresión con alteraciones cognitivas concomitantes y la depresión con disfunción ejecutiva, siendo esta última altamente resistente al tratamiento farmacológico⁽⁷⁾.

Como última distinción con la depresión a edades más tempranas, la depresión en el anciano se asocia con una mayor tendencia a la cronicidad y/o respuesta incompleta o tardía a fármacos con un alto riesgo de recaídas y/o de evolucionar a demencia^(7,25).

CLASIFICACIÓN DE LA DEPRESIÓN

No existe una clasificación específica para los cuadros depresivos en el anciano, por lo que se han de utilizar las construidas para la edad adulta, DSM-IV y CIE-10. Aunque numerosos pacientes no cumplen los criterios establecidos en estos manuales de clasificación, el criterio clínico del especialista constituye un elemento fundamental en el diagnóstico de la depresión subclínica, por cuanto es frecuente que estos cuadros afecten significativamente tanto en la funcionalidad y cognición como en el curso de las enfermedades de base, haciendo necesaria su consideración y tratamiento.

Dichas clasificaciones incluyen la depresión mayor, depresión menor, trastorno distímico y trastorno

adaptativo (Tabla 1 y 2). Autores sostienen y enfatizan la importancia de la existencia de la depresión subsindrómica, que además de la alta frecuencia en el anciano, tienen un riesgo alto de convertir a depresión mayor y se asocia a morbilidad, discapacidad y mayor mortalidad⁽²⁵⁾. Más del 50% de los pacientes con formas leves de depresión continúan deprimidos al año⁽²⁶⁾.

TRASTORNOS COGNITIVOS ASOCIADOS

La presencia de trastornos cognitivos en cuadros depresivos es frecuente y contribuye a la pérdida de independencia y autonomía de los pacientes. La entidad de deterioro cognitivo leve (DCL), se halla presente en más del 60% de los pacientes con depresión geriátrica. Investigadores compararon

Tabla 1: Clasificación de la depresión

Depresión mayor	Depresión menor
<p>Presencia de 5 o más de los siguientes síntomas: estado de ánimo depresivo, disminución marcada del interés o anhedonia, pérdida importante de peso en ausencia de dieta o ganancia de peso, insomnio o hipersomnia, agitación o lentificación psicomotora, fatiga o pérdida de energía, sentimientos excesivos de inutilidad o culpa, disminución de la capacidad para concentrarse, pensamientos recurrentes de muerte o suicidio.</p> <p>Al menos uno de los síntomas debe ser estado de ánimo depresivo o disminución de interés o anhedonia.</p> <p>Síntomas persisten más de 2 meses, no se explican por otras enfermedades o duelo y provocan malestar clínicamente significativo o deterioro funcional.</p>	<p>Presencia de a lo menos 2, pero menos de 5 síntomas de la depresión mayor (DM).</p> <p>Síntomas persisten más de 2 semanas, no se explican por otras enfermedades o presencia de duelo y provocan malestar clínicamente significativo o deterioro funcional.</p> <p>Diagnóstico sólo es posible en ausencia de historia de DM, distimia, bipolar o alteraciones psicóticas.</p>

"Criterios diagnósticos. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales" 1994.

Tabla 2: Clasificación de la depresión

Trastorno distímico	Trastorno bipolar I	Trastorno adaptativo con ánimo depresivo
<p>Presencia de estado de ánimo depresivo y 2 ó más de los síntomas de la depresión mayor: pérdida o aumento de apetito, insomnio o hipersomnia, fatiga, sentimientos excesivos de inutilidad o culpa, dificultad para concentrarse o tomar decisiones, sentimientos de desesperanza.</p> <p>Duración de 2 años y sin períodos de ausencia de síntomas de más de 2 meses. Ausencia de episodios de DM. No se explican por otras causas, provocan malestar significativo y deterioro funcional.</p>	<p>Cumple criterio de DM y tiene antecedentes de al menos 1 episodio maniaco o episodio mixto.</p> <p>No deben superar los 6 meses después de retirado el evento estresante y provoca malestar significativo o deterioro funcional.</p>	<p>Sujetos que desarrollan estado de ánimo depresivo, tendencia al llanto o desesperanza en los en los 3 meses posteriores a un evento estresante.</p> <p>El duelo no es considerado un evento estresante.</p>

"Criterios diagnósticos. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales" 1994.

sujetos depresivos sin alteraciones cognitivas con pacientes con deterioro cognitivo leve y moderado, encontrando similitudes en los patrones neuropsicológicos y de EEG entre los grupos, constituyéndose en una herramienta que discrimina entre estas presentaciones clínicas con una sensibilidad del 88% y una especificidad del 81%⁽²⁸⁾. Entre 30 y 40% de los pacientes con enfermedad de Alzheimer presentan síntomas depresivos o psicóticos⁽¹³⁾.

En la Encuesta Nacional de Salud (2003) se encontró en el grupo 60-69 años una prevalencia de deterioro cognitivo del 6,3% (hombres: 6,9; mujeres: 5,7). En el grupo 70-79 años, una prevalencia total de 18% (hombres: 19,5; mujeres: 16,9). En el caso de los mayores de 80 años, la prevalencia ascendió a 43% (hombre: 42,1; mujeres: 43,5)⁽¹⁰⁾.

SÍNDROME DE DISFUNCIÓN EJECUTIVA-DEPRESIÓN

La función ejecutiva se refiere a la capacidad implicada en la planificación, organización, dirección y evaluación de las conductas en todo momento que permite tomar decisiones, resolver situaciones nuevas, imprevistas y constantemente cambiantes. La base neuroanatómica y fisiológica la constituyen los circuitos frontosubcorticales (conexiones entre el lóbulo frontal y sistema límbico compuesto por núcleos de la base, amígdala entre otras estructuras)⁽²⁵⁾.

El síndrome de disfunción ejecutiva-depresión, se ha conceptualizado como una depresión mayor con importantes disfunciones frontoestriatales y rendimientos cognitivos globales inferiores a sujetos que sólo cursan con depresión, cuyo perfil neuropsicológico contempla en la esfera cognitiva, dificultades en tareas de fluencia verbal, denominación por confrontación, atención selectiva y alternante, iniciación conductual y control inhibitorio, junto con dificultades en la selección de estrategias adecuadas y presencia de respuestas perseverativas. En la esfera afectiva, se incluyen la lentificación psico-

motora y la disminución de interés en actividades habituales y se excluyen los síntomas vegetativos (sueño y apetito). En la esfera funcional se documenta un deterioro en actividades instrumentales de la vida diaria, siendo la pérdida de interés y la lentificación psicomotora los factores que contribuyen en mayor medida a esta disminución⁽⁷⁾.

Se relaciona con este cuadro una pobre respuesta a antidepresivos, tendencia a recaídas y episodios recurrentes, presencia de depresión subsindrómica y peor pronóstico⁽⁷⁾: de ahí la necesidad de generar propuestas terapéuticas y rehabilitadoras no farmacológicas e implementarlas como una alternativa de tratamiento.

DETECCIÓN DE LAS ALTERACIONES COGNITIVAS

Es necesario que cada paciente adulto mayor que acuda a algún sistema de salud, ya sea público o privado y en cualquiera de los tres niveles de atención, primaria, secundaria o terciaria, se le realice una evaluación cognitiva de *screening*, con el fin de detectar en forma precoz sintomatología depresiva y/o cognitiva para su consecuente tratamiento. En caso de detectar alteraciones depresivas y/o cognitivas, lo pertinente es derivar a servicios especializados (geriatría, neurología, psiquiatría y psicología); sin embargo, de no ser posible, es perentorio tratar tanto con intervenciones farmacológicas como no farmacológicas (intervención psicoterapéuticas y rehabilitadoras, entre otras), con la finalidad además de tratar la sintomatología directamente detectable, prevenir recaídas, deterioro cognitivo y funcional y cuadros discapacitantes.

INTERVENCIÓN

Una de las principales dificultades para la detección de los trastornos depresivos, es que generalmente las personas consultan por otros síntomas como dolores difusos, trastornos del sueño, cansancio, trastornos de la memoria, entre otros, lo

que aumenta el riesgo de ser subdiagnosticados por los profesionales de la salud. De ahí la importancia de profundizar y precisar el diagnóstico para su correcto y oportuno tratamiento.

Las intervenciones psicológicas han sido menos utilizadas en el tratamiento de los cuadros depresivos geriátricos, avalando la creencia de que sólo la terapia farmacológica puede ayudar a mejorar los síntomas; sin embargo, existe evidencia de que distintos modelos de psicoterapia tienen un efecto positivo, no sólo en la disminución de los síntomas, sino también en la disminución del tiempo de recuperación.

Una de las alternativas psicoterapéuticas desarrolladas y estudiadas es la terapia de resolución de problemas (TRP). Este modelo de terapia es una intervención psicológica estructurada y breve que ha mostrado ser efectiva en el manejo de la depresión mayor y los trastornos relacionados con el estrés⁽²⁹⁾. El enfoque de resolución de problemas se basa en la observación clínica de que los síntomas emocionales son gatillados principalmente por problemas cotidianos, motivando a los pacientes a formular sus propios caminos alternativos de manejo de dichos problemas. Este modelo se centra en el paciente/cliente y focaliza su atención en el aquí y ahora. A los pacientes se les enseña a utilizar sus propios recur-

sos y habilidades para un mejor funcionamiento en la vida diaria⁽³⁰⁾.

En un estudio preliminar se demostró que la TRP adecuadamente realizada, mejora las estrategias de resolución de problemas, así como también mejora la depresión y discapacidad en pacientes adultos mayores con el síndrome de disfunción ejecutiva-depresión^(31,32); esto al compararlo con la terapia de soporte emocional, que es un modelo de tratamiento psicológico estandarizado que integra elementos inespecíficos comunes a varios enfoques psicoterapéuticos, como la expresión de emociones, escucha empática, entre otros. Estos autores sugieren que la TRP tiene sólidos fundamentos para ser una alternativa terapéutica para un extenso grupo de pacientes con depresión resistente a fármacos⁽³²⁾.

Cabe destacar que este modelo de tratamiento ha demostrado ser efectivo en población general menor de 65 años con diagnóstico de depresión mayor, que fueron atendidas por profesionales de la salud en atención primaria (médicos generales y enfermeras) debidamente entrenados, confirmando que ambos profesionales pueden realizar dicha intervención⁽³³⁾. De modo similar, ha sido demostrado que la TRP es efectiva en el tratamiento de depresiones geriátricas sin alteraciones cognitivas⁽³⁴⁾ y con alteraciones cognitivas inespecíficas que bordean la demencia leve⁽³⁵⁾.

REFERENCIAS

1. Hebert LE, Beckett LA, Scherr PA, Evans DA. Annual incidence of Alzheimer disease in the United States projected to the years 2000 through 2050. *Alzheimer Dis Assoc Disord* 2000;15:169-73.
2. Medina E, & Kaempffer A. Mortalidad del adulto en Chile. *Rev Méd Chile* 2000;128:1144-9.
3. Previsiones demográficas mundiales. Revisión 2006. Naciones Unidas.
4. American Psychiatric Association: diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th Edition. Washington DC, American Psychiatric Association, 1994.
5. Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud. Décima revisión. Versión 2007. Organización Mundial de la Salud.
6. Alexopoulos GS, Buckwalterb K, Olin J, Martinezd R, Wainscotte C, Krishnan KR. Comorbidity of late-life depression: an opportunity for research in mechanism and treatment. *Biol Psychiatry* 2002;52:543-58.
7. Alexopoulos GS, Kiosses DN, Klimstra S, Kalayam B, Bruce ML. Clinical presentation of the depression-executive dysfunction syndrome of late life. *Am J Geriatr Psychiatry* 2002;10:98-106.
8. Blazer DG. Depression in late life: review and commentary. *J Gerontol Med Sci* 2003;56A:249-65.
9. Charney DS, Reynolds CF 3rd, Lewis L, Lebowitz BD, Sunderland T, Alexopoulos GS *et al.* Depression and Bipolar Support Alliance consensus statement on the unmet needs in diagnosis and treatment of mood disorders in late life. *Arch Gen Psychiatry* 2003;60:664-72.
10. Encuesta Nacional de Salud 2003. Ministerio de Salud de Chile.
11. Díaz V, Díaz I, Rojas G, Nowogrodsky R. Evaluación geriátrica en la atención primaria. *Rev Méd Chile* 2003;131:895-901.
12. Hoyl T, Valenzuela E, Marin PP. Depresión en el adulto mayor: evaluación preliminar de la efectividad, como instrumento de tamizaje, de la versión de 5 ítems de la Escala de Depresión Geriátrica. *Rev Méd Chile* 2000;128:1199-204.
13. Wragg RE, Jeste DV. Overview of depression and psychosis in Alzheimer's disease. *Am J Psychiatry* 1989;146:577-89.
14. Sobin C, Sackeim HA. Psychomotor symptoms of depression. *Am J Psychiatry* 1997;154:4-7.
15. Yaffe K, Blackwell T, Gore R, Sands L, Reus V, Browner WS. Depressive symptoms and cognitive decline in nondemented elderly women. A prospective study. *Arch Gen Psychiatry* 1999;56:425-30.
16. Devanand DP, Sano M, Tang MX, Taylor S, Gurland BJ, Wilder D *et al.* Depressed mood and the incidence of Alzheimer's disease in the elderly living in the community. *Arch Gen Psychiatry* 1996;53:175-82.
17. Alexopoulos GS, Meyers BS, Young RC, GS, Mattis S, Kakuma T. The course of geriatric depression with "reversible dementia": a controlled study. *Am J Psychiatry* 1993;150:1693-9.
18. Kral VA, Emery OB. Long-term follow-up of depressive pseudodementia of the aged. *Can J Psychiatry* 1989;34:445-6.
19. Alexopoulos GS, Young RC, Abrams RC, Meyers B, Shamoian CA. Chronicity and relapse in geriatric depression. *Biol Psychiatry* 1989;26:551-64.
20. Sáez-Fonseca JA, Lee L, Walter Z. Long-term outcome of depressive pseudodementia in the elderly. *J Affect Disord* 2007;101:123-9.

21. Jorm AF. History of depression as a risk factor for dementia: an updated review. *Aust N Z J Psychiatry* 2001;35:776-81.
22. Van Duijn CM, Clayton DG, Chandra V, Graves AB, Heyman A, Jorm AF *et al.* Interaction between genetic and environmental risk factors for Alzheimer's disease: a reanalysis of case-control studies. *Genet Epidemiol* 1994;11:539-51.
23. Kessing LV, Olsen EW, Mortensen PB, Andersen PK. Dementia in affective disorder: a case-register study. *Acta Psychiatr Scand* 1999;100:176-85.
24. Kessing LV, Andersen PK. Does the risk of developing dementia increase with the number of episodes in patients with depressive disorder and patients with bipolar disorder? *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2004;75:1662-6.
25. Arranz L, Pérez F, Petidier R. Depresión en el anciano ¿Otra epidemia del siglo XXI? Capítulo II. Sociedad Española de Geriatria y Gerontología. Natural Ediciones, 2008.
26. Lyness JM. Naturalistic outcomes of minor and subsyndromal depression in older primary care patients. *Int J Geriatr Psychiatry* 2008;23:249-56.
27. Lyness JM, Caine ED, King DA, Conwell Y, Duberstein PR, Cox C. Depressive disorders and symptoms in older primary care patients. *Am J Geriatr Psychiatry* 2002;10:275-82.
28. Brassens S, Braus DF, Weber-Fahr W, Tost H, Moritz S, Adler G. Late-onset depression with mild cognitive deficits: electrophysiological evidences for a preclinical dementia syndrome. *Dement Geriatr Cogn Disord* 2004;18:271-7.
29. Mynors-Wallis L. Problem-solving treatment in general psychiatric practice. *Adv Psych Treatment* 2001;7:417-25.
30. Mynors-Wallis L, Davies I, Gray A, Barbour F, Gath D. A randomised controlled trial and cost analysis of problem-solving treatment for emotional disorders given by community nurses in primary care. *Br J Psychiatry* 1997; 170:113-9.
31. Alexopoulos GS, Raue P, Areán P. Problem-solving therapy versus supportive therapy in geriatric major depression with executive dysfunction. *Am J Geriatr Psychiatry* 2003;11:46-52.
32. Alexopoulos GS, Raue PJ, Kanellopoulos D, Mackin S, Arean PA. Problem solving therapy for the depression-executive dysfunction syndrome of late life. *Int J Geriatr Psychiatry* 2008;23:782-8.
33. Mynors-Wallis LM, Gath DH, Day A, Baker F. Randomised controlled trial of problem solving treatment, antidepressant medication, and combined treatment for major depression in primary care. *BMJ* 2000;320:26-30.
34. Arean PA, Perri MG, Nezu AM, Schein RL, Christopher F, Joseph TX. Comparative effectiveness of social problem-solving therapy and reminiscence therapy as treatments for depression in older adults. *J Consult Clin Psychol* 1993;61:1003-10.
35. Teri L, Logsdon RG, Uomoto J, McCurry SM. Behavioral treatment of depression in dementia patients: a controlled clinical trial. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 1997;52:159-66.

CORRESPONDENCIA



Neuropsicóloga Claudia Dechent Rivera
 Sección Geriatria, Departamento de Medicina
 Hospital Clínico Universidad de Chile
 Santos Dumont 999, Independencia, Santiago
 Fono: 978 8546
 E-mail: claudiadechent@yahoo.fr