

GOBIERNO FEDERAL



SALUD

SEDENA

SEMAR

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA **GPC**

ACTUALIZACIÓN 2011

Diagnóstico y Tratamiento de la **DEPRESIÓN EN EL ADULTO MAYOR** en el Primer Nivel de Atención

Evidencias y Recomendaciones

Catálogo maestro de guías de práctica clínica: **IMSS-194-10**

CONSEJO DE
SALUBRIDAD GENERAL



Av. Paseo de La Reforma #450, piso 13,
Colonia Juárez, Delegación Cuauhtémoc, CP 06600, México, D. F.
www.cenetec.salud.gob.mx

Publicado por CENETEC
© Copyright CENETEC

Editor General
Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud

Esta guía de práctica clínica fue elaborada con la participación de las instituciones que conforman el Sistema Nacional de Salud, bajo la coordinación del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud. Los autores han hecho un esfuerzo por asegurarse de que la información aquí contenida sea completa y actual; por lo que asumen la responsabilidad editorial por el contenido de esta guía, que incluye evidencias y recomendaciones y declaran que no tienen conflicto de intereses.

Las recomendaciones son de carácter general, por lo que no definen un curso único de conducta en un procedimiento o tratamiento. Las recomendaciones aquí establecidas, al ser aplicadas en la práctica, podrían tener variaciones justificadas con fundamento en el juicio clínico de quien las emplea como referencia, así como en las necesidades específicas y preferencias de cada paciente en particular, los recursos disponibles al momento de la atención y la normatividad establecida por cada Institución o área de práctica.

Este documento puede reproducirse libremente sin autorización escrita, con fines de enseñanza y actividades no lucrativas, dentro del Sistema Nacional de Salud.

Deberá ser citado como: **Diagnóstico y Tratamiento de la Depresión en el Adulto Mayor en el Primer Nivel de Atención**. México: Secretaría de Salud, 2011.

Actualización 2011.

Esta guía puede ser descargada de Internet en: www.cenetec.salud.gob.mx/interior/gpc.html

CIE-10: F32 Episodio Depresivo
 F33 Trastorno Depresivo Recurrente
 GPC: Diagnóstico y Tratamiento de la Depresión en el Adulto Mayor en el
 Primer Nivel de Atención

AUTORES Y COLABORADORES

Coordinador, Autores, Validadores, Versión 2008

Coordinadores:

| | | | |
|-----------------------------|------------------|---|---|
| Dr. Arturo Viniestra Osorio | Medicina Interna | IMSS/ Coordinación de Unidades Médicas de Alta especialidad | Jefe de la División de Excelencia Clínica |
|-----------------------------|------------------|---|---|

Autores:

| | | | |
|--|---------------------|--|---|
| Dr. Eddie Alberto Favela Pérez | Cardiología | IMSS/ Delegación Yucatán/ UMAE Mérida | Médico No Familiar asignado al Departamento Cardiología |
| Dr. José Juan García González | Medicina Geriátrica | HGZ No. 1, Querétaro, IMSS/ Delegación Querétaro/ Querétaro. | Médico No Familiar |
| Dra. Guadalupe Estela Minerva Manilla Aragón | Medicina Familiar | IMSS/ UMF 35 Culiacán, Sinaloa | Médico Familiar |
| Dra. María Alejandra Rivera Roldán | Psicología Clínica | IMSS/Delegación 3 Suroeste/ UMF 1 Distrito Federal | Psicólogo |
| Dra. María de Jesús Lozano Ortega | Psicología Clínica | Hospital Psiquiatría San Fernando/ IMSS UMAE HE S XXI | Psicólogo |
| Dr. José Javier Sánchez Pérez | Psiquiatría | IMSS/ Delegación Yucatán/ UMAE Mérida | Médico No Familiar asignado al Departamento Cardiología |

Validación Interna:

| | | | |
|--------------------------------|--------------------|--|----------------------------|
| Dr. José Manuel Sosa Hernández | Psiquiatría | IMSS/Unidad de Atención Médica | Médico No Familiar |
| Dra. Ariadna Rubio Ramírez | Psicología Clínica | IMSS/ Coordinación de Unidades Médicas de Alta | Jefe de Área de Psicología |

Validación Externa:

| | | | |
|---------------------------------|--|--|------------------------------------|
| Dra. Rosa Isela Mezquita Orozco | | | Consejo Mexicano de Psiquiatría AC |
|---------------------------------|--|--|------------------------------------|

Coordinador, Autores, Validadores, Actualización 2011

Coordinadores:

| | | | | |
|---------------------------------|----------------------------|-------------------------------------|---|---|
| Dr. Juan Humberto Medina Chávez | Medicina Interna/Geriatria | Instituto Mexicano de Seguro Social | Coordinador de Programas Médicos. Coordinación de UMAE. División de Excelencia Clínica. | Miembro del Consejo Mexicano de Medicina Interna y Consejo Mexicano de Geriatria. |
|---------------------------------|----------------------------|-------------------------------------|---|---|

Autores:

| | | | | |
|--------------------------------|-----------------------------|-------------------------------------|--|--|
| Dra. Yessica María Cantú Cantú | Medicina familiar | Instituto Mexicano de Seguro Social | Je de Servicio en Funciones. UMF 35 Monterrey, Nuevo León | |
| Dr. Mauricio Rivera Díaz | Medicina Familiar | Instituto Mexicano de Seguro Social | Coordinador de Programas Médicos. Dirección de Prestaciones Médicas. División de Medicina familiar | Asociación Mexicana de Gerontología y Geriatria A.C. |
| Dr. Javier Belio Campoy | Medicina Familiar | Instituto Mexicano de Seguro Social | Coordinación de Educación e Investigación en salud. UMF 61 México Poniente | Asociación Mexicana de Gerontología y Geriatria A.C. |
| Dr. Fernando René Pérez Romero | Medicina Interna /Geriatria | Instituto Mexicano de Seguro Social | Medico no Familiar. HGR No. 180 Tlajomulco de Zúñiga Jalisco | Miembro del Consejo Mexicano de Medicina Interna |

Validación interna:

| | | | | |
|--------------------------------------|----------------------------|-------------------------------------|---|---|
| Dr. David de Alba Buenrostro | Medicina Interna/Geriatria | Instituto Mexicano de Seguro Social | Médico no Familiar. UMAE 2. Ciudad Obregón, Sonora. | Miembro del Consejo Mexicano de Medicina Interna y Consejo Mexicano de Geriatria. |
| Dr. Javier Armando Cedillo Rodriguez | Medicina Interna/Geriatria | Instituto Mexicano de Seguro Social | Médico no Familiar. HGZ 50. San Luis Potosí, San Luis Potosí. | Miembro del Consejo Mexicano de Medicina Interna y Consejo Mexicano de Geriatria. |

ÍNDICE

| | |
|--|----|
| AUTORES Y COLABORADORES | 3 |
| 1. CLASIFICACIÓN..... | 5 |
| 2. PREGUNTAS A RESPONDER POR ESTA GUÍA | 6 |
| 3. ASPECTOS GENERALES | 8 |
| 3.1 ANTECEDENTES..... | 8 |
| 3.2 JUSTIFICACIÓN..... | 9 |
| 3.3 OBJETIVO DE ESTA GUÍA | 10 |
| 3.4 DEFINICIÓN | 10 |
| 4. EVIDENCIAS Y RECOMENDACIONES..... | 12 |
| 4.1 PREVENCIÓN PRIMARIA | 13 |
| 4.2 FACTORES PREDISONENTES PARA DEPRESIÓN..... | 15 |
| 4.3 DIAGNÓSTICO DE DEPRESIÓN EN EL ADULTO MAYOR..... | 17 |
| 4.4 DEPRESIÓN VASCULAR | 19 |
| 4.5 DIAGNOSTICO DIFERENCIAL | 20 |
| 4.6 DEPRESIÓN Y SU ASOCIACIÓN CON OTROS SÍNDROMES GERIÁTRICOS | 21 |
| 4.7 TRATAMIENTO DEPRESIÓN DEL ADULTO MAYOR | 23 |
| 4.7.1 GENERALIDADES DEL TRATAMIENTO | 23 |
| 4.7.2 TRATAMIENTO NO FARMACOLOGICO..... | 25 |
| 4.7.3 TRATAMIENTO FARMACOLOGICO | 27 |
| 4.8 DEPRESIÓN Y SUICIDIO EN EL PACIENTE ANCIANO | 32 |
| 4.9 SEGUIMIENTO AL TRATAMIENTO..... | 32 |
| 4.10 CRITERIOS DE REFERENCIA..... | 35 |
| 4.11 PRONÓSTICO | 36 |
| 5. ANEXOS..... | 37 |
| 5.1. PROTOCOLO DE BÚSQUEDA..... | 37 |
| 5.2 SISTEMAS DE CLASIFICACIÓN DE LA EVIDENCIA Y FUERZA DE LA RECOMENDACIÓN | 39 |
| 5.3. CLASIFICACIÓN O ESCALAS DE LA ENFERMEDAD..... | 42 |
| 5.4 MEDICAMENTOS..... | 48 |
| 5.5. ALGORITMO..... | 51 |
| 6. GLOSARIO..... | 53 |
| 7. BIBLIOGRAFÍA..... | 59 |
| 8. AGRADECIMIENTOS. | 64 |
| 9. COMITÉ ACADÉMICO. | 65 |
| 10. DIRECTORIO SECTORIAL Y DEL CENTRO DESARROLLADOR..... | 66 |
| 11. COMITÉ NACIONAL DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA..... | 67 |

1. CLASIFICACIÓN.

| Catálogo maestro: IMSS-194-10 | |
|--|--|
| Profesionales de la salud. | Médico General, Médico Familiar, Médico Geriatra |
| Clasificación de la enfermedad. | F32 Episodio depresivo |
| Categoría de GPC. | Primer Nivel de Atención Diagnóstico y Tratamiento |
| Usuarios potenciales. | Médico General, Médico Familiar, Médico Geriatra, Psicólogo, Enfermera general y especialista en medicina de familia. |
| Tipo de organización desarrolladora. | Instituto Mexicano del Seguro Social |
| Población blanco. | Hombres y mujeres mayores de 60 años |
| Fuente de financiamiento / patrocinador. | Instituto Mexicano del Seguro Social |
| Intervenciones y actividades consideradas. | Medicamentos: Antidepresivos tricíclicos, Inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina (ISRS), duales. Técnicas de relajación, cognitivo-conductual, terapia de resolución de problemas y terapia interpersonal. |
| Impacto esperado en salud. | Detectar oportunamente el trastorno depresivo en el adulto mayor Realizar intervenciones terapéuticas farmacológicas y no farmacológicas al adulto mayor con trastorno depresivo. Referir oportunamente al segundo nivel al adulto mayor con trastorno depresivo Disminuir los ingresos hospitalarios del adulto mayor por trastorno depresivo Mejorar la calidad de vida del adulto mayor |
| Metodología ^a . | Adopción de guías de práctica clínica Internacionales: 0 Selección de las guías que responden a las preguntas clínicas formuladas con información sustentada en evidencia Construcción de la guía para su validación Responder a preguntas clínicas por adopción de guías Análisis de evidencias y recomendaciones de las guías adoptadas en el contexto nacional Responder a preguntas clínicas por revisión sistemática de la literatura y gradación de evidencia y recomendaciones Emisión de evidencias y recomendaciones |
| Método de validación y adecuación. | Definir el enfoque de la GPC Elaboración de preguntas clínicas Métodos empleados para coleccionar y seleccionar evidencia Protocolo sistematizado de búsqueda Revisión sistemática de la literatura Búsquedas de bases de datos electrónicas Búsqueda de guías en centros elaboradores o compiladores Búsqueda manual de la literatura Número de Fuentes documentales revisadas: 76 Guías seleccionadas: 5 Revisiones sistemáticas: 8 Ensayos controlados aleatorizados: 12 Reporte de casos: 2 Otras fuentes seleccionadas: 49 |
| Método de validación | Validación del protocolo de búsqueda por la División de Excelencia Clínica de la Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad del Instituto Mexicano del Seguro Social Método de Validación de la GPC: Validación por pares clínicos Validación Interna: Instituto Mexicano del Seguro Social/Delegación o UMAE/Unidad Médica Revisión externa : Academia Nacional de Medicina |
| Conflicto de interés | Todos los miembros del grupo de trabajo han declarado la ausencia de conflictos de interés en relación a la información, objetivos y propósitos de la presente Guía de Práctica Clínica |
| Registro y actualización | REGISTRO <i>IMSS-194-10</i> FECHA DE ACTUALIZACIÓN <i>febrero 2012</i> |

2. PREGUNTAS A RESPONDER POR ESTA GUÍA

Preguntas Excluidas de la versión 2008

1. ¿Cuáles son los factores que se relacionan con la depresión en el adulto mayor?
2. ¿Cuál es la utilidad para el médico familiar, de las pruebas de escrutinio para la depresión en el adulto mayor?
3. ¿Cuál es el tratamiento psicológico más adecuado en el manejo de la depresión en el adulto mayor?
4. ¿Cuál es el tratamiento farmacológico más adecuado en el primer nivel para la depresión en el adulto mayor?
5. ¿Existe un beneficio en la combinación de intervenciones psicológicas con el tratamiento medicamentoso para la depresión en el adulto mayor?
6. ¿Cómo desarrollar las redes de apoyo para la prevención y tratamiento de la depresión en el adulto mayor?
7. ¿Cuáles son los criterios para la referencia del adulto mayor con depresión al segundo nivel de atención?

Preguntas Incluidas de la actualización 2011

1. ¿Cuáles son los principales factores que predisponen a la depresión al adulto mayor?
2. ¿Cuáles son las manifestaciones clínicas que diferencian la depresión del adulto joven con la depresión del adulto mayor?
3. ¿Cómo se relacionan la depresión del adulto mayor con los síndromes geriátricos?
4. ¿Cómo influyen las redes sociales en la calidad de vida del adulto mayor con depresión?
5. ¿Existe asociación entre depresión en el adulto mayor con enfermedades y fármacos?
6. ¿Cuáles son los instrumentos de valoración clínica de la depresión en el adulto mayor?
7. ¿Cómo se establece el diagnóstico diferencial entre demencia y depresión en el adulto mayor?
8. ¿Cuál es el tratamiento farmacológico de elección para la depresión del adulto mayor en el primer nivel de atención?
9. ¿En qué momento se debe iniciar, cuál es la duración y cuando retirar el tratamiento farmacológico en el adulto mayor con depresión?
10. ¿Cuáles son los criterios de referencia del adulto mayor con depresión al segundo nivel de atención?

3. ASPECTOS GENERALES

3.1 ANTECEDENTES

El envejecimiento demográfico es un grave problema a nivel mundial ya que implica una mayor demanda de servicios de salud, el grupo de edad de mayores de 60 años presenta las tasas más altas de morbilidad y discapacidad. En 1950 Aproximadamente el 8 % de la población mundial era mayor de 60 años, para el 2000 esta cifra se incremento al 10 %, se espera que alcance un 21% para el 2050 (UNDESAPD, 2008). México no escapa a este proceso también conocido como “envejecimiento global”, en el 2010 la población de adultos mayores, fue de 9.67 millones se espera que en el 2025 sea de 18.08 millones y para el 2050, alcance 35.96 millones, donde 1 de cada 4 habitantes será considerado adulto mayor. (CONAPO, 2010).

La depresión es considerada la enfermedad mental más frecuente, y es una de las principales causas de discapacidad. En 1990 se ubicó como la 4ª causa de discapacidad en el mundo, proyecciones al 2020 la ubican como la 2ª causa solo detrás de las enfermedades isquémicas. En 1994 se estimó una pérdida de 1.5 millones de años vida-ajustados por discapacidad en países occidentales, siendo esta cifra mayor en países en vías de desarrollo (Lucero R, 2006). El impacto de la depresión sobre el funcionamiento social y ocupacional, colocan a la depresión a la par de las enfermedades crónico-degenerativas incapacitantes como la diabetes mellitus, la hipertensión arterial y la artritis reumatoide.

El 25% de las personas mayores de 65 años de edad padecen algún tipo de trastorno psiquiátrico, siendo la depresión la más frecuente. (Katona C, 2003). La incidencia de la depresión en el adulto mayor va del 7 al 36% en la valoración de consulta externa y se incrementa a 40% en el egreso del paciente hospitalizado. Los trastornos depresivos afectan al 10% de los ancianos que viven en la comunidad, entre el 10 y el 20% de los hospitalizados, del 15 y el 35% de los que viven en asilos y el 40% de los que presentan múltiples enfermedades o comórbidos. Dentro de estas últimas, se destaca la enfermedad cerebrovascular, que se asocia entre 18 y 61%, siendo más frecuente en los 6 primeros meses, la enfermedad de Parkinson con un 40%, la enfermedad de Alzheimer un 20-40%, las cardiopatías entre el 20 y 30% con un porcentaje mayor para quienes sufrieron infarto agudo del miocardio llegando en estos casos hasta el 74%; la diabetes en el 36%, el hipotiroidismo en el 50%, el cáncer un 40%. La depresión puede estar presente en las etapas iniciales de la demencia, con una incidencia entre 13 y el 21%. (Lucero R, 2006; Katona C, 2003).

El impacto de la depresión sobre el funcionamiento social y ocupacional, colocan a la depresión a la par de las enfermedades crónico-degenerativas incapacitante como la diabetes mellitus, la hipertensión arterial y la artritis reumatoide. La recurrencia de la enfermedad es extremadamente alta y alcanza el 40%.

3.2 JUSTIFICACIÓN

El envejecimiento de la población y la baja tasa de natalidad propician que muchos adultos mayores se encuentren solos y sin apoyo familiar. La transición demográfica que vive México ha provocado un incremento del número de adultos mayores y que algunas capacidades físicas se deterioran y los problemas de salud mental se incrementen. La depresión es uno de ellos y además constituye uno de los padecimientos más frecuentes y discapacitantes, asociándose a una alta mortalidad.

La depresión contribuye a elevar la morbi-mortalidad, disminuye la calidad de vida e incrementa costos del cuidado de la salud. A pesar de una mayor conciencia pública de la depresión y una gran variedad de tratamientos eficaces la depresión en los adultos mayores sigue siendo poco reconocida y mucho menos tratada. Es considerada una de las causas prevenibles y tratables del envejecimiento patológico.

Es importante mencionar que la depresión del anciano difiere en varios aspectos de la que ocurre en sujetos más jóvenes. Según varios autores, la tristeza es uno de los síntomas menos comunes, en cambio la somatización, irritabilidad, insomnio, abatimiento funcional y alteraciones cognoscitivas son más frecuentes. La presentación atípica del trastorno depresivo es común en el adulto mayor siendo frecuentemente subdiagnosticada (Lucero R, 2006) y/o subtratada, esto se debe al estigma asociado a la depresión y la creencia de que esta es parte normal del envejecimiento. (Sarkisian CA, 2003).

La depresión en la vejez tiende a ser crónica y recurrente. El suicidio es la consecuencia más seria, su tasa en las personas mayores es aproximadamente el doble que la de los grupos de edad más jóvenes. El 60 a 90% de los pacientes mayores de 75 años de edad que se suicidan sufren de depresión diagnosticado clínicamente. (Sable J, 2002)

Por lo anterior y debido a la alta prevalencia del subdiagnóstico de la depresión, es importante que el médico de primer nivel de atención esté capacitado para identificar de una manera temprana este trastorno y poder otorgar un tratamiento oportuno, evitar la discapacidad y complicaciones asociados a esta enfermedad catalogada como síndrome geriátrico, debido a la correlación bidireccional que tiene con otros síndromes geriátricos.

3.3 OBJETIVO DE ESTA GUÍA

La guía de práctica clínica: **Diagnóstico y Tratamiento de la Depresión en el Adulto Mayor en el Primer Nivel de Atención**, forma parte de las guías que integrarán el catálogo maestro de guías de práctica clínica, el cual se instrumentará a través del Programa de Acción Desarrollo de Guías de Práctica Clínica, de acuerdo con las estrategias y líneas de acción que considera el Programa Nacional de Salud 2007-2012.

La finalidad de este catálogo, es establecer un referente nacional para orientar la toma de decisiones clínicas basadas en recomendaciones sustentadas en la mejor evidencia disponible.

Esta guía pone a disposición del personal del primer nivel de atención, las recomendaciones basadas en la mejor evidencia disponible con la intención de estandarizar las acciones nacionales sobre:

1. Proporcionar una síntesis de la mejor evidencia en el diagnóstico y tratamiento de la depresión en el adulto mayor.
2. Proporcionar al personal de atención primaria las herramientas clínicas para la evaluación de la depresión en el adulto mayor.
3. Relacionar la depresión en el adulto mayor con los síndromes geriátricos.
4. Concientizar al personal de salud del primer nivel de atención de la importancia de las redes de apoyo para mejorar la funcionalidad del adulto mayor con depresión.
5. Definir los criterios de referencia al segundo nivel de atención.

Lo anterior favorecerá la mejora en la efectividad, seguridad y calidad de la atención médica, contribuyendo de esta manera al bienestar de las personas y de las comunidades, que constituye el objetivo central y la razón de ser de los servicios de salud.

3.4 DEFINICIÓN

La depresión es un conjunto de síntomas que se manifiestan por la pérdida de interés y la incapacidad de satisfacción por las actividades y experiencias de la vida diaria. Incluye desmotivación, alteraciones emocionales, cognitivas, físicas y conductuales. En el adulto mayor se caracteriza por la persistencia, gravedad y el deterioro de la funcionalidad, existiendo diferentes niveles de severidad.

Según el DSM-IV-R (APA, 2000) (*Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4ta ed., texto revisado*) los criterios diagnósticos de depresión mayor son:

- A. Al menos uno de los siguientes tres estados de ánimo debe de estar presente e interferir en la vida de la persona:
 - 1. Animo deprimido la mayor parte del día , casi todos los días, por lo menos 2 semanas.
 - 2. Pérdida de todo interés y del placer la mayor parte del día, casi todos los días al menos 2 semanas.
 - 3. Si es menor de 18 años, humor irritable la mayor parte del día, casi todos los días, al menos 2 semanas.
- B. Al menos cinco de los síntomas siguientes han estado presentes durante las primeras semanas:
 - 1. Ánimo depresivo (o irritabilidad en los niños y ancianos) como se define en A1
 - 2. Marcada disminución del interés o del placer. Como se define en A2
 - 3. Alteraciones del peso o del apetito, ya sea: pérdida de peso (sin hacer dieta) o disminución del apetito, ganancia anormal de peso o aumento del apetito.
 - 4. Alteraciones del sueño, ya sea insomnio o hipersomnia.
 - 5. Alteraciones en la actividad , ya sea agitación ó enlentecimiento (observado por otros)
 - 6. Fatiga ó pérdida de la energía
 - 7. Autorreproche o culpabilidad inapropiada
 - 8. Pobre concentración ó indecisión
 - 9. Pensamientos mórbidos de muerte (no solo miedo de morir) o de suicidio
- C. Los síntomas no son debidos a psicosis
- D. Nunca ha sido un episodio maniaco , episodio mixto , o episodio hipomaniaco
- E. Los síntomas no son debidos a enfermedad física , consumo de alcohol , medicamentos, o de drogas ilícitas
- F. Los síntomas no son por una pérdida normal

Es importante mencionar que los criterios del DSM IV-R no se presentan en la totalidad de los ancianos deprimidos y algunas alternativas en la presentación de la depresión en el adulto mayor son: irritabilidad, agitación, ansiedad, preocupación, quejas somáticas, deterioro cognitivo, disminución de la iniciativa y de la capacidad de resolución de problemas, deterioro del auto cuidado, abuso de alcohol y otras sustancias, aislamiento social, culpa excesiva, paranoia, obsesiones y compulsiones, discordia marital, son elementos que tenemos que considerar para establecer el diagnóstico de depresión en el adulto mayor.

4. EVIDENCIAS Y RECOMENDACIONES

La presentación de la evidencia y recomendaciones en la presente guía corresponde a la información obtenida de GPC internacionales, las cuales fueron usadas como punto de referencia. La evidencia y las recomendaciones expresadas en las guías seleccionadas, corresponde a la información disponible organizada según criterios relacionados con las características cuantitativas, cualitativas, de diseño y tipo de resultados de los estudios que las originaron. Las evidencias en cualquier escala son clasificadas de forma numérica o alfanumérica y las recomendaciones con letras, ambas, en orden decreciente de acuerdo a su fortaleza.

Las evidencias y recomendaciones provenientes de las GPC utilizadas como documento base se gradaron de acuerdo a la escala original utilizada por cada una de las GPC. En la columna correspondiente al nivel de evidencia y recomendación el número y/o letra representan la calidad y fuerza de la recomendación, las siglas que identifican la GPC o el nombre del primer autor y el año de publicación se refieren a la cita bibliográfica de donde se obtuvo la información como en el ejemplo siguiente:

| Evidencia / Recomendación | Nivel / Grado |
|---|------------------------|
| La valoración del riesgo para el desarrollo de UPP, a través de la escala de Braden tiene una capacidad predictiva superior al juicio clínico del personal de salud | (GIB, 2007) Z++ |

En el caso de no contar con GPC como documento de referencia, las evidencias y recomendaciones fueron elaboradas a través del análisis de la información obtenida de revisiones sistemáticas, metaanálisis, ensayos clínicos y estudios observacionales. La escala utilizada para la gradación de la evidencia y recomendaciones de estos estudios fue la escala Shekelle modificada.

Cuando la evidencia y recomendación fueron gradadas por el grupo elaborador, se colocó en corchetes la escala utilizada después del número o letra del nivel de evidencia y recomendación, y posteriormente el nombre del primer autor y el año como a continuación:

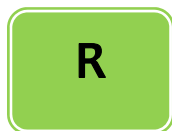
| Evidencia / Recomendación | Nivel / Grado |
|---|---|
| El zanamivir disminuyó la incidencia de las complicaciones en 30% y el uso general de antibióticos en 20% en niños con influenza confirmada | [E: Shekelle] la Matheson, 2007 |

Los sistemas para clasificar la calidad de la evidencia y la fuerza de las recomendaciones se describen en el Anexo 5.2.

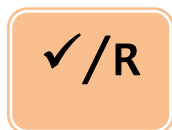
Tabla de referencia de símbolos empleados en esta Guía:



EVIDENCIA



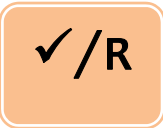



RECOMENDACIÓN



PUNTO DE BUENA PRÁCTICA

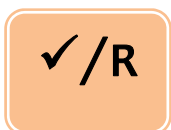
4.1 PREVENCIÓN PRIMARIA

| Evidencia / Recomendación | Nivel / Grado |
|---|--|
|  Las personas que cuentan con redes sociales activas tienen menor probabilidad de deprimirse luego de pérdidas importantes. | III [E. Shekelle] <i>Tuesca-Molina R. 2003</i> |
|  La familia, como sistema y red de apoyo social informal cumple con dos funciones básicas: 1. Asegurar la supervivencia, el bienestar físico, la suficiencia de alimento y vestido. 2. Proporcionar los vínculos afectivos, no solo en la enfermedad, sino también en su rehabilitación. | III [E. Shekelle] <i>Boggio MJ, 2009</i> |
|  El médico familiar debe fomentar en el adulto mayor, estilos de vida saludables (ejercicio aeróbico, dieta sana, erradicación de adicciones etc.), así como promover la asistencia a grupos de atención social a la salud y terapia ocupacional. | <p>Punto de Buena Práctica</p> |
|  La actividad física tiene efectos favorables sobre la disminución del riesgo de padecer depresión. | III E:[Shekelle] <i>Harris A, 2006</i> |



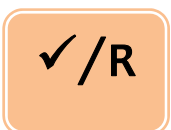
Se recomienda alentar a los pacientes con riesgo de depresión para que aumenten y mantengan la actividad física compartida con familiares o amigos, ya que tiene beneficios inmediatos y efectos poco riesgosos sobre el cuadro depresivo.

III
E:[Shekelle]
Harris A, 2006



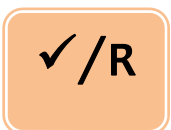
Es recomendable que el paciente anciano mantenga un régimen de vida variado, que incluya paseos, caminatas y diversiones, alternando actividades físicas con recreativas y reposo, eligiéndolas según sus gustos y actitudes.

Punto de Buena Práctica



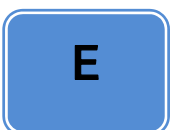
Se recomienda obtener información referente a síntomas de depresión, proporcionados por el cuidador primario con el fin de identificar factores de riesgo para depresión, en particular en los mayores de 80 años.

Punto de Buena Práctica



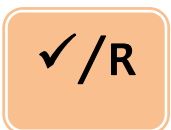
El médico familiar deberá buscar de manera intencionada y periódica síntomas depresivos en el adulto mayor con la finalidad de realizar un diagnóstico y ofrecer un tratamiento oportuno.

Punto de Buena Práctica



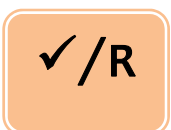
El aislamiento social en la vejez secundario a depresión está relacionado con un declive de las capacidades físicas y mentales.

III
[E. Shekelle]
Tuesca-Molina R. 2003



Se recomienda mantener una comunicación con los miembros de la familia, los amigos, los vecinos, y los grupos comunitarios ya que es fundamental para la salud en todas las edades, en especial en pacientes deprimidos donde es más probable que las personas mayores tengan duelos o pérdidas y sean susceptibles a la soledad y al aislamiento social.

Punto de Buena Práctica



Se recomienda que el adulto mayor deprimido realice ejercicio regular y consiga desarrollar su autoestima lo que favorecerá un mayor apoyo entre sus semejantes y mejorará las relaciones con el entorno.

Punto de Buena Práctica



En un estudio sobre prevención de caídas (educación, hogar seguro y entrenamiento físico), los sujetos mayores de 65 años que recibieron entrenamiento, mostraron mejor control del equilibrio y marcha, reducción del miedo a las caídas, menor depresión y mejora de la calidad de vida.

III
E:[Shekelle]
Mau-Roung L, 2007

4.2 FACTORES PREDISPONENTES PARA DEPRESIÓN

| Evidencia / Recomendación | Nivel / Grado |
|---|---|
| <p>E Dentro de los principales factores predisponentes a depresión en el anciano se encuentran: la familia, enfermedades, fármacos, alteraciones ambientales, y circunstanciales. (Ver Anexo 5.3. Cuadro 1, 2, 3 y 4).</p> | <p>III [E. Shekelle] <i>Gómez-Feria I, 2002</i></p> |
| <p>E Los ancianos que experimentan el primer episodio de depresión tienen menor probabilidad de tener una historia familiar de depresión u otro trastorno mental que aquellos pacientes que tienen el primer evento de depresión en edad temprana. Esta diferencia sugiere que el rol familiar o genético es menos probable en la depresión en el adulto mayor.</p> | <p>III [E. Shekelle] <i>Reynolds CF, 1998</i></p> |
| <p>E Los factores de riesgo para la depresión en el adulto mayor incluyen los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sexo femenino. • Aislamiento social. • Viudez. • Divorcio o estado de separación marital • Enfermedades médicas asociadas. • Enfermedad medica incapacitante reciente. • Polifarmacia. • Nivel socioeconómico bajo. • Dolor crónico. • Trastornos del sueño (Insomnio). • Abatimiento funcional. • Duelo económico o familiar. • Deterioro cognoscitivo • Institucionalización. • Dependencia a alcohol, benzodiazepinas, etc. | <p>I a [E. Shekelle] <i>Cole MG, 2003</i></p> |
| <p>E La depresión del adulto mayor con frecuencia se relaciona a enfermedades musculo esqueléticas, cardiovasculares, endocrinas, enterales, oftalmológicas, urogenitales, neurológicas, entre otras. (Ver anexo 5.3. Cuadro 3).</p> | <p>III [E. Shekelle] <i>Gómez-Feria I, 2002</i></p> |



El insomnio no solo es un factor de riesgo para depresión, también está asociado a la persistencia y recurrencia de la depresión.

II b
[E. Shekelle]
Pigeon WR, 2008



La depresión en mujeres ancianas es más prevalente debido a factores como:

- Mayor susceptibilidad a depresión.
- Mayor persistencia de la depresión una vez instaurada.
- Menor mortalidad.

II b
[E. Shekelle]
Barry LC, 2008



En el anciano varón la depresión se presenta con irritabilidad, enojo, apatía, anhedonia o aislamiento y con menor frecuencia se reconoce con síntomas de tristeza o psicológicos.

III
[E. Shekelle]
Gallo JJ, 1997



En adultos mayores que sufrieron un infarto del miocardio el riesgo de depresión se incrementa 4 veces.

III
[E. Shekelle]
Frasure - Smith, 1999



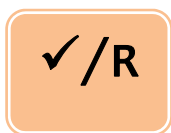
Los pacientes que desarrollaron depresión después de un infarto cerebral tienen 3.4 veces más probabilidades de morir en los siguientes 10 años.

III
[E. Shekelle]
Whyte EM, 2004



Los adultos mayores cuyas condiciones de vida sean adversas, tengan aislamiento social, adicciones o comorbilidad importante, presentan mayor riesgo de depresión.




C
NICE, 2007

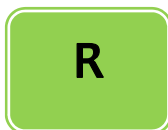


El médico familiar deberá identificar los diferentes factores de riesgo para depresión (ambiente social, familiar, presencia de enfermedades discapacitantes, abandono familiar, situación económica familiar, etc.)

Punto de buena práctica

4.3 DIAGNÓSTICO DE DEPRESIÓN EN EL ADULTO MAYOR

| | Evidencia / Recomendación | Nivel / Grado |
|---|--|---|
|  | <p>Según el DSM IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder), el diagnóstico de depresión mayor se efectúa con el hallazgo de 5 o más de los siguientes síntomas, siendo obligados la presencia de los dos primeros</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día. 2. Pérdida del interés de actividades previamente placenteras. 3. Aumento o pérdida de peso. 4. Agitación o lentitud psicomotriz. 5. Fatiga o pérdida de energía. 6. Sentimientos de inutilidad o culpa. 7. Disminución de la capacidad para concentrarse. 8. Pensamientos recurrentes de muerte. | <p style="text-align: center;">III [E: Shekelle] <i>Sable J, 2002</i></p> |
|  | <p>Hay que tomar en cuenta que en el adulto mayor existen diferencias en la presentación clínica diferentes de los adultos jóvenes, en los primeros, es más frecuente encontrar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Irritabilidad o enojo. • Agitación, ansiedad, preocupación. • Pérdida del apetito con pérdida de peso. • Somatización. • Deterioro cognitivo y/o alteraciones de la memoria. • Actitudes obsesivas y compulsivas. • Aislamiento social. • Problemas maritales. | <p style="text-align: center;">III [E: Shekelle] <i>Sable J, 2002</i></p> |
|  | <p>Para realizar el diagnóstico de depresión en el adulto mayor, se propone efectuar dos preguntas.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ¿Durante el mes pasado, se ha sentido deprimido o sin esperanza? 2. ¿Durante el mes pasado, se ha sentido con poco interés o placer en hacer sus cosas? <p>Ambas preguntas tuvieron una sensibilidad del 97 % y una especificidad del 67 %, por lo que se consideran muy útiles como preguntas claves de escrutinio para hacer diagnóstico de depresión. Este es un estudio de cohorte efectuado en atención primaria.</p> | <p style="text-align: center;">IIb [E: Shekelle] <i>Arroll B, 2003</i></p> |

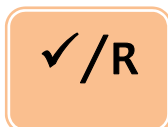


Como otra opción de tamizaje para hacer diagnóstico en atención primaria, se recomienda realizar un abordaje directo en la evaluación del paciente adulto mayor con la pregunta: “¿Se siente triste o deprimido?”

C
E:[Shekelle]

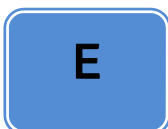
Mahoney J, 1994

Ha sido validado y comparado con la escala de Yesavage de 30 reactivos [Geriatric Depression Scale (GDS)]. Puede ser utilizada como un instrumento de tamiz, cuando la respuesta es afirmativa,



Cuando la respuesta anterior es afirmativa se recomienda aplicar el GDS de 15 reactivos para la detección de depresión en el adulto mayor.

Punto de Buena Práctica



Con la aplicación de la escala de Yesavage (GDS) 30 reactivos, uno de cada 8 mexicanos adultos mayores tienen depresión mayor, por lo que su detección y manejo es una alta prioridad. La misma prevalencia se encontró con una versión corta de 15 reactivos en una población de adultos mayores hispanos y no hispanos.

III
E:[Shekelle]

García-Peña C, 2008
Romero L, 2005



La escala de depresión geriátrica (GDS) de 30 y 15 reactivos, actualmente es la herramienta más útil para la detección de depresión en ancianos, con una sensibilidad y especificidad de 97% y 85% respectivamente.

III
E:[Shekelle]

Sheikh JJ, 1986
Hoyl MT, 1999



La escala GDS se considera positiva para depresión cuando:

- GDS 5 reactivos: 2 preguntas son afirmativas.
- GDS 15 reactivos: 6 preguntas son afirmativas.
- GDS 30 reactivos: 15 preguntas son afirmativas.

(Ver anexo 5.3, Cuadro 4).

III
E:[Shekelle]

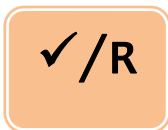
Yesavage JA, 1983
Sheikh JJ, 1986
Hoyl MT, 1999



El sedentarismo y la disminución de la actividad física en los adultos mayores se relacionan con altos niveles de depresión, con afectación mayor al sexo femenino en los primeros años de la vejez, igualándose después de los 80 años entre hombres y mujeres.

III
E:[Shekelle]

Reichert C, 2011



Se deberá referir al paciente al nivel correspondiente cuando el resultado del GDS sea $\geq 6/15$ puntos.

Punto de buena práctica



Los profesionales de la salud deben de efectuar un abordaje estructurado y metódico en el diagnóstico de depresión en el adulto mayor

Punto de buena práctica

4.4 DEPRESIÓN VASCULAR

| Evidencia / Recomendación | Nivel / Grado |
|---------------------------|--|
| <p>E</p> | <p>La depresión vascular es un término que se refiere a la presencia de un cuadro depresivo mayor, relacionado a factores de riesgo cardiovascular o enfermedad vascular manifiesta, cuyo sustrato es la presencia de micro infartos múltiples en el tejido cerebral.</p> <p style="text-align: right;">I Ib [E: Shekelle] <i>Touriño C, 2007</i></p> |
| <p>E</p> | <p>Se estima que aproximadamente 54% de los pacientes con depresión de inicio tardío reúnen criterios para depresión vascular. Muchos de estos pacientes tuvieron microinfartos cerebrales “silentes” que se evidenciaron hasta realizar una resonancia magnética.</p> <p style="text-align: right;">III [E: Shekelle] <i>Krishnan KR, 2004</i></p> |
| <p>E</p> | <p>Los pacientes con depresión de inicio tardío y factores de riesgo cerebrovasculares tienen mayor grado de deterioro cognitivo y discapacidad, mayor retraso psicomotriz, menor agitación, poco sentimiento de culpa y menor “<i>insight</i>” de sus comórbidos en comparación con los que solo tienen depresión.</p> <p style="text-align: right;">III [E: Shekelle] <i>Alexopoulos GS, 1997</i></p> |
| <p>E</p> | <p>Los criterios de Depresión Vascular son:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sin evidencia de antecedentes de Depresión en miembros de la familia. • Diabetes y/o hipertensión de larga evolución. • Enfermedad cardiovascular o cerebro vascular manifiesta. • Cuadro clínico compatible con Depresión mayor. • Déficit cognoscitivo centrado en memoria, atención y percepción. • Lentitud psicomotriz. • Apatía. • Ausencia de respuesta a tratamiento farmacológico. <p style="text-align: right;">I Ib [E: Shekelle] <i>Gonzalez H, 2012</i> <i>Grool AM, 2011</i></p> |
| <p>E</p> | <p>Los pacientes deprimidos y con factores de riesgo vascular tienen mayor riesgo de desarrollar demencia vascular.</p> <p style="text-align: right;">III [E: Shekelle] <i>Steffens DC, 2003</i></p> |

La depresión se puede desarrollar después de un evento cerebro-vascular, utilizando el termino de “Depresión post-infarto”. En ésta dos factores son importantes: la localización y el tiempo del EVC.

E

- Los pacientes con lesiones en el hemisferio izquierdo, especialmente en la corteza prefrontal tienden a tener una mayor frecuencia y severidad de depresión.
- El periodo de mayor riesgo para que aparezca la depresión post-EVC suele ser en los primeros 2 años con un pico de prevalencia dentro de los primeros 3 a 6 meses.

III
[E: Shekelle]
Robinson RG, 2003

E

La depresión vascular es más crónica y más resistente al tratamiento convencional que la depresión de inicio a edades más tempranas.

III
[E: Shekelle]
Simpson S, 2000

R

El tratamiento de la depresión vascular en diferentes estudios aleatorizados controlados ha demostrado eficacia al mostrar mejoría en la recuperación funcional en las actividades de la vida diaria y disfunción cognitiva así como disminución de la mortalidad global. Se han utilizado nortriptilina y Citalopram y Escitalopram con buena respuesta.

III
[E: Shekelle]
Robinson RG, 2003
Ia
[E: Shekelle]
Robinson RG, 2008

4.5 DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Evidencia / Recomendación

Nivel / Grado

R

La depresión en el adulto mayor es un diagnóstico frecuente, pero en el cual se debe excluir trastornos metabólicos, endocrinos, enfermedades sistémicas, intoxicación por drogas y otras enfermedades mentales como la demencia.

C
[E: Shekelle]
Espinosa A, 2007

E

En la depresión del adulto mayor se debe asociar como causas de depresión secundaria principalmente: trastornos metabólicos, desequilibrio ácido base, hipotiroidismo, enfermedades cardiovasculares, pulmonares, infecciones, cáncer y fármacos. (Ver Anexo 5.3. Cuadro 3 y 4).

III
[E: Shekelle]
Privitera M, 2007

E

Las enfermedades con alta letalidad o discapacitantes incrementan el riesgo de depresión, tales como: infarto del miocardio, insuficiencia cardiaca, cáncer y enfermedad cerebro vascular. El 38 % de los pacientes persisten con depresión hasta después de un año de ocurrido el evento.

III
[E: Shekelle]
Jonge P, 2006

4.6 DEPRESIÓN Y SU ASOCIACIÓN CON OTROS SÍNDROMES GERIÁTRICOS

| Evidencia / Recomendación | Nivel / Grado | |
|---------------------------|--|--|
| E | La depresión es común después de la fractura de cadera y el mayor periodo de riesgo es inmediatamente después del evento. | III [E. Shekelle] <i>Lenze EJ, 2007</i> |
| ✓/R | En la primera semana posterior a la fractura, se debe realizar la aplicación de la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage y en caso de presentar datos de depresión, iniciar el tratamiento oportunamente. | Punto de Buena Práctica |
| E | La depresión se asocia con el abatimiento funcional en el paciente anciano. | III [E. Shekelle] <i>Bhalla RK, 2011</i> |
| ✓/R | Evaluar funcionalmente al paciente deprimido al momento del diagnóstico y durante el seguimiento con las escalas disponibles para tal efecto (escalas de Barthel, Katz). | Punto de Buena Práctica |
| E | La depresión se asocia frecuentemente con deterioro cognitivo. | III [E. Shekelle] <i>Bhalla RK, 2011</i> |
| E | Se observó deterioro cognitivo hasta un 42% en pacientes con polifarmacia. | IIb [E. Shekelle] <i>Alic A, 2011</i> |
| ✓/R | La evaluación cognitiva en el anciano con síntomas depresivos, debe posponerse hasta 2 semanas después de iniciado el tratamiento y remisión de síntomas depresivos por la posibilidad de la existencia de Pseudodemencia depresiva. | Punto de Buena Práctica |

E

El uso de cuatro medicamentos o más (polifarmacia) se relacionó con un deterioro en el funcionamiento social así como agitación conductual.

Ib
[E. Shekelle]
Liu CP, 2011

E

La revisión de la medicación es importante en la predicción y proceso de tratamiento de la depresión y puede moderar el impacto en el funcionamiento social secundario a la polifarmacia

A
[E. Shekelle]
Liu CP, 2011

E

El médico debe prescribir pocos medicamentos para eliminar los efectos adversos de los mismos y así reducir los síntomas depresivos.

A
[E. Shekelle]
Liu CP, 2011

E

El delirium se puede manifestar con labilidad del estado de ánimo o coexistir con depresión, las pruebas cognitivas pueden ser de ayuda en la distinción del delirium, especialmente el hipoactivo.

III
[E. Shekelle]
Marchington KL, 2012

E

En los pacientes con delirium el médico deberá realizar una revisión cognitiva y del estado de ánimo con escalas para tal efecto (GDS, Confussional Assesment Method), en cuanto las condiciones cognitivas del paciente sean óptimas, principalmente en aquellos pacientes que se presentan con síntomas depresivos o delirium hipoactivo.

C
[E. Shekelle]
Marchington KL, 2012

E

Existe una relación directa entre la depresión y la los trastornos del sueño: Insomnio, apnea obstructiva del sueño, síndrome de piernas inquietas.
Los trastornos del ánimo hacen más susceptible a la presencia de insomnio.

Iib
[E: Shekelle]
Yokoyama E, 2010

E

El insomnio persistente puede perpetuar la depresión y la distimia en algunos pacientes, especialmente los que reciben atención médica en el primer nivel de atención.
Los síntomas más frecuentemente relacionados son: Sensación de una disminución en el tiempo total de sueño y despertar precoz.

III
[E: Shekelle]
Taylor D, 2007

✓/R

La búsqueda intencionada de depresión y ansiedad en pacientes ancianos con insomnio es obligada, ya que son causas frecuentemente encontradas como causa directa o indirecta de este trastorno del sueño, queja con la que con frecuencia acuden a consulta.

Punto de buena práctica

E

La habilidad limitada para mejorar la comunicación frecuentemente resulta en una pobre funcionalidad psicosocial. Los adultos mayores experimentan dificultades para adaptarse a la pérdida sensorial (audición y visión), siendo la depresión, ansiedad, letargia e insatisfacción social las repercusiones más frecuentes.

III
[E. Shekelle]
Heine C, 2002

✓/R

El médico del primer nivel de atención deberá derivar oportunamente al especialista correspondiente a todo adulto mayor con privación sensorial, para la corrección en medida de lo posible.

Punto de Buena Práctica

✓/R

La depresión debe ser considerada como un síndrome geriátrico, con procesos previos que llevan a depresión y consecuencias que este padecimiento presentará, por lo anterior se debe abordar al paciente de forma integral. (Ver diagrama anexo 5.3. Diagrama 1)

Punto de Buena Práctica

4.7 TRATAMIENTO DEPRESIÓN DEL ADULTO MAYOR

4.7.1 GENERALIDADES DEL TRATAMIENTO

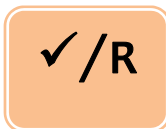
| Evidencia / Recomendación | Nivel / Grado |
|---|---|
| <p>E</p> <p>La depresión es tratable en el 65 a 75 % de los casos.</p> | <p>III [E. Shekelle] <i>Birrer RB, 2004</i></p> |
| <p>E</p> <p>El manejo efectivo requiere de un abordaje biopsicosocial combinando farmacoterapia y psicoterapia.</p> | <p>III [E. Shekelle] <i>Birrer RB, 2004</i></p> |
| <p>E</p> <p>La terapia generalmente resulta en la mejoría de la calidad de vida y de la capacidad funcional, así como de la salud, longevidad y disminución en los costos de servicios de salud.</p> | <p>III [E. Shekelle] <i>Birrer RB, 2004</i></p> |
| <p>E</p> <p>La mejoría de los síntomas debe ser evidente a las 2 semanas después de haber iniciado la terapia antidepressiva.</p> | <p>III [E. Shekelle] <i>Birrer RB, 2004</i></p> |

| | | |
|------------|---|---|
| R | El tratamiento en la fase inicial debe ser encaminado a inducir la remisión del episodio depresivo mayor y llevar al paciente a un completo nivel de funcionalidad basal. | I APA, 2010 |
| ✓/R | La colaboración interdisciplinaria debe ser establecida en el escenario del primer nivel de atención (Médico, enfermera, psicología, trabajo social). | Punto de Buena Práctica |
| R | Como mínimo, lo médicos deben proveer a los pacientes y sus familiares la información adecuada y referirlo a centros de atención social a la salud para distintos tipos de ayuda. | C Birrer RB, 2004 |
| R | Es importante colaborar con el paciente en las preferencias concernientes al tratamiento. | I APA, 2010 |
| R | Deben identificarse otras condiciones patológicas (médicas o psiquiátricas) que requieran atención para desarrollar un plan de tratamiento integral. | I APA, 2010 |
| E | Existe un gran consumo de medicamentos psicótropos sin un diagnóstico preciso. Por ejemplo, el consumo de ansiolíticos (benzodiazepinas) en sujetos con depresión se presenta hasta en un 42% y en estos pacientes con depresión, solamente reciben tratamiento antidepresivo un 15% de los casos. | III [E. Shekelle] Alonso-Formento E, 2010 |
| ✓/R | No se debe considerar la monoterapia con benzodiazepinas. Si coexiste la depresión con la ansiedad, se debe de utilizar dosis bajas de ansiolíticos de vida media corta durante un periodo no mayor a tres meses para evitar tolerancia y adicción. Las benzodiazepinas no son antidepresivos. | Punto de Buena Práctica |
| R | El tratamiento antidepresivo debe ser ofrecido rutinariamente a los pacientes con depresión. | B NICE, 2007 |
| E | Los aspectos que propician que los ancianos deprimidos discontinúen el tratamiento antidepresivo son ideas de que existe poca curabilidad de la depresión y de experiencias y expectativas negativas de la vejez. | III [E. Shekelle] Dickinson R, 2010 |



Deben establecerse las medidas de comunicación adecuadas con el paciente acerca de la terapia farmacológica, los efectos colaterales y los riesgos de la suspensión del tratamiento.

C
NICE, 2007



El médico debe enfatizar los beneficios del tratamiento antidepresivo y los efectos en la funcionalidad así como eliminar la idea de que la depresión es una característica de la vejez.

Punto de Buena Práctica



El médico en atención primaria debe de conocer las opciones terapéuticas no farmacológicas para el manejo de la depresión que no responde a manejo farmacológico y psicológico habitual. Por lo que se recomienda conozca las opciones de la terapia electroconvulsiva.

Punto de Buena Práctica



La terapia electroconvulsiva es una opción de primera línea para pacientes con depresión y características psicóticas quienes no respondieron a la farmacoterapia.

C
[E. Shekelle]
Birrer RB, 2004

4.7.2 TRATAMIENTO NO FARMACOLOGICO

| Evidencia / Recomendación | Nivel / Grado | |
|---------------------------|---|---|
| | <p>El potencial beneficio de la psicoterapia no disminuye por el incremento de la edad.</p> | <p>III [E. Shekelle] Birrer RB, 2004</p> |
| | <p>Los ancianos obtienen una mejor respuesta a la psicoterapia con baja frecuencia de recaídas y más respuestas positivas que los deprimidos jóvenes.</p> | <p>III [E. Shekelle] Birrer RB, 2004</p> |
| | <p>En pacientes ancianos con depresión leve con enfermedad cardiovascular, la psicoterapia es igualmente efectiva que la farmacoterapia.</p> | <p>III [E. Shekelle] Stefanatos A, 2009</p> |
| | <p>Solamente 5% de los pacientes deprimidos tienen tratamiento psicoterapéutico posiblemente asociado a que se presume que el anciano tiene menos respuesta que el joven.</p> | <p>Ib [E. Shekelle] Serfaty MA, 2009</p> |

| | | |
|----------|--|---|
| E | <p>Los resultados obtenidos en tratamientos no farmacológicos desafían la creencia generalizada de que los adultos mayores son rígidos e incapaces de alterar los hábitos disfuncionales.</p> | <p>Ila [E. Shekelle] <i>Nordhus IH, 1998</i></p> |
| E | <p>Existe una amplia disponibilidad de intervenciones psicológicas que pueden ser utilizadas en los adultos mayores con depresión, ya que en general, presentan la misma respuesta que los pacientes jóvenes.</p> | <p>C <i>NICE, 2007</i></p> |
| R | <p>La psicoterapia es recomendada en pacientes con depresión.</p> | <p>I <i>APA, 2010</i></p> |
| R | <p>La psicoterapia aunada a la farmacoterapia debe ser usada como tratamiento inicial para pacientes con depresión mayor.</p> | <p>I <i>APA, 2010</i></p> |
| E | <p>Se ha observado que la Terapia cognitivo-conductual disminuye la severidad de la depresión en pacientes que ya han tenido más de 3 episodios depresivos.</p> | <p>Ib [E. Shekelle] <i>Conradi HJ, 2009</i></p> |
| E | <p>La terapia cognitivo conductual ha mostrado ser un tratamiento efectivo en pacientes ancianos deprimidos aunque algunos pacientes con enfermedad cerebrovascular pueden no beneficiarse.</p> | <p>Ia [E. Shekelle] <i>Frazer CJ, 2005</i></p> |
| R | <p>Para la depresión el tratamiento psicológico debe abarcar de 16 a 20 sesiones en un periodo de 6-9 meses.</p> | <p>B <i>NICE, 2007</i></p> |
| R | <p>La terapia interpersonal, que consiste en un enfoque en las relaciones interpersonales y la solución de estas, es un tratamiento efectivo para la depresión en ancianos, solo o en tratamiento conjunto con medicamentos.</p> | <p>A [E. Shekelle] <i>Frazer CJ, 2005</i></p> |
| R | <p>La terapia por resolución de problemas consistente en el manejo de eventos potencialmente depresivos (ej. duelo, divorcio, condición médica seria), ha mostrado en estudios aleatorizados, una respuesta mayor que otros tratamientos psicológicos.</p> | <p>A [E. Shekelle] <i>Frazer CJ, 2005</i></p> |
| R | <p>La reminiscencia (técnica que involucra los recuerdos de días o eventos especiales de la vida) es efectiva en el tratamiento de la depresión.</p> | <p>A [E. Shekelle] <i>Frazer CJ, 2005</i></p> |

| | | |
|------------|--|---|
| R | La biblioterapia (libros de autoayuda) es un tratamiento efectivo para pacientes ancianos con depresión. | A [E. Shekelle] <i>Frazer CJ, 2005</i> |
| R | Los pacientes con depresión y con problemas de inicio y continuidad del sueño pueden beneficiarse con medidas de higiene del sueño (ver anexo 5.3. Cuadro 6. Medidas de higiene del sueño) | C <i>NICE, 2007</i> |
| E | Varios tipos de ejercicio físico han mostrado una mejoría en el estado de ánimo del paciente anciano deprimido. | Ia [E. Shekelle] <i>Frazer CJ, 2005</i> |
| E | La musicoterapia, la mesoterapia y la terapia luminosa aún no cuentan con estudios relevantes que apoyen su uso. | Ia [E. Shekelle] <i>Frazer CJ, 2005</i> |
| ✓/R | Como herramienta general, se recomienda enviar al paciente deprimido a grupos de atención social a la salud para que se les otorgue alguna de las terapias antes comentadas. | Punto de Buena Práctica |

4.7.3 TRATAMIENTO FARMACOLOGICO

| Evidencia / Recomendación | Nivel / Grado |
|--|--|
| <div style="text-align: center; border: 1px solid blue; border-radius: 10px; width: 40px; height: 40px; margin: 0 auto; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">E</div> <p>La subutilización de antidepresivos y la prescripción inadecuada de las dosis son los errores más comunes de los médicos cuando tratan pacientes ancianos con depresión.</p> | III [E. Shekelle] <i>Birrer RB, 2004</i> |
| <div style="text-align: center; border: 1px solid blue; border-radius: 10px; width: 40px; height: 40px; margin: 0 auto; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">E</div> <p>Los medicamentos antidepresivos no solamente son útiles en pacientes con depresión primaria, sino también en depresión asociada a otras enfermedades (depresión secundaria).</p> | III [E. Shekelle] <i>Birrer RB, 2004</i> |
| <div style="text-align: center; border: 1px solid green; border-radius: 10px; width: 40px; height: 40px; margin: 0 auto; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">R</div> <p>El uso de antidepresivos debe ser recomendado en:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Depresión de reciente diagnóstico. • Depresión persistente a pesar de otras intervenciones. • Historia de depresión mayor. • Asociación a problemas psicosociales o médicos. | C <i>NICE, 2007</i> |

| | | |
|----------|---|--|
| R | El tratamiento antidepresivo es recomendado como tratamiento inicial en pacientes con depresión mayor. | I APA, 2010 |
| R | La selección de los distintos tipos de medicamentos antidepresivos debe basarse en el conocimiento de los posibles efectos colaterales, seguridad y tolerabilidad en cada paciente. | I APA, 2010 |
| E | Los predictores de una respuesta positiva al tratamiento antidepresivo incluyen: <ul style="list-style-type: none"> • Primer episodio depresivo. • Nivel educativo elevado. • Ingresos económicos altos. • Funcionalidad física y mental normal. • Depresión de corta duración. | IIb [E. Shekelle] Trivedi MH, 2006 |
| R | El inicio del tratamiento antidepresivo en el anciano: <ul style="list-style-type: none"> • Debe ser gradual. • Iniciar con la mitad de la dosis mínima recomendada durante 1 semana. • De acuerdo con la respuesta y presencia de efectos secundarios, incrementar gradualmente hasta alcanzar la dosis óptima. | B [E. Shekelle] Lapid M, 2003 |
| E | La seguridad y perfiles de efectos colaterales de los Inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina (ISRS) los hacen los medicamentos de elección en la mayoría de los tipos de depresión del adulto mayor. | III [E. Shekelle] Birrer RB, 2004 |
| R | El uso de medicamentos ISRS, Inhibidores de la recaptura de serotonina y noradrenalina (IRSN), duales y anfebutamona (Bupropion), son buenas opciones para la mayoría de los pacientes ancianos deprimidos. | I APA, 2010 |
| E | El potencial de sobredosis fatal es significativamente más bajo con los ISRS que con los antidepresivos tricíclicos (ATC). | III [E. Shekelle] Birrer RB, 2004 |
| E | La tasa de respuesta de los ISRS en la depresión en el anciano es del 55 al 70% con un retraso en el inicio de su efecto de 10 a 20 días. | III [E. Shekelle] Baldwin DS, 2005 |
| E | Los ISRS son mejor tolerados por los pocos efectos sedantes y colinérgicos comparados con los ATC. | III [E. Shekelle] Birrer RB, 2004 |

R

Cuando un antidepresivo es prescrito debe elegirse un ISRS, ya que es igualmente efectivo que los tricíclicos pero con menos efectos secundarios, son el medicamento de elección en los adultos mayores por menores efectos secundarios, principalmente cardiovasculares.

A
NICE, 2007
C
[E. Shekelle]
Alexopoulos GS, 2005

El médico de primer contacto debe de conocer las características y el perfil farmacológico de los distintos medicamentos antidepresivos, por lo que se recomienda se utilicen las siguientes dosis al inicio del tratamiento en el adulto mayor.

✓/R

- Paroxetina 10mg cada 24hrs.
- Sertralina 25mg cada 24 horas
- Fluoxetina 20mg cada 24hrs (su presentación es en cápsula y no permite disminuir la dosis).
- Venlafaxina 75mg cada 24 horas.
- Citalopram 10mg cada 24 horas.

En el paciente frágil se recomienda disminuir al 25% de la dosis habitual por el potencial de riesgo de efectos adversos y de preferencia utilizar por la mañana, (solo en un porcentaje mínimo de pacientes provocan somnolencia y se recomendarían en la noche).

Punto de Buena Práctica

E

La fluoxetina tiene una vida media prolongada que requiere de un periodo de eliminación de hasta 3 meses.

III
[E. Shekelle]
Birrer RB, 2004

E

La fluoxetina y la paroxetina son los ISRS más propensos a la interacción medicamentosa por la inhibición de otros medicamentos a través del citocromo p450 y son los medicamentos que mas fácilmente pueden incrementar los niveles de ATC. (Ver anexo 5.4. Cuadro de medicamentos).

III
[E. Shekelle]
Adams SM, 2008

E

El uso de ISRS en pacientes con enfermedad cardiovascular mejoró el pronóstico y disminuyó los síntomas depresivos.

Ia
[E. Shekelle]
Pizzi C, 2011

E

Los ISRS son los medicamentos de elección el paciente con enfermedad cardiovascular asociada.

III
[E. Shekelle]
Stefanitou A, 2009

E

La fluoxetina es un fármaco eficaz en la profilaxis de la depresión en pacientes post-evento cerebrovascular, mejorando la funcionalidad y ayudando en la recuperación neurológica.

Ia
[E. Shekelle]
Yi ZM, 2010

E

Los antidepresivos tricíclicos (ATC), muestran mayor frecuencia de los efectos adversos en comparación con los demás medicamentos antidepresivos.

IIb
[Shekelle]
Coupland CA, 2011

E

Los efectos secundarios de los ATC son mediados por la actividad en los receptores colinérgicos, adrenérgicos e histaminérgicos.

III
[E. Shekelle]
Adams SM, 2008

E

Los ATC se relacionan con un alto riesgo de eventos cardiovasculares significativos en pacientes con cardiopatía isquémica.

III
[E. Shekelle]
Adams SM, 2008

R

La doxepina y amitriptilina deben ser evitadas en el tratamiento de los pacientes ancianos deprimidos por sus potencial riesgo de eventos adversos.

C
Birrer RB, 2004

✓/R

La imipramina es un ATC y puede presentar efectos adversos en los adultos mayores. En caso de que se utilice en primer nivel de atención, deberá tenerse cuidado en iniciar con dosis bajas (12.5mg), con incrementos lentos y tener una estrecha vigilancia de los efectos secundarios, como los cardiovasculares (arritmias), estreñimiento, glaucoma, boca seca, retención aguda de orina, caídas e hipotensión ortostática.

Punto de Buena Práctica

R

Debe verificarse la posibilidad de interacciones medicamentosas con el uso de la *Hierba de San Juan*, este provoca disminución en las concentraciones plasmáticas de warfarina y digoxina, así como potenciación de la toxicidad de los ISRS.

I
APA, 2010

R

Si se decide utilizar benzodiazepinas sólo deben prescribirse cuidadosamente para el adecuado control de las alteraciones del ciclo sueño-vigilia o para efectos secundarios de los antidepresivos como la ansiedad y la agitación, si se presentasen.

C
NICE, 2007

R

Los fármacos hipnóticos sedantes tales como las benzodiazepinas (clonazepam, lorazepam, alprazolam) y fármacos relacionados deben de ser utilizados cuando la respuesta al **tratamiento no farmacológico** no ha sido adecuada y los beneficios del mismo superen ostensiblemente los riesgos de su administración.

A
[SIGN]
MOH, 2008

R

Los pacientes deberán ser advertidos rutinariamente que los hipnóticos causan somnolencia y que puede afectar la capacidad para realizar actividades que requieren un nivel de alerta ó coordinación física y que causan tolerancia.

El uso concomitante de bebidas alcohólicas también se debe evitar.

A
[SIGN]
MOH, 2008

R

Cuando se establece el diagnóstico de depresión no se recomienda el tratamiento a largo plazo con benzodicepinas, ya que su eficacia no está claramente establecida.

A
[SIGN]
MOH, 2008

R

El uso a largo plazo de benzodicepinas debe evitarse en los ancianos ya que hay un incremento en el riesgo deterioro cognoscitivo, depresión, confusión, caídas y fracturas. Además dependencia, tolerancia, insomnio de rebote y síndrome de abstinencia.

C
[SIGN]
MOH, 2008

R

En los ancianos que ya estén siendo tratados con benzodicepinas de manera crónica y se decida retirarse, este deberá ser gradualmente. Lo anterior se ha relacionado con mejoría en la función cognoscitiva y en el estado de ánimo.

A
[SIGN]
MOH, 2008

R

Las benzodicepinas con vida media larga (diazepam, flurazepam, clorazepato, clorodiazepóxido) deben evitarse, ya que se asocian con lesiones mayores como fractura de cadera por caídas y no ofrecen mayor beneficio que las de vida media corta o intermedia.

D
[SIGN]
MOH, 2008

✓/R

La prescripción de benzodicepinas en este grupo de edad deberá acompañarse de un seguimiento continuo, evaluando la efectividad, los efectos adversos, la aparición o la exacerbación de co-mórbidos existentes, la tolerancia y la taquifilaxia.

Punto de Buena Práctica

R

Las prácticas de medicina complementaria que incluyan acupuntura, yoga y tai-chi son recomendables por su seguridad y eficacia en el tratamiento de la depresión, ansiedad e insomnio.

A
(E: Shekelle)
Sarris J, 2011

✓/R

Debe tomarse en cuenta el contexto social y cultural del paciente antes de aconsejar el inicio o suspensión de una práctica de medicina complementaria.

Punto de Buena Práctica

4.8 DEPRESIÓN Y SUICIDIO EN EL PACIENTE ANCIANO

| Evidencia / Recomendación | Nivel / Grado |
|---|--|
| <p>E El género masculino mostró ser un factor de riesgo para el intento y consecución del suicidio.</p> | <p>Ia [E. Shekelle] <i>Fung YL, 2011</i></p> |
| <p>E Se consideran factores de riesgo de suicidio a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Enfermedad mental. • Enfermedad física. • Trastornos en las relaciones interpersonales. | <p>Ia [E. Shekelle] <i>Grek A, 2007</i></p> |
| <p>R El uso de medicamentos antidepresivos disminuye hasta un 20% el riesgo o intento de suicidio.</p> | <p>C [E. Shekelle] <i>Leon AC, 2011</i></p> |
| <p>E En un meta-análisis se observó que los intentos suicidas no disminuyeron con la administración de ISRS pero tampoco se encontraron diferencias significativas con respecto a los ATC.</p> | <p>Ia [E. Shekelle] <i>Fergusson D, 2005</i></p> |
| <p>E La presencia de señales de autolesión en el anciano es un claro mensaje de trastorno psiquiátrico con alto riesgo de suicidio.</p> | <p>III [E. Shekelle] <i>Katona C, 2007</i></p> |
| <p>✓/R Todo intento de suicidio se debe referirse de manera urgente para la atención por psiquiatría y valorar la posibilidad de contención.</p> | <p>Punto de Buena Práctica</p> |

4.9 SEGUIMIENTO AL TRATAMIENTO

| Evidencia / Recomendación | Nivel / Grado |
|--|---|
| <p>E Se requieren al menos 2 a 6 semanas de terapia para obtener una respuesta clínica con cualquier fármaco antidepresivo.</p> | <p>III [E. Shekelle] <i>Birrer RB, 2004</i></p> |

| | | |
|------------|--|---|
| E | <p>La recuperación de un episodio depresivo usualmente toma 6 a 12 meses.</p> | <p>III [E. Shekelle] <i>Birrer RB, 2004</i></p> |
| E | <p>Solamente un 40% de los pacientes tienen una remisión completa con el primer agente suministrado.</p> | <p>III [E. Shekelle] <i>Birrer RB, 2004</i></p> |
| R | <p>Los pacientes deben ser vigilados cada mes durante los primeros 6 a 12 meses después de la remisión, luego cada 3 meses después del año de remisión.</p> | <p>C [E. Shekelle] <i>Birrer RB, 2004</i></p> |
| E | <p>La recurrencia de la depresión después de los primeros tres episodios de depresión mayor es de 50, 70 y 90% respectivamente.</p> | <p>III [E. Shekelle] <i>Birrer RB, 2004</i></p> |
| R | <p>La terapia debe ser continuada mínimo por un año después del primer episodio de depresión, al menos dos años después del segundo episodio y tres a cinco años después del tercero.</p> | <p>C [E. Shekelle] <i>Birrer RB, 2004</i></p> |
| R | <p>Los pacientes con depresión que rechacen tratamiento, deberán tener un seguimiento a las 2 semanas para evaluación y en su caso insistir en el tratamiento.</p> | <p>C <i>NICE, 2007</i></p> |
| R | <p>Cuando los efectos colaterales aparecen, la estrategia inicial es: Reducción de la dosis o el cambio por un medicamento que no esté asociado con ese efecto colateral.</p> | <p>I <i>APA, 2010</i></p> |
| R | <p>El personal de trabajo social debe colaborar con el médico y deben establecer contacto con los pacientes deprimidos que no acudan a sus citas de seguimiento.</p> | <p>C <i>NICE, 2007</i></p> |
| ✓/R | <p>A los pacientes referidos al 2° nivel por alto riesgo de suicidio, se les debe continuar proveyendo el soporte adicional, incluido el contacto estrecho por parte del equipo de salud del 1° nivel, incluido el seguimiento telefónico.</p> | <p>Punto de Buena Práctica</p> |
| ✓/R | <p>Cuando hay falla de respuesta terapéutica en un paciente deprimido debe verificarse que el medicamento sea ingerido de manera adecuada y continua.</p> | <p>Punto de Buena Práctica</p> |



Los profesionales de la salud deben concientizar al paciente, al familiar o al cuidador, la necesidad de vigilar e informar a sus médicos, sobre la presencia de síntomas de supresión.

Punto de Buena Práctica



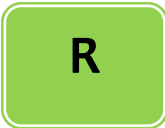
El personal de enfermería especialista en atención primaria a la salud, debe participar en la detección temprana, tratamiento y seguimiento de los pacientes adultos mayores con depresión, en el primer nivel de atención.

Punto de Buena Práctica



El síndrome de supresión de medicamentos ISRS e IRSN, es más frecuente con la paroxetina y la venlafaxina.

III
[E. Shekelle]
Black K, 2000



Para minimizar los síntomas de discontinuación de los medicamentos, debe avisarse al paciente que no debe discontinuar abruptamente el fármaco cuando viaje o esté lejos de casa.

I
APA, 2010



Al término del tratamiento, se debe retirar gradualmente el medicamento antidepresivo durante un periodo de 4 semanas, en algunos casos, dicho periodo podrá ser mayor para evitar la aparición de los efectos secundarios por supresión del fármaco.

C
NICE, 2007




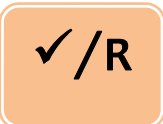

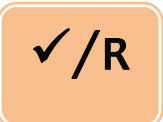
Los síntomas del síndrome de discontinuación de ISRS e IRSN incluyen:



- Ansiedad.
- Ataxia.
- Diarrea.
- Mareo
- Fatiga
- Cefalea.
- Insomnio
- Irritabilidad.
- Nausea.
- Parestesias.
- Tremor.
- Alteraciones visuales.
- Vómito.

III
[E. Shekelle]
Adams SM, 2008

4.10 CRITERIOS DE REFERENCIA

| Evidencia / Recomendación | Nivel / Grado | |
|---|---|---------------------------------------|
|  | <p>En las unidades de Primer Nivel de Atención que no cuenten con la infraestructura suficiente para el cumplimiento de las recomendaciones de la presente guía, deberán, en los términos de la regionalización de los servicios y los lineamientos delegacionales en la materia, referir al paciente para su atención a otra unidad de mayor capacidad resolutive.</p> | <p>Punto de Buena Práctica</p> |
|  | <p>Cuando después de 6 meses de tratamiento recomendado exista falta de respuesta, se deberá referir al médico psiquiatra o geriatra del segundo nivel que corresponda.</p> | <p>Punto de Buena Práctica</p> |
|  | <p>Cuando el paciente represente un riesgo para el mismo (intento suicida), debe ser enviado urgentemente al servicio de psiquiatría correspondiente.</p> | <p>C NICE, 2007</p> |
|  | <p>Todo paciente que presente depresión mayor o la presencia de síntomas psicóticos deben ser enviados al servicio de psiquiatría correspondiente.</p> | <p>Punto de Buena Práctica</p> |
|  | <p>Los pacientes que presenten recidiva de la depresión, deberán ser enviados al servicio de psiquiatría correspondiente, para su manejo farmacológico.</p> | <p>Punto de Buena Práctica</p> |
|  | <p>El equipo de salud deberá de promover la búsqueda intencionada y la creación de redes de apoyo dentro de la comunidad del paciente adulto mayor con depresión.</p> | <p>Punto de Buena Práctica</p> |

4.11 PRONÓSTICO

| | Evidencia / Recomendación | Nivel / Grado |
|------------|---|--|
| E | La recuperación es similar en ancianos y en jóvenes, solo algunas remisiones pueden tomar más tiempo en el adulto mayor. | III [E. Shekelle] <i>Birrer RB, 2004</i> |
| E | Un 54 a 84% de los pacientes se recuperan, 12 a 24% recaen y 4 a 28% permanecen enfermos o discapacitados. | III [E. Shekelle] <i>Birrer RB, 2004</i> |
| E | En pacientes con tratamiento farmacológico, la presencia de síntomas residuales de depresión no se asocia con recaídas. | Ib [E. Shekelle] <i>Iovieno N, 2011</i> |
| E | La depresión con deterioro cognitivo asociado (pseudodemencia) es un factor predictivo para demencia. | IIb [E. Shekelle] <i>Sáez-Fonseca JA, 2007</i> |
| E | La pseudodemencia se observa con mayor frecuencia en mujeres con eventos depresivos previos y nivel socioeconómico elevado. | III [E. Shekelle] <i>Hepple J, 2004</i> |
| ✓/R | El pronóstico de la depresión es mejor cuando se inicia tempranamente el tratamiento psicoterapéutico y farmacológico indicado. | Punto de Buena Práctica |

5. ANEXOS

5.1. PROTOCOLO DE BÚSQUEDA

Ejemplo de un protocolo de Búsqueda

PROTOCOLO DE BÚSQUEDA.

Diagnóstico y Tratamiento de la Depresión en el Adulto Mayor

La búsqueda se realizó en los sitios específicos de Guías de Práctica Clínica, la base de datos de la biblioteca Cochrane y PubMed.

Criterios de inclusión:

Documentos escritos en idioma inglés o español.

Publicados durante los últimos 10 años.

Documentos enfocados a diagnóstico o tratamiento.

Criterios de exclusión:

Documentos escritos en idiomas distintos al español o inglés.

Estrategia de búsqueda

Primera etapa

Esta primera etapa consistió en buscar guías de práctica clínica relacionadas con el tema:

Diagnóstico y Tratamiento de Depresión en el Adulto mayor en PubMed.

La búsqueda fue limitada a humanos, documentos publicados durante los últimos 10 años, en idioma inglés o español, del tipo de documento de guías de práctica clínica y se utilizaron términos validados del MeSh. Se utilizó el término MeSh: Depressive Disorder. En esta estrategia de búsqueda también se incluyeron los subencabezamientos (subheadings): complications, diagnosis, drug therapy, etiology, mortality, prevention and control, psychology, therapy, y se limitó a la población de adultos mayores de 65 años de edad. Esta etapa de la estrategia de búsqueda dio 298 resultados, de los cuales se utilizaron 66 documentos por considerarlas pertinentes y de utilidad en la elaboración de la guía.

Protocolo de búsqueda de GPC.

Resultado Obtenido

("Depressive Disorder/complications"[Mesh] OR "Depressive Disorder/diagnosis"[Mesh] OR "Depressive Disorder/drug therapy"[Mesh] OR "Depressive Disorder/etiology"[Mesh] OR "Depressive Disorder/mortality"[Mesh] OR "Depressive Disorder/physiopathology"[Mesh] OR "Depressive Disorder/prevention and control"[Mesh] OR "Depressive Disorder/psychology"[Mesh] OR "Depressive Disorder/therapy"[Mesh]) Limits: only items with links to free full text, Humans, Meta-Analysis, Practice Guideline, Randomized Controlled Trial, Review, English, Spanish, Aged: 65+ years, published in the last 10 years

Algoritmo de búsqueda

1. Depressive Disorder [Mesh]
2. Complications [Subheading]
3. Diagnosis [Subheading]
4. Drug Therapy [Subheading]
5. Etiology [Subheading]
6. Mortality [Subheading]
7. Prevention andControl[Subheading]
8. Pychology [Subheading]
9. Therapy [Subheading]
10. #2 OR #3 OR #4 OR #5 OR #6 OR #7 OR #8
11. #1 And #10
12. 2002[PDAT]: 2012[PDAT]
13. Humans [MeSH]
14. #11 and # 12 and #13
15. English [lang]
16. Spanish [lang]
17. #15 OR # 16
18. #14 AND # 17
19. Guideline [ptyp]
20. Meta-Analysis [ptyp]
21. Practice Guideline [ptyp]
22. Randomized Controlled Trial [ptyp]
23. Review [ptyp]
24. #19 OR #20 OR #21 OR #22 OR #23
25. #18 AND #24
26. Aged: 65+ years [MeSH]
27. #25 AND #26
28. # 1 AND (#2 OR #3 OR #4 OR #5 OR #6 OR #7 OR #8) AND #12 AND #13 AND (#15 OR #16) AND (#19 OR #20 OR #21 OR #22 OR #23) and #26

Segunda etapa

Una vez que se realizó la búsqueda de guías de práctica clínica en PubMed, se procedió a buscar guías de práctica clínica en sitios Web especializados.

En esta etapa se realizó la búsqueda en 5 sitios de Internet en los que se buscaron guías de práctica clínica, en estos sitios se obtuvieron 36 documentos, de los cuales se utilizaron 5 documentos para la elaboración de la guía.

| No. | Sitio | Obtenidos | Utilizados |
|----------------|--------------------------------|-----------|------------|
| 1 | NGC | 2 | 1 |
| 2 | TripDatabase | 31 | 1 |
| 3 | NICE | 1 | 1 |
| 4 | Singapore Guidelines Moh | 1 | 1 |
| 5 | SIGN | 1 | 1 |
| Totales | | 36 | 5 |

Tercera etapa

Se realizó una búsqueda de revisiones sistemáticas en la biblioteca Cochrane, relacionadas con el tema de trastorno depresivo. Se obtuvieron 9 RS, 5 de los cuales tuvieron información relevante para la elaboración de la guía

5.2 SISTEMAS DE CLASIFICACIÓN DE LA EVIDENCIA Y FUERZA DE LA RECOMENDACIÓN

Criterios para Gradar la Evidencia

El concepto de Medicina Basada en la Evidencia (MBE) fue desarrollado por un grupo de internistas y epidemiólogos clínicos, liderados por Gordon Guyatt, de la Escuela de Medicina de la Universidad McMaster de Canadá. En palabras de David Sackett, *“la MBE es la utilización consciente, explícita y juiciosa de la mejor evidencia clínica disponible para tomar decisiones sobre el cuidado de los pacientes individuales”* (Evidence-Based Medicine Working Group 1992, Sackett DL et al, 1996).

En esencia, la MBE pretende aportar más ciencia al arte de la medicina, siendo su objetivo disponer de la mejor información científica disponible -la evidencia- para aplicarla a la práctica clínica (Guerra Romero L, 1996).

La fase de presentación de la evidencia consiste en la organización de la información disponible según criterios relacionados con las características cualitativas, diseño y tipo de resultados de los estudios disponibles. La clasificación de la evidencia permite emitir recomendaciones sobre la inclusión o no de una intervención dentro de la GPC (Jovell AJ et al, 2006) .

Existen diferentes formas de gradar la evidencia (Harbour R 2001) en función del rigor científico del diseño de los estudios pueden construirse escalas de clasificación jerárquica de la evidencia, a partir de las cuales pueden establecerse recomendaciones respecto a la adopción de un determinado procedimiento médico o intervención sanitaria (Guyatt GH et al, 1993). Aunque hay diferentes escalas de gradación de la calidad de la evidencia científica, todas ellas son muy similares entre sí.

A continuación se presentan las escalas de evidencia de cada una de las GPC utilizadas como referencia para la adopción y adaptación de las recomendaciones.

LA ESCALA MODIFICADA DE SHEKELLE Y COLABORADORES

Clasifica la evidencia en niveles (categorías) e indica el origen de las recomendaciones emitidas por medio del grado de fuerza. Para establecer la categoría de la evidencia utiliza números romanos de I a IV y las letras a y b (minúsculas). En la fuerza de recomendación letras mayúsculas de la A a la D.

| Categoría de la evidencia | Fuerza de la recomendación |
|--|--|
| Ia. Evidencia para meta-análisis de los estudios clínicos aleatorios | A. Directamente basada en evidencia categoría I |
| Ib. Evidencia de por lo menos un estudio clínico controlado aleatorios | |
| Ila. Evidencia de por lo menos un estudio controlado sin aleatoriedad | B. Directamente basada en evidencia categoría II o recomendaciones extrapoladas de evidencia I |
| Ilb. Al menos otro tipo de estudio cuasiexperimental o estudios de cohorte | |
| III. Evidencia de un estudio descriptivo no experimental, tal como estudios comparativos, estudios de correlación, casos y controles y revisiones clínicas | C. Directamente basada en evidencia categoría III o en recomendaciones extrapoladas de evidencias categorías I o II |
| IV. Evidencia de comité de expertos, reportes opiniones o experiencia clínica de autoridades en la materia o ambas | D. Directamente basadas en evidencia categoría IV o de recomendaciones extrapoladas de evidencias categorías II, III |

Modificado de: Shekelle P, Wolf S, Eccles M, Grimshaw J. Clinical guidelines. Developing guidelines. BMJ 1999; 3:18:593-59

CUADRO 2. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). PRACTICE GUIDELINE FOR THE TREATMENT OF PATIENTS WITH MAJOR DEPRESSIVE DISORDER.

| Categoría de la evidencia | Fuerza de la recomendación |
|---------------------------|---|
| I | Recomendado con confianza clínica substancial |
| II | Recomendado con confianza clínica moderada |
| III | Puede ser recomendado en las bases de circunstancias individuales |

Modificado de: American Psychiatric Association (APA). Practice guideline for the treatment of patients with major depressive disorder 3rd ed. Arlington (VA) American Psychiatric Association (APA) 2010 oct. 152 p

CUADRO 3. NIVELES DE EVIDENCIA Y GRADOS DE RECOMENDACIÓN SCOTTISH INTERCOLLEGIATE GUIDELINES NETWORK (SIGN).

| Nivel | Tipo de Evidencia |
|--------------------------------|--|
| 1++ | Metanálisis de alta calidad, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos aleatorizados o ensayos clínicos con un riesgo bajo de sesgo |
| 1+ | Metanálisis, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos bien hechos, o ensayos clínicos con riesgo bajo de sesgos |
| 1- | Metanálisis, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos o ensayos clínicos con riesgo alto de sesgo |
| 2++ | Revisiones sistemáticas de alta calidad de estudios de cohorte y casos-control |
| 2+ | Estudios de corte y casos y controles con bajo riesgo de confusión o sesgo y una probabilidad moderada de que la relación sea causal |
| 2- | Estudios casos-controles, o estudios de cohorte con alto riesgo de confusión o sesgo y un riesgo significativo de que la relación sea no causal |
| 3 | Estudios no analíticos, reportes de casos y series de casos |
| 4 | Expertos de opinión |
| Grado de Recomendación | |
| A | Al menos un metanálisis, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos, ensayos clínicos 1++ y directamente aplicables a la población blanco; o un cuerpo de evidencia consistente principalmente de estudios 1+, directamente aplicable a la población blanco |
| B | Cuerpo de evidencia incluyendo estudios 2++, directamente aplicables a la población blanco, consistencia de resultados, o evidencia extrapolada de estudios 1++ o 1+ |
| C | Evidencia incluye estudios 2+, directamente aplicable a la población blanco y consistencia de resultados, o evidencia extrapolada de estudios 2++ |
| D | Evidencia nivel 3 o 4 o evidencia extrapolada de estudios 2+ |
| GPP (puntos de buena práctica) | Recomendación de buena práctica basada en la experiencia clínica del grupo de desarrollo |

Fuente: MOH Clinical Practice Guidelines. Prescribing of Benzodiazepines. 2008. Disponible en: www.moh.gov.sg/cpg

5.3. CLASIFICACIÓN O ESCALAS DE LA ENFERMEDAD

CUADRO 1. FACTORES PREDISPONENTES DE DEPRESIÓN: AMBIENTALES Y CIRCUNSTANCIALES

| | |
|---|-----|
| Problemas relacionados con la familia | 67% |
| Enfermedades somáticas propias | 20% |
| Problemas relacionados con el ambiente social | 11% |
| Problemas relacionados con hechos negativos en la niñez | 4% |
| Problemas relacionados con la economía familiar y la vivienda | 4% |
| Problemas relacionados con el empleo y el desempleo | 4% |
| Problemas relacionados con hechos legales | 1% |

Adaptado de: Gómez-Feria I. La depresión en ancianos. Su coexistencia con factores estresantes, enfermedades somáticas y discapacidades. *Psiquiatría Biológica* 2002;9(1):13-7

CUADRO 2. DEPRESION RELACIONADA A PROBLEMAS CON LA FAMILIA

| | |
|--|-----|
| Muerte de un miembro de la familia | 33% |
| Problemas de salud dentro de la familia | 29% |
| Conflictos entre esposos o pareja | 18% |
| Discordia familiar sin especificación | 14% |
| Ausencia de un miembro de la familia | 5% |
| Soporte familiar inadecuado | 4% |
| Rotura familiar, separación o divorcio | 3% |
| Otros problemas familiares inespecíficos | 2% |
| Familiar dependiente que necesita cuidados | 1% |

Adaptado de: Gómez-Feria I. La depresión en ancianos. Su coexistencia con factores estresantes, enfermedades somáticas y discapacidades. *Psiquiatría Biológica* 2002;9(1):13-7

| CUADRO 3. ENFERMEDADES QUE PUEDEN CONFUNDIRSE O CURSAR CON DEPRESIÓN EN EL ADULTO MAYOR | |
|--|---|
| Trastornos Metabólicos y Endocrinos | Hipo e hipertiroidismo |
| | Anemia severa |
| | Hipocalcemia |
| | Hiponatremia |
| | Trastornos ácido basicos |
| | Hipo e hipernatremia |
| | Enfermedad de cushing |
| | Enfermedad de Addison |
| | Uremia |
| | Hipoxia |
| | Diabetes mellitus /Hipoglucemia |
| Enfermedades infecciosas | Tuberculosis |
| | Neumonía |
| | Postencefalitis |
| | Mononucleosis Infecciosa |
| | HIV / SIDA |
| | Postinfluenza |
| Enfermedades neurológicas | Deterioro cognoscitivo |
| | Enfermedad de Alzheimer |
| | Esclerosis múltiple |
| | Enfermedad de Parkinson |
| | Accidente vascular cerebral |
| | Tumores cerebrales |
| | Traumatismo cráneo encefálico |
| Neoplasias | Cáncer páncreas, pulmón, mama, otros |
| | Síndrome carcinoide |
| Enfermedades sistémicas | Lupus eritematoso sistémico |
| | Artritis reumatoide |
| | Enfermedad articular degenerativa |
| Genitourinarias | Incontinencia Urinaria |
| Gastrointestinales | Intestino Irritable |
| | Neoplasia Maligna |
| Cardiopulmonares | Insuficiencia Cardíaca congestiva |
| | Infarto al miocardio |
| | Enfermedad pulmonar obstructiva crónica |

Adaptado de: Gómez-Feria I. La depresión en ancianos. Su coexistencia con factores estresantes, enfermedades somáticas y discapacidades. Psiq Biol 2002;9(1):13-7

| CUADRO 4. FARMACOS QUE PUEDEN PROVOCAR O EXACERBAR DEPRESION EN EL ANCIANO | |
|---|-------------------------------|
| Beta-bloqueadores lipofílicos (Propanolol, metoprolol) | Benzodiazepinas (uso crónico) |
| Digoxina | Carbamazepina |
| Diureticos tiazidicos | Fenitoína |
| Antipsicóticos (Haloperidol, risperidona, olanzapina) | Metoclopramida |
| Levodopa | Ranitidina |
| Bromocriptina | Quimioterapia |
| Alcohol | Hipocolesteromiantes |
| Deficiencia de vitamina B | Interferon |
| Reserpina | AINE |
| Alfa metildopa | Corticoides |
| Clonidina | Neuropelpticos |
| IECA | Anticolinergicos |
| Bloqueadores canales del calcio | Levo dopa |

Adaptado de: Artiles-Pérez R. y López-Chamónb S. Síntomas somáticos de la depresión. SEMERGEN. 2009;35 Supl 1:39-42

| CUADRO 5. ESCALA DE DEPRESIÓN DE YESAVAGE (GDS VERSIÓN REDUCIDA) | | SÍ | NO |
|---|--|-----------|-----------|
| 1 | ¿ESTA SATISFECHO/A CON SU VIDA? | 0 | 1 |
| 2 | ¿HA RENUNCIADO A MUCHAS ACTIVIDADES? | 1 | 0 |
| 3 | ¿SIENTE QUE SU VIDA ESTA VACÍA? | 1 | 0 |
| 4 | ¿SE ENCUENTRA A MENUDO ABURRIDO/A? | 1 | 0 |
| 5 | ¿TIENE A MENUDO BUEN ÁNIMO? | 0 | 1 |
| 6 | ¿TEME QUE ALGO MALO LE PASE? | 1 | 0 |
| 7 | ¿SE SIENTE FELIZ MUCHAS VECES? | 0 | 1 |
| 8 | ¿SE SIENTE A MENUDO ABANDONADO/A? | 1 | 0 |
| 9 | ¿PREFIERE QUEDARSE EN CASA A SALIR? | 1 | 0 |
| 10 | ¿CREE TENER MÁS PROBLEMAS DE MEMORIA QUE LA MAYORÍA DE LA GENTE? | 1 | 0 |
| 11 | ¿PIENSA QUE ES MARAVILLOSO VIVIR? | 0 | 1 |
| 12 | ¿LE CUESTA INICIAR NUEVOS PROYECTOS? | 1 | 0 |
| 13 | ¿SE SIENTE LLENO/A DE ENERGÍA? | 0 | 1 |
| 14 | ¿SIENTE QUE SU SITUACIÓN ES DESESPERADA? | 1 | 0 |
| 15 | ¿CREE QUE MUCHA GENTE ESTÁ MEJOR QUE USTED? | 1 | 0 |
| PUNTUACION TOTAL _____ | | | |
| INTERPRETACIÓN: 0 A 5 NORMAL. 6 A 9 DEPRESIÓN LEVE. > 10 DEPRESIÓN ESTABLECIDA. | | | |

Adaptado de: Sheikh JI, Yesavage JA. Geriatric depression scale (gds): recent evidence and development of a shorter version. In: Brink TL, eds. Clinical Gerontology: A Guide to Assessment and Intervention. New York: Haworth, 1986.

CUADRO 6. MEDIDAS DE HIGIENE DEL SUEÑO

Objetivos:

Favorecer mejores hábitos de sueño

Aumentar la conciencia, el conocimiento y el control de factores potencialmente perjudiciales para el sueño relacionados con el estilo de vida y el entorno.

Indicaciones

1. Mantener un horario fijo para acostarse y levantarse, incluidos fines de semana y vacaciones.
2. Evite realizar en la cama actividades tales como: ver la televisión, leer, escuchar la radio, comer, hablar por teléfono, discutir. Nuestro cerebro necesita asociar el dormitorio y la cama a la actividad de dormir. Cuando en ese lugar se realizan otro tipo de actividades el cerebro recibe un doble mensaje y se confunde.
3. Repetir cada noche una rutina de acciones que ayuden a prepararse mental y físicamente para irse a la cama. Lavarse los dientes, ponerse el pijama, utilizar una técnica de relajación....
4. Retirar todos los relojes de su habitación y evitar ver la hora en cada despertar, esto genera más ansiedad y la sensación de la noche se haga más larga.
5. Permanecer en la cama el tiempo suficiente, adaptándolo a las necesidades reales de sueño.
6. Evitar siestas e el día. En casos concretos como el anciano, se puede permitir una siesta después de comer, con una duración no mayor de 30 minutos.
7. Limitar el consumo de líquidos y evitar las bebidas que contienen cafeína (refrescos de cola) o grandes cantidades de azúcar por la tarde ya que alteran el sueño, incluso en personas que no lo perciben y sobre todo si la frecuencia urinaria es un problema.
8. El alcohol y el tabaco, además de perjudicar la salud, perjudican el sueño y, en este sentido, se debe evitar su consumo varias horas antes de dormir.
9. Realizar ejercicio regularmente, durante al menos 30 a 45min al día, con luz solar, preferentemente por la mañana y siempre al menos tres horas antes de ir a dormir.
10. En la medida de lo posible mantenga el dormitorio a una temperatura agradable y con unos niveles mínimos de luz y ruido.
11. El hambre y las comidas copiosas pueden alterar el sueño. Evitar acostarse hasta que hayan pasado dos horas después de la cena. Si se está acostumbrado a ello, tomar algo ligero antes de la hora de acostarse (por ejemplo, galletas, leche o queso), no tomar chocolate, grandes cantidades de azúcar y líquidos en exceso. Si se despierta a mitad de la noche, no comer nada o se puede comenzar a despertar habitualmente a la misma hora sintiendo hambre.
12. Tener en cuenta los efectos que ciertos medicamentos pueden tener sobre el sueño. Los estimulantes a la hora de acostarse y los sedantes durante el día pueden afectar de forma desfavorable al sueño.

| Cuadro 7. Factores de riesgo para suicidio | |
|--|------------------------------|
| Factores | Intensidad del riesgo |
| Ideas de muerte | ++ |
| Perdida del sentido de la vida | +++ |
| Desesperanza | +++ |
| Intentos previos de suicidio | +++ |
| Antecedentes familiares de suicidio o intentos | +++ |
| Existencia de psicosis | +++ |
| Enfermedades crónicas o altamente disfuncionales, dolorosas o terminales | ++ |
| Rasgos impulsivos de la personalidad | +++ |
| Dificultad para adaptarse o manejar el estrés | + |
| Alcoholismo o abuso de otras sustancias | +++ |
| Vivir solo y no contar con redes de apoyo social | ++ |
| Edad avanzada | ++ |
| Sexo masculino | + |

+Bajo ++Medio +++Alto

5.4 MEDICAMENTOS

CUADRO I. MEDICAMENTOS INDICADOS EN EL TRATAMIENTO DE TRASTORNO DEPRESIVO

| CLAVE | PRINCIPIO ACTIVO | DOSIS RECOMENDADA | PRESENTACIÓN | OBSERVACIONES | EFFECTOS ADVERSOS | INTERACCIONES | CONTRAINDICACIONES |
|-------|--------------------------|--|--|--|--|---|--|
| 2499 | Alprazolam | Iniciar con 0.125 mg vía oral cada día; aumentar según evolución clínica (dosis máxima 4 mg/día) | Tabletas 2 mg (Tabletas 0.25, 0.5, 1 y 2 mg) | Inicio de efecto: intermedio. Pico 1-2h. Vida media 12-15h | Cefalea, hostilidad, hipotensión arterial, náusea, vómito | Se incrementan los niveles séricos con: Anticonceptivos orales, cimetidina, disulfiram, eritromicina, heparina, isoniazida, ISRS, probenecid, valproatos. Su uso aumenta los niveles séricos de: Fenitoína, antidepresivos tricíclicos y probablemente de digoxina. Puede provocar efectos secundarios significativos y graves con el uso concomitante con: etanol y opiáceo. | Hipersensibilidad, glaucoma, uso concomitante de ketoconazol o itraconazol |
| 4486 | Anfebutamona (Bupropion) | Adultos: 150-300 mg al día. | Tableta o gragea de liberación prolongada 150 mg | Antidepresivo inhibidor selectivo de la recaptura de noradrenalina y dopamina. | Equimosis, edema periférico, convulsiones, insomnio, rash, poliuria, angioedema. | Con la orfenadrina, ciclofosfamida, ifosfamida, inhibidores de la recaptura de serotonina. | Hipersensibilidad al fármaco, epilepsia, uso concomitante con inhibidores de la monoamino-oxidasa. |
| 5487 | Citalopram | 10-20 mg cada 24 horas, se puede incrementar la dosis hasta obtener la respuesta deseada. | Tableta 20 mg | ISRS, sin efecto sobre los otros neurotransmisores. | Cefalea, sudoración, astenia, pérdida de peso, palpitaciones, insomnio, disminución de la libido, congestión nasal, resequead de mucosas | Con inhibidores de la monoaminoxidasa y alcohol aumentan los efectos adversos; ketoconazol, itraconazol y eritromicina, modifican su actividad terapéutica. Con triptanos (eletriptán, rizatriptán, sumatriptán y zolmitriptano) se presenta el Síndrome Serotoninérgico grave con riesgo para la vida. | Hipersensibilidad al fármaco y en menores de 14 años. Valorar riesgo beneficio en el embarazo, lactancia, manía, insuficiencia renal e insuficiencia hepática. |

| CLAVE | PRINCIPIO ACTIVO | DOSIS RECOMENDADA | PRESENTACIÓN | OBSERVACIONES | EFFECTOS ADVERSOS | INTERACCIONES | CONTRAINDICACIONES |
|--------------|------------------|---|---|---|---|---|--|
| 2612 2613 | Clonazepam | Iniciar con 0.3 mg (3 gotas) cada día; aumentar según evolución clínica (dosis máxima 2 mg/d) | Tabletas 2 mg, Solución 2.5 mg/mL (1 gota = 0.1 mg) | Inicio de efecto: intermedio. Pico 1-2h. Vida media 18-50h | Rinorrea, palpitations, mareo, ataxia, nistagmus, hipotonía muscular | Se incrementan los niveles séricos con: Anticonceptivos orales, cimetidina, disulfiram, eritromicina, heparina, isoniazida, ISRS, probenecid, valproatos. Su uso aumenta los niveles séricos de: Fenitoína, antidepresivos tricíclicos y probablemente de digoxina. Puede provocar efectos secundarios significativos y graves con el uso concomitante con: etanol y opiáceo. | Hipersensibilidad, glaucoma, enfermedad hepática |
| 3215 | Diazepam | 2 a 10 mg/ día dividida cada 6 a 8 horas. | Cada tableta contiene: Diazepam 10 mg | Deprime SNC en los niveles límbico y subcortical. | Hiporreflexia, ataxia, somnolencia, miastenia, apnea, insuficiencia respiratoria, depresión del estado de conciencia. | Aumenta sus efectos con otros depresores del sistema nerviosos central (barbitúricos, alcohol, antidepresivos). | Contraindicaciones: Hipersensibilidad al fármaco, dependencia, estado de choque, coma, insuficiencia renal. Glaucoma |
| 4483 | Fluoxetina | Iniciar con 10 mg cada día; aumentar según evolución clínica (dosis máxima 20 mg/d) | Tabletas 20 mg | No lo administre en la noche | Ansiedad, cefalea, palpitations, hipertensión, mareo, disfunción eréctil | Con warfarina y digitoxina se potencian sus efectos adversos. Incrementa el efecto de los depresores del sistema nervioso central. Con triptanos (sumatriptán y zolmitriptano) se presenta el Síndrome Serotoninérgico grave con riesgo para la vida. | Hipersensibilidad conocida, uso previo (14 días) o concomitante de inhibidores de mono-amino-oxidasa |
| 3302 | Imipramina | Inicio de 12.5 a 25mg, se puede incrementar hasta 75 a 100 mg/ día dividida cada 8 horas, incrementando según respuesta terapéutica | Gragea o tableta de 25mg | En los ancianos a mayor dosis, mayor efectos anticolinérgicos | Insomnio, sedación, sequedad de mucosas, mareo, estreñimiento, visión borrosa, hipotensión o hipertensión arterial, taquicardia, disuria. | Con inhibidores de la monoaminooxidasa aumentan los efectos adversos. Puede bloquear el efecto de la guanetidina y clonidina; potencia la depresión producida por el alcohol. | Hipersensibilidad al fármaco o a los antidepresivos tricíclicos. En padecimientos cardiovasculares, hipertrofia prostática, glaucoma, hipertiroidismo, |

DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA DEPRESIÓN EN EL ADULTO MAYOR EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

| CLAVE | PRINCIPIO ACTIVO | DOSIS RECOMENDADA | PRESENTACIÓN | OBSERVACIONES | EFFECTOS ADVERSOS | INTERACCIONES | CONTRAINDICACIONES |
|-------|------------------|--|---|--|--|---|---|
| | | | | | | | epilepsia y síndrome convulsivo. |
| 5478 | Lorazepam | Iniciar con 1 mg cada día; aumentar según evolución clínica (dosis máxima 4 mg/día) | Tableta 1 mg | Inicio de efecto: intermedio. Pico 1-6h. Vida media 10-20h | Hiporreflexia, ataxia, apnea, insuficiencia respiratoria | Se incrementan los niveles séricos con: Anticonceptivos orales, cimetidina, disulfiram, eritromicina, heparina, isoniazida, ISRS, probenecid, valproatos. Su uso aumenta los niveles séricos de: Fenitoína, antidepresivos tricíclicos y probablemente de digoxina. Puede provocar efectos secundarios significativos y graves con el uso concomitante con: etanol y opiáceo. | Hipersensibilidad, glaucoma, insuficiencia hepática, miastenia gravis |
| 5481 | Paroxetina | 10 mg Mantenimiento 10 a 20 mg | Tableta | | Náusea, somnolencia, cefalea, estreñimiento, sudoración, temblor, astenia, disfunción sexual, hipotensión postural | Incrementa el efecto de los inhibidores de la monoaminoxidasa, antidepresivos tricíclicos, fenotiacinas, diuréticos y antiarrítmicos. Aumenta los efectos adversos de los digitálicos. Con triptanos (eletriptán, rizatriptán, sumatriptán y zolmitriptano) se presenta el Síndrome Serotoninérgico grave con riesgo para la vida. | Hipersensibilidad a paroxetina. Insuficiencia renal y / o hepática |
| 4484 | Sertralina | Iniciar con 25 mg cada día; aumentar 25 mg cada 5 días según evolución clínica (dosis máxima 100 mg) | Tabletas, Cápsulas 50 mg | Pico 4-8h Vida media 26h | Náusea, diarrea, dolor abdominal, mareo, hipotensión arterial, palpitaciones, edema, disfunción sexual | Con warfarina y digitoxina se potencian sus efectos adversos. Incrementa el efecto de los depresores del sistema nervioso central. Con triptanos (sumatriptán y zolmitriptano) se presenta el Síndrome Serotoninérgico grave con riesgo para la vida. Evitar uso concomitante de disulfiram | Hipersensibilidad conocida, uso previo (14 días) o concomitante de inhibidores de mono-amino-oxidasa; |
| 4488 | Venlafaxina | Iniciar con 37.5 mg cada día (liberación prolongada); aumentar según evolución clínica (dosis máxima 150 mg/d) | Cápsulas (liberación prolongada) 37.5, 75, 150 mg | Pico 5h Vida media 5h | Mareo, cefalea, ansiedad, anorexia, pérdida de peso, hipertensión, | Con inhibidores de la MAO, indinavir, warfarina, etanol y haloperidol. Con triptanos (eletriptan, zolmitriptan, rizatriptan, sumatriptan). Se presenta el síndrome serotoninérgico que pone en peligro la vida. | Uso previo (14 días) o concomitante de inhibidores de la mono-amino-oxidasa |

5.5. ALGORITMO

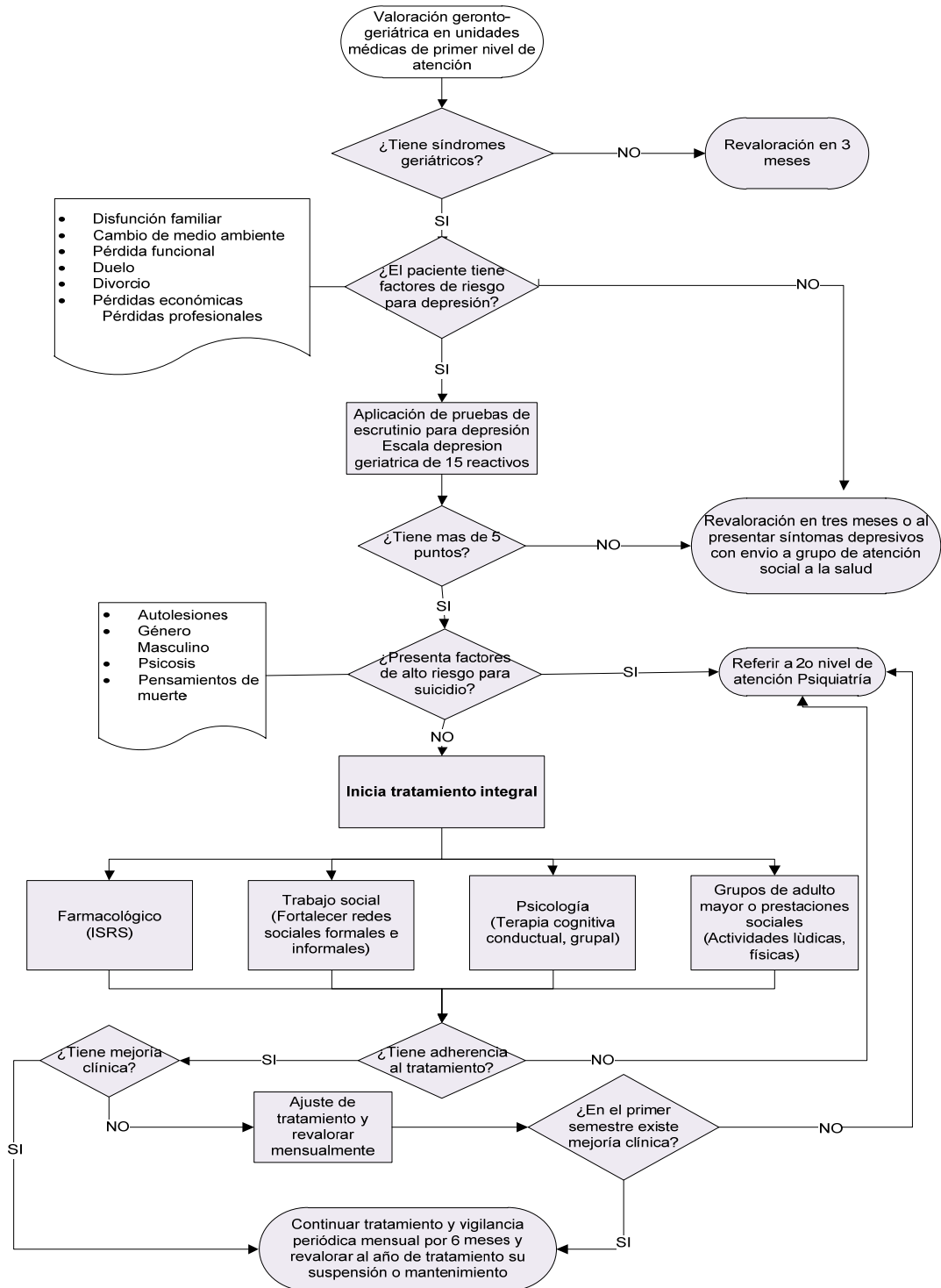
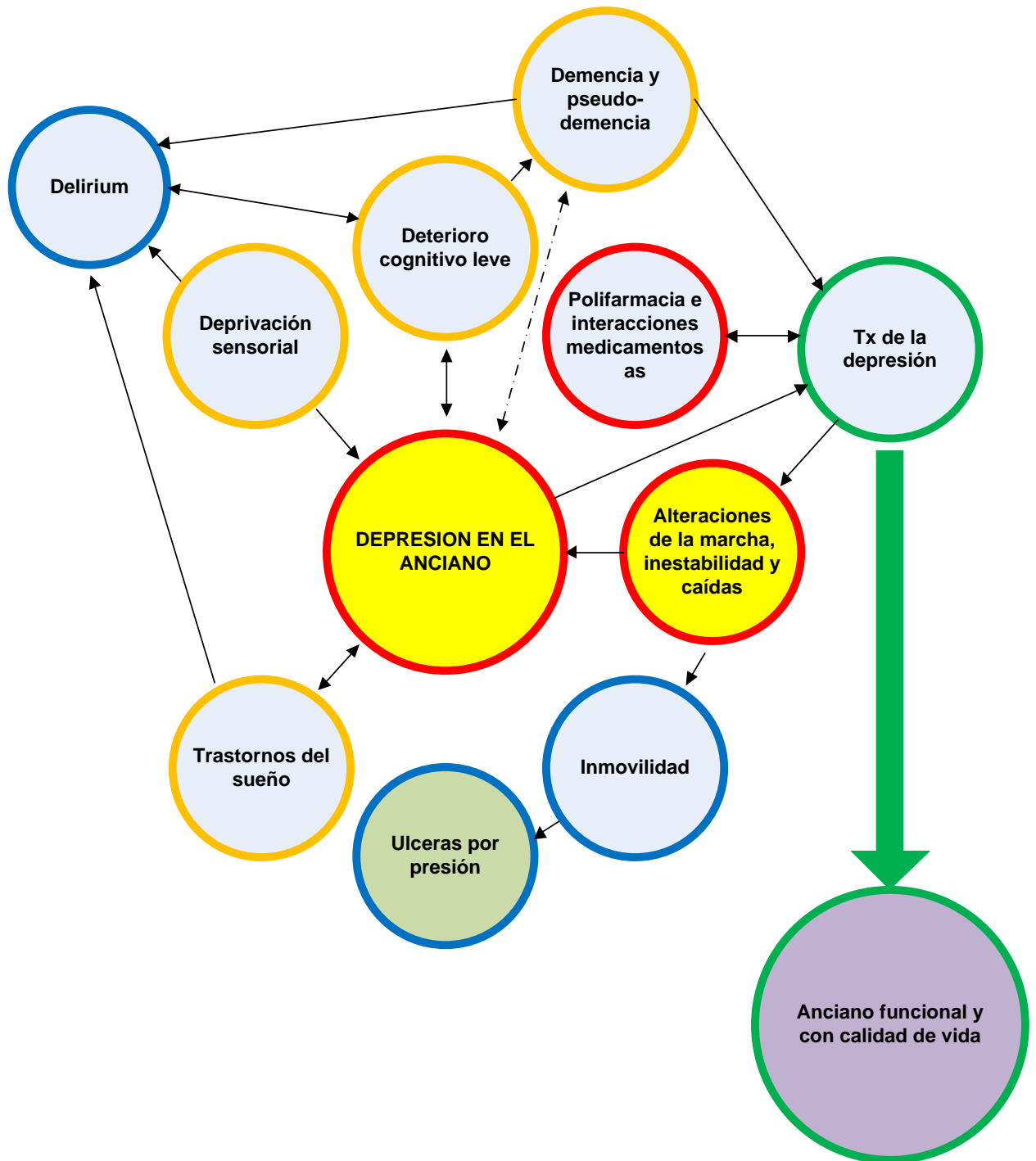


DIAGRAMA 1. LA DEPRESIÓN VISTA COMO UN SÍNDROME GERIÁTRICO



6. GLOSARIO.

Abatimiento funcional (Desacondicionamiento físico): Incapacidad que tiene el individuo para poder realizar las actividades básicas de la vida diaria.

Acatisia: Es una condición de inquietud motora en la cual hay una sensación de temblor muscular y una urgencia de estar moviéndose constantemente, incapacidad de quedarse quieto. Es un efecto secundario frecuente de los medicamentos neurolépticos, principalmente antipsicóticos, lo cual es raro en los antidepresivos y particularmente en los inhibidores de la recaptura de serotonina.

Actividades Lúdicas. Todo aquello propio ó relativo al juego, a la diversión, un juego de mesa, una salida con amigos a un parque de diversiones

Actividades básicas de la vida diaria (ABVD): Se refieren a tareas propias del autocuidado como bañarse, vestirse, asearse, transferencia, continencia y alimentación; que son empleadas para valorar el estado funcional de un adulto mayor.

Actividades instrumentales de vida diaria (AIVD): Implican la capacidad del individuo para llevar a cabo una vida independiente en la comunidad y vivir solo, se consideran al uso de transporte, ir de compras, uso del teléfono, control de la medicación y tareas domésticas. Su normalidad puede indicar que conserva integridad para actividades básicas de vida diaria y del estado mental.

Adulto mayor. En términos legales y convencionales la edad cronológica se utiliza para fijar obligaciones y reconocer derechos. Asignar roles sociales y esperar comportamientos personales, hay prácticas, experiencias y disposiciones legales. En nuestro país se consideran adultos mayores a partir de los 60 años de edad.

Alteraciones del sueño: Es la dificultad para conciliar y para mantener el sueño o despertar precoz. Se manifiesta por la perturbación de la calidad o cantidad del sueño con repercusiones sobre la actividad diurna.

Anhedonia. Es un trastorno psicológico que provoca la incapacidad de una persona para experimentar placer, perdiendo de ésta manera interés por todo y siendo incapaz de ser feliz ó de sentir satisfacción al realizar cualquier tipo de actividad. Constituye uno de los síntomas ó indicadores de depresión.

Apatía. Falta de interés vigor ó energía

Atención social a la salud: Se refiere a las intervenciones orientadas a que la población logre una vida activa y saludable, incluyen actividades educativas, de cultura física, deporte, bienestar social, desarrollo cultural, impulsando que los derechohabientes se activen físicamente, adquieran conocimientos y habilidades, para impulsar la corresponsabilidad en el cuidado de su salud,

fortalezcan su cultura, mejoren su calidad de vida, impulsen la socialización y consoliden las redes sociales de apoyo, individuales, familiares, comunitarias e institucionales, grupo de ayuda mutua y apoyo familiar.

Biopsicosocial. Enfoque participativo de salud y enfermedad que postula que el factor biológico, el psicológico (pensamientos, emociones y conductas) y los factores sociales, desempeñan un papel significativo de la actividad humana en el contexto de una enfermedad o discapacidad.

Calidad de vida: Condición que resulta del equilibrio entre la satisfacción de las necesidades básicas y la no satisfacción de éstas, tanto en el plano objetivo (posibilidad del desarrollo completo de la personalidad) como en el plano subjetivo (satisfacción por la vida y las aspiraciones personales). Según la OMS, es la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y en el sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes.

Colapso del cuidador: Es una condición en la cual el cuidado requerido por un adulto mayor dependiente, sobrepasa la capacidad y recursos del cuidador, es tan grave que puede causar estrés excesivo, además de riesgo de muerte o suicidio.

Comorbilidad: La existencia o la presencia de cualquier entidad distinta adicional durante el curso clínico de un paciente que tiene una enfermedad indexada bajo estudio.

Consejería: Una intervención psicológica en reuniones planeadas de 50- 60 minutos de duración. La intervención puede tener un abordaje de facilitación, frecuentemente con un enfoque terapéutico, pero puede ser estructurado y en ocasiones dirigido.

Contrarreferencia: Decisión médica en la que se determina el envío de pacientes a un nivel de menor capacidad resolutoria para continuar su atención médica, después de haber sido atendidos de un daño específico a la salud, la cual se realiza con base a criterios técnico médicos y administrativos, con el informe correspondiente de las acciones diagnósticas y terapéuticas realizadas y por realizar en la unidad referida.

Cuidador Primario: Aquella persona del entorno del anciano que asume voluntariamente el rol de cuidador en el más amplio sentido de la palabra. Esta dispuesto a tomar decisiones por el paciente, así mismo, cubre las necesidades básicas de este, bien de forma directa realizando las tareas de ayuda o indirecta determinando cuando, como y donde se tienen que dar.

Delirium: Es un trastorno de carácter agudo o subagudo (días o semanas) que se caracteriza por la presencia simultánea de trastornos de la consciencia, la atención, la percepción, el pensamiento, la memoria, psico-motricidad, las emociones, y el ciclo sueño vigilia.

Demencia: Es la pérdida progresiva de las funciones cognitivas, debido a daños o desórdenes cerebrales más allá de los atribuibles al envejecimiento normal..

Dependencia: Estado en que se encuentran las personas que por razones ligadas a la falta o la pérdida de capacidad física, psíquica o intelectual tienen necesidad de asistencia o ayudas importantes para realizar las actividades de la vida diaria. Restricción o ausencia de capacidad para realizar alguna actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal.

Depresión: Es un conjunto de signos y síntomas caracterizado por una tristeza profunda y por la inhibición de las funciones psíquicas, a veces con trastornos neurovegetativos.

Depresión atípica. Este es un subtipo de depresión que no cumple criterios de otros subtipos de depresión. La depresión atípica se caracteriza por a reactividad del estado de ánimo (el paciente reacciona en forma brutal ante una situación específica, buena ó mala), aumento significativo del peso ó aumento del apetito, hipersomnia(exceso de sueño), lentitud psicomotriz y alto nivel de sensibilidad al rechazo interpersonal, lo que genera deterioro de las relaciones sociales y laborales.

Depresión Mayor. La depresión mayor es considerado un trastorno del estado de ánimo con sentimientos severos y prolongados de tristeza sin causa aparente o síntomas relacionados que dificultan la eficiencia

Depresión primaria. Depresión sin causa física o psicológica evidente

Depresión secundaria. Depresión aparentemente causada por otra enfermedad subyacente.

Depresión reactiva (también denominada depresión exógena), que surge como respuesta a un acontecimiento desgraciado, como la pérdida de un ser querido, el divorcio o la pérdida del trabajo.

Depresión vascular. Es considerada como un subtipo de depresión, caracterizada por una presentación específica clínica y una asociación con el riesgo cerebrovascular y la enfermedad

Deprivación sensorial: Las alteraciones sensoriales en los adultos mayores tienen una especial importancia, no solo por su alta prevalencia sino por las repercusiones funcionales, psicológicas y sociales. Las principales a considerar son los trastornos en la visión y audición ya que limitan la capacidad para las actividades básicas e instrumentales de vida diaria, reducen la movilidad y aumentan riesgo de accidentes en el domicilio y caídas. También disminuyen la socialización e incrementan riesgo de ansiedad, depresión, deterioro cognoscitivo y delirium

Deterioro Cognoscitivo: Alteración de varias funciones cognitivas en un grado superior del esperado para la edad, el estado de salud integral y el nivel cultural de la persona.

Discapacidad: Afección del estado funcional del adulto mayor, su independencia y sus necesidades de asistencia a largo plazo.

Distimia: se caracteriza por sentimientos de tristeza que tiene una duración de más de 2 años y con frecuencia se acompaña de letargo y autocrítica desproporcionada, representa repercusión variable en la funcionalidad del individuo, sin que esto incapacite la vida diaria.

Duelo. Transcurso del proceso desde que la pérdida se produce hasta que se supera.

Equipo interdisciplinario: Equipo de salud de evaluación y atención constituido por personal profesional, técnico y auxiliar, particularmente el geriatra, enfermera, terapeuta físico, psicólogo, podólogo, gerontólogo, nutricionista, trabajadora social y cuantos especialistas sean necesarios para la atención del paciente geriátrico.

Enfermedad vascular cerebral (EVC): Síndrome caracterizado por el desarrollo de síntomas y signos secundarios a daño vascular cerebral y que puede conducir a la muerte, recuperación o secuelas en el paciente.

Envejecimiento: Es un proceso normal asociado a una alteración progresiva de las respuestas homeostáticas adaptativas del organismo que provocan cambios en la estructura y función de los diferentes sistemas y además aumentan la vulnerabilidad del individuo al estrés ambiental y a la enfermedad.

Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (GDS): Es un instrumento útil para el tamizaje del estado de depresión y es útil para guiar al clínico en la valoración del estado de salud mental del individuo. El instrumento no sustituye la valoración clínica profesional.

Examen Mental Mínimo de Folstein: Es un examen de tamiz dentro de las escalas cognitivas-conductuales para confirmar y cuantificar el estado mental de una persona. Evalúa las funciones mentales superiores, la orientación, el registro de información, la atención, el cálculo, el recuerdo, el lenguaje y la construcción. Cada ítem tiene una puntuación, llegando a un total de 30 puntos.

Factor de riesgo: Condición que incrementa la probabilidad de desarrollar una enfermedad; su asociación tiene efectos aditivos para desarrollar alteraciones de la salud.

Factor precipitante: Elemento que provoca la aceleración de un evento

Fragilidad: Síndrome biológico de origen multifactorial, que consiste en reservas fisiológicas disminuidas, que condicionan vulnerabilidad ante factores estresantes y situaciones adversas que ponen en riesgo de dependencia funcional.

Funcionalidad: Capacidad de realizar las actividades básicas de la vida diaria y las actividades instrumentadas de la vida diaria.

Geriatría: Rama de la medicina que estudia los procesos patológicos, psicológicos y sociales de los ancianos con sus repercusiones y consecuencias, mediante un abordaje preventivo, diagnóstico y terapéutico para mantener al adulto mayor en el mejor sitio, su domicilio.

Gerontología: Ciencia que se ocupa del estudio del proceso de envejecimiento en sus áreas biológica, psicológica y social.

Hierba de San Juan: Extracto de la planta *Hypericum perforatum* utilizada durante siglos para el tratamiento de la depresión. En pocos lugares posee licencia para preparados. Posee al menos 10 elementos ó grupo de componentes que contribuyen a su efecto farmacológico, pero su mecanismo de acción exacto es desconocido. Entre otras cosas incluye naphodianthrone, flavonoides, xantonos, y biflavonoides.

Inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina: Es una clase de medicamentos que aumenta el nivel de serotonina en el cerebro.

Inquietud e impaciencia: Falta de tranquilidad, calma, quietud, sosiego.

Insomnio: Dificultad para conciliar y para mantener el sueño o despertar precoz. Se manifiesta por la perturbación de la calidad o de la cantidad de sueño con repercusiones sobre la actividad diurna.

Insomnio Secundario: La alteración del sueño se presenta durante más de un mes, esta asociada a trastorno mental (p. ej., trastorno depresivo mayor, trastorno de ansiedad generalizada, delirium). ó es debida a los efectos fisiológicos directos de sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o de una enfermedad médica

Medidas de higiene del sueño: Son sugerencias encaminadas a modificar situaciones identificadas como coadyuvantes en el insomnio. Como por ejemplo, se suele recomendar despertarse todos los días a la misma hora, no irse a la cama a dormir si no se tiene sueño, evitar actividades estimulantes que inhiban la somnolencia, mantener condiciones cómodas para dormir, etc.

Polifarmacia: La utilización de 5 o más fármacos en una persona, incluye medicamentos de origen homeopáticos, alopáticos y herbolarios.

Prevención Primaria. Trata de evitar nuevos casos de depresión

Prevención Secundaria. Consiste en evitar agravamientos, las recaídas y las recurrencias, lo cual exige esforzarse en estas dos tareas: diagnóstico precoz y el tratamiento preventivo.

Prevención terciaria. Enfocada como la prevención del suicidio y la de la cronicidad.

Pseudodemencia. Déficit cognitivo importante en la ausencia de signos de origen neurológico ó medico. El cuadro clínico se caracteriza por los antecedentes psiquiátricos, una evolución reciente, rápido deterioro cognitivo y amnésico, generando sentimientos de angustia, disociación entre la capacidad de funcionamiento y las relaciones, así como una depresión asociada

Psicoterapia. Es un proceso de comunicación entre un psicoterapeuta (es decir, una persona entrenada para evaluar y generar cambios) y una persona que acude al consultorio (paciente) que se da con el propósito de una mejora en la calidad de vida en este último , a través de un cambio en su conducta, actitudes, pensamientos ó afectos.

Psicotrópicos. Son sustancias que tienen, ya dentro del organismo, afinidad por el sistema nervioso central.

Reacción adversa a medicamentos: Cualquier respuesta a un medicamento que sea nociva y no intencionada, y que tenga lugar a dosis que se apliquen normalmente en el ser humano para la profilaxis, el diagnóstico o el tratamiento de enfermedades, o para la restauración, corrección o modificación de funciones fisiológicas.

Red de apoyo: Servicio ó personas que apoyan al paciente en su enfermedad.

Referencia: Decisión médica en la que se define el envío de pacientes a un nivel de mayor capacidad resolutive para la atención de un daño específico a la salud, con base a criterios técnico médicos y administrativos.

Remisión. Disminución temporal ó cesación de los síntomas de una enfermedad

Serotonina : Neurotransmisor que regula la interconexión neuronal en el sistema límbico , se considera influye en el estado de ánimo .

Síndrome Geriátrico. Se refieren a condiciones de salud multifactoriales, propias del paciente anciano, que ocurren cuando los efectos de la acumulación de deterioros, en múltiples sistemas, tornan a una persona vulnerable ante demandas fisiológicas ó fisiopatológicas .Éstos son la incontinencia urinaria, las caídas, la inmovilidad y el deterioro mental, privación sensorial, insomnio, depresión, polifarmacia, úlceras por presión.

Síndrome post caída: Miedo a volver a caer. Puede llegar a inmovilizar al paciente evitando cualquier intento por reanudar la marcha con todo tipo de excusas.

Sobrecarga de cuidador: Es el conjunto de problemas físicos, mentales y socioeconómicos que sufren los cuidadores de un paciente geriátrico y cómo estos problemas afectan las actividades de ocio, relaciones sociales, amistad, intimidad, libertad y equilibrio emocional.

Suicidio. Es el acto por el cual un ser humano decide ponerle punto final a su vida, generalmente, esta decisión límite llega como consecuencia de la vivencia de algún episodio traumático como ser la muerte inesperada de un ser querido, un accidente, una violación, un asalto violento, entre otros y que el individuo no logró superar aún con la pertinente terapia que se haya realizado para superarlo.

Trastorno Depresivo Recurrente: El desarrollo de un desorden depresivo en una persona que ha presentado previamente depresión.

Terapia Cognitiva Conductual: Es una intervención psicológica discreta , de tiempo limitado , estructurada , derivada del modelo cognitivo conductual de los desordenes afectivos , en el cual los pacientes trabajan con la terapeuta para identificar los diferentes tipos y efectos del pensamiento , creencias, síntomas actuales, así como áreas problemáticas. Desarrolla objetivos para identificar, monitorizar y controlar pensamientos problemáticos, creencias e interpretaciones relacionadas a los síntomas/problemas objetivo y enseña un repertorio de respuestas a situaciones problemáticas.

Terapia Psicológica: Es un grupo de técnicas terapéuticas que abarcan una intervención psicosocial más que física. Incluye la terapia cognitiva conductual, la terapia familiar, terapia familiar sistémica, la terapia de apoyo no-directiva, la terapia, la terapia psicodinámica, la psicoterapia grupal, ergoterapia y psicoterapia interpersonal, terapia de autoayuda y terapia a través de la comunicación.

Terapia de solución de Problemas Es una intervención psicológica discreta , a tiempo limitado, estructurada , que hace énfasis en el aprendizaje de cómo resolver un problema específico en el cual el paciente y el terapeuta trabajan conjuntamente, para la resolución de los problemas en forma específica .

Trastorno Depresivo Recurrente: El desarrollo de un desorden depresivo en una persona que ha presentado previamente depresión.

Unidad de referencia: Unidad de atención médica de mayor complejidad o capacidad resolutoria, a la cual se envía transitoriamente un paciente para el tratamiento de un daño a la salud específico.

7. BIBLIOGRAFÍA.

1. Adams SM, Miller KE, Zylstra RG. Pharmacologic management of adult depression. *Am Fam Physician*. 2008;77(6):785-792
2. Alexopoulos GS. Depression in the elderly. *Lancet* 2005; 365: 1961–70.
3. Alexopoulos GS, Meyers BS, Young RC, Campbell S, Silbersweig D, Charlson M. "Vascular depression" hypothesis. *Arch Gen Psychiatry* 1997 Oct;54(10):915-22.
4. Alic A, Pranjić N, Ramić E. Polypharmacy and decreased cognitive abilities in elderly patients. *Med Arh*. 2011;65(2):102-5
5. Alonso-Formento E, Saz-Muñoz P, Lobo-Satué A, Ventura-Faci T, De la Cámara-Izquierdo C, Marcos-Aragües G. Relación entre el consumo de ansiolíticos y antidepresivos y la sintomatología psiquiátrica en ancianos. *Rev Esp Gerontol*. 2010; 45(1):10-14
6. APA. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th ed., text revision. 2000. Washington, DC: American Psychiatric Association.
7. APA. American Psychiatric Association. Practice guideline for the treatment of patients with major depressive disorder. American Psychiatric Association. 2010; Oct. 152.
8. Arroll B, Khin N, Kerse N. Screening for depression in primary care with two verbally asked questions: cross sectional study. *BMJ* 2003; 327:15; 1144-1146
9. Artiles-Pérez R, López-Chamón S. Síntomas somáticos de la depresión. *SEMERGEN*. 2009;35 Supl 1:39-42
10. Baldwin DS, Birtwistle J. Fármacos antidepresivos. En: Atlas de Depresión. 1a edición, Reino Unido, The Parthenon Publishing Group, 2005. p. 73-89
11. Barry LC, Allore HG, Guo Z, Bruce ML, Gill TM. Higher burden of depression among older women: the effect of onset, persistence, and mortality over time. *Arch Gen Psychiatry*. 2008 Feb;65(2):172-8
12. Bhalla RK, Butters MA. Cognitive functioning in late-life depression. *British Medical Journal* 2011. 53(7):357-360
13. Birrer RB, Vemury SP. Depression in a Later Life: A Diagnostic and Therapeutic Challenge. *Am Fam Physician*. 2004; 69: 2375-82
14. Black K, Shea C, Dursun S, Kutcher S. Selective serotonin reuptake inhibitor discontinuation syndrome: proposed diagnostic criteria. *J Psychiatry Neurosci*. 2000 May;25(3):255-61
15. Boggio MJ. Calidad de vida , salud mental y la familia del adulto mayor. 2009 Disponible en : <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/1721/2/Calidad-de-vida%2C-salud-mental-y-la-familia-del-adulto-mayor>.

16. Cole MG; Dendukuri N. Risk factors for depression among elderly community subjects: a systematic review and meta-analysis. *Am J Psychiatry* 2003 Jun;160(6):1147-56.
17. CONAPO. Envejecimiento de la Población en México Disponible en: <http://www.conapo.gob.mx/00cifras/5.htm>
18. Conradi HJ, de Jonge P, Ormel J. Cognitive-behavioural therapy v. usual care in recurrent depression. *The British Journal of Psychiatry*. 2008; 193: 505-506
19. Coupland CA, Dhiman P, Barton G, Morriss R, Arthur A, Sach T, et al. A study of the safety and harms of antidepressant drugs for older people: a cohort study using a large primary care database. *Health Technol Assess*. 2011;15(28):1-202, iii-iv
20. Dickinson R, Knapp P, House AO, Dimri V, Zermansky A, Petty D, Holmes J, Raynor DK. Long-term prescribing of antidepressants in the older population: a qualitative study. *Br J Gen Pract*. 2010 Apr;60(573):e144-55.
21. Espinosa A, Caraveo J, Zamora M, Arronte A, Krug E, Olivares R, Reyes H, Tapia M, et al. Guía de Práctica Clínica para el diagnóstico y tratamiento de depresión en los adultos mayores. *Salud Mental*. 2007; 30 (6): 69-80.
22. Fergusson D, Doucette S, Glass KC, Shapiro S, Healy D, Hebert P, et al. Association between suicide attempts and selective serotonin reuptake inhibitors: systematic review of randomised controlled trials. *BMJ*. 2005. 19;330(7488):396.
23. Frasure-Smith N, Lesperance F, Juneau M, Talajic M, Bourassa MG. Gender, depression, and one-year prognosis after myocardial infarction. *Psychosom Med* 1999 Jan-Feb;61(1):26-37.
24. Frazer CJ, Christensen H, Griffiths KM. Effectiveness of treatments for depression in older people. *Med J Aust*. 2005 Jun 20;182(12):627-32.
25. Fung YL, Chan ZC. A systematic review of suicidal behaviour in old age: a gender perspective. *J Clin Nurs*. 2011;20(15-16):2109-24
26. Gallo JJ; Rabins PV; Lyketsos CG; Tien AY; Anthony JC. Depression without sadness: functional outcomes of nondysphoric depression in later life. *J Am Geriatr Soc* 1997 May;45(5):570-8.
27. García-Peña C, Wagner F, MPH, Sánchez, Juárez C, Espinel C, García J, Gallegos, Franco F, Gallo. Depressive Symptoms Among Older Adults in Mexico City. *J Gen Intern Med*. 2008 Dec;23(12):1973-80.
28. Gómez-Feria I. La depresión en ancianos. Su coexistencia con factores estresantes, enfermedades somáticas y discapacidades. *Psiquiatr Biol* 2002;9(1):13-7
29. Gonzalez H, Tarraf W, Whitfield K, Gallo J. Vascular depression prevalence and epidemiology in the United States. *J Psychiatr Res*. 2012 Jan 23.
30. Grek A. Clinical management of suicidality in the elderly: an opportunity for involvement in the lives of older patients. *Can J Psychiatry*. 2007;52(6 Suppl 1):475-575
31. Grool AM, van der Graaf Y, Mali WP, Geerlings MI; SMART Study Group. Location of cerebrovascular and degenerative changes, depressive symptoms and cognitive functioning in later life: the SMART- Medea study. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2011; 82(10):1093-100.

32. Harris A, Cronkite R, Moos R. Physical Activity, Exercise Coping, and Depression in a 10-Year Cohort Study of Depressed Patients. *Journal of Affective Disorders*. 2006;93(1-3):79-85.
33. Heine C, Browning CJ. Communication and psychosocial consequences of sensory loss in older adults: overview and rehabilitation directions. *Disabil Rehabil*. 2002 15;24(15):763-73.
34. Hepple J. Conversion pseudodementia in older people: a descriptive case series. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2004;19(10):961-7
35. Hoyl MT, Alessi CA, Harker JO, et al. Development and testing of a five-item version of the geriatric depression scale. *J Am Geriatr Soc* 1999; 47:873-878.
36. Iovieno N, van Nieuwenhuizen A, Clain A, Baer L, Nierenberg AA. Residual symptoms after remission of major depressive disorder with fluoxetine and risk of relapse. *Depress Anxiety*. 2011;28(2):137-44
37. Jonge P, Kempen G, Sanderman R, Ranchor A, Vann Jaarsveld C, Van Sonjderen E, Scaf- Klomp et al. Depressive Symptoms in Elderly Patients After a Somatic Illness Event. *Psychosomatics* 2006; 47:1; 33-42.
38. Katona C, Watkin V, Livingsston G. Functional psychiatric illness in old age. En: Brocklehurst's Textbook of Geriatric Medicine and Gerontology. Talis R. Firit H (edts), 6° edición London. Churchill Livingstone, 2003: 837-853.
39. Krishnan KR, Taylor WD, McQuoid DR, MacFall JR, Payne ME, Provenzale JM, Steffens DC. Clinical characteristics of magnetic resonance imaging-defined subcortical ischemic depression. *Biol Psychiatry*. 2004;55(4):390-397.
40. Lapid M, Rummans T. Evaluation and management of geriatric depression in primary care. *Mayo Clin Proc* 2003; 78: 1423-1429
41. Lenze EJ, Munin MC, Skidmore ER, Dew MA, Rogers JC, Whyte EM. Onset of depression in elderly persons after hip fracture: Implication for prevention and Early Intervention of late-life depression. *J Am Geriatr Soc* 2007; 55:81-86
42. Leon AC, Solomon DA, Li C, Fiedorowicz JG, Coryell WH, Endicott J, et al. Antidepressants and risks of suicide and suicide attempts: a 27-year observational study. *J Clin Psychiatry*. 2011; 72 (5):580-6.
43. Liu CP, Leung DS, Chi I. Social functioning, polypharmacy and depression in older Chinese primary care patients. *Aging Ment Health*. 2011;15(6):732-41.
44. Lucero R, Casali G. Trastornos afectivos en el adulto mayor. *Rev Psiquiátrica Urug* 2006;70(2):151-11
45. Mahoney J, Drinka TJK, Abler R, et al. Screening for depression: single question versus GDS. *J Am Geriatr Soc* 1994;42:1006-1008.
46. Marchington KL, Carrier L, Lawlor PG. Delirium masquerading as depression. *Palliat Support Care*. 2012;10(1):59-62.
47. MOH Clinical Practice Guidelines. Prescribing of Benzodiazepines. 2008. Disponible en: www.moh.gov.sg/cpg

48. NICE. National Institute for Clinical Excellence/National Collaborating Centre for Mental Health. Depression: Management of depression in primary and secondary care. National Clinical Practice Guideline Number 23. The British Psychological Society and The Royal College of Psychiatrists 2007.
49. Nordhus, IH, Niesen, GH, Kvale G. Psychotherapy With Older Adults. In I. H. Nordhus, G. R. Vandenbos, S. Berg, & P. Fromholt (Eds.), *Clinical Geropsychology*. Washington, DC: American Psychological Association. 1998, pp. 289- 311.
50. Pigeon WR; Hegel M; Unutzer J; Fan MY; Sateia MJ; Lyness JM; Phillips C; Perlis ML Is insomnia a perpetuating factor for late-life depression in the IMPACT cohort? *Sleep*. 2008 Apr 1;31(4):481-8.
51. Pizzi C, Rutjes AW, Costa GM, Fontana F, Mezzetti A, Manzoli L. Meta-analysis of selective serotonin reuptake inhibitors in patients with depression and coronary heart disease. *Am J Cardiol*. 2011 1;107(7):972-9.
52. Privitera M Lyness, J. Depression. In: *The Practice of Geriatrics*, 4th ed, Duthie E Jr, Katz PR, Malone ML editores. W.B. Saunders, 2007. Elsevier.
53. Reichert C, Diogo C, Vieira J, Dalacorte R. Physical activity and depressive symptoms in community dwelling elders from southern Brazil *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 2011; 33(2):165 – 170.
54. Reynolds CF 3rd; Dew MA; Frank E; Begley AE; Miller MD; Cornes C; Mazumdar S; Perel JM; Kupfer DJ. Effects of age at onset of first lifetime episode of recurrent major depression on treatment response and illness course in elderly patients. *Am J Psychiatry* 1998 Jun;155(6):795-9.
55. Robinson RG. Poststroke depression: prevalence, diagnosis, treatment, and disease progression. *Biol Psychiatry* 2003 Aug 1;54(3):376-87.
56. Robinson RG, Jorge RE, Moser DJ, Acion L, Solodkin A Small SL, et al. Escitalopram and Problem-Solving Therapy for Prevention of Poststroke Depression. *JAMA*. 2008;299(20):2391-2400.
57. Romero L, Ortiz I, Finley R, Wayne S, Linderman R. Prevalence of depressive symptoms in New Mexico Hispanic and non-Hispanic white elderly. *Ethnicity Dis*. 2005; 15: 691 – 697.
58. Sable J, Dunn L, Zisook S. How to identify its symptoms and provide effective treatment. *Geriatrics* 2002; 57:2, 18 - 35
59. Sáez-Fonseca JA, Lee L, Walker Z. Long-term outcome of depressive pseudodementia in the elderly. *J Affect Disord*. 2007;101(1-3):123-9.
60. Sarkisian CA, Lee-Henderson MH, Mangione CM. Do depressed older adults who attribute depression to “old age” believe it is important to seek care ? *J Gen Intern Med* 2003;18:1001-5
61. Sarris J, Byrne GJ. A systematic review of insomnia and complementary medicine. *Sleep Med Rev*. Apr 2011;15(2):99-106.
62. Serfaty MA, Haworth D, Blanchard M, Buszewicz M, Murad S, King M. Clinical effectiveness of individual cognitive behavioral therapy for depressed older people in primary care: a randomized controlled trial. *Arch Gen Psychiatry*. 2009 Dec;66(12): 1332-40.
63. Sheikh JI, Yesavage JA. Geriatric depression scale (gds): recent evidence and development of a shorter version. In: Brink TL, eds. *Clinical Gerontology: A Guide to Assessment and Intervention*. New York: Haworth, 1986.

64. Shekelle P, Wolf S, Eccles M, Grimshaw J. Clinical guidelines. Developing guidelines. *BMJ* 1999; 3:18:593-59.
65. Simpson S, Baldwin RC, Jackson A, Burns A, Thomas P. Is the clinical expression of late-life depression influenced by brain changes? MRI subcortical neuroanatomical correlates of depressive symptoms. *Int Psychogeriatr.* 2000;12(4):425-434.
66. Stefanatou A, Kouris N, Lekakis J. Treatment in Depression in Elderly Patients with Cardiovascular Disease: Research Data and Fututre Prospects. *Hellenic J Cardiol;* 2010; 51:142-152
67. Steffens DC, Taylor WD, Krishnan KR. Progression of subcortical ischemic disease from vascular depression to vascular dementia. *Am J Psychiatry* 2003; 160:1751.
68. Taylor D.; Mallory L, BA; Lichstein K; Comorbidity of Chronic Insomnia With Medical Problems. *SLEEP*, Vol. 30, No. 2, 2007
69. Touriño C, Gómez-Reino I, Pardo P. Depresión Vascolar: Del concepto a la práctica clínica. Un caso clínico. *Arch Med.* 2007. 3(4) 1- 9. Disponible en: <http://archivosdemedicina.com>
70. Trivedi MH, Rush AJ, Wisniewski SR, Nierenberg AA, Warden D, Ritz L, et al. Evaluation of outcomes with citalopram for depression using measurement-based care in STAR*D: implications for clinical practice. *Am J Psychiatry.* 2006;163(1):28-40.
71. TUESCA-MOLINA R. FIERRO HERRERA N. MOLINARES SOSA A. OVIEDO MARTÍNEZ F, POLO ARJONA Y POLO CUERO JET AL. Los grupos de socialización como factor protector contra la depresión en personas ancianas. Baranquilla, Colombia. *Rev Esp Salud Pública* 2003;77(5):595-604
72. UNDESAPD. United Nations Departament of Economic and Social Affairs Population Division. World population ageing: 1950-2050. <http://www.un.org/esa/population/publications/worldageing19502050/>. Accessed March 26,2008
73. Whyte EM, Mulsant BH, Vanderbilt J, Dodge HH, Ganguli M. Depression after stroke: a prospective epidemiological study. *J Am Geriatr Soc.* 2004. May;52(5):774-8.
74. Yesavage JA, Brink TL. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *J Psychiat. Res.* 1983;17:37-49
75. Yi ZM, Liu F, Zhai SD. Fluoxetine for the prophylaxis of poststroke depression in patients with stroke: a meta-analysis. *Int J Clin Pract.* 2010;64(9):1310-7.
76. Yokoyama E, Kaneita Y, Saito Y, Uchiyama M, Matsuzaki Y, Tamaki T, Association between depression and insomnia subtypes: a longitudinal study on the elderly in Japan. *Sleep,* 2010;33(12), 1693-1702.

8. AGRADECIMIENTOS.

Se agradece a las autoridades de Instituto Mexicano del Seguro Social las gestiones realizadas para que el personal adscrito al centro o grupo de trabajo que desarrolló la presente guía asistiera a los eventos de capacitación en Medicina Basada en la Evidencia y temas afines, coordinados por el Instituto Mexicano del Seguro Social y el apoyo, en general, al trabajo de los expertos.

Instituto Mexicano de Seguro Social / IMSS

Srita. Luz María Manzanares Cruz
Secretaría
División de Excelencia Clínica. Coordinación de
UMAE

Sr. Carlos Hernández Bautista
Mensajería
División de Excelencia Clínica. Coordinación de
UMAE

A todo el personal del Centro Vacacional
Metepec, IMSS

9. COMITÉ ACADÉMICO.

Instituto Mexicano del Seguro Social, División de Excelencia Clínica Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad / CUMAE

| | |
|--|--|
| Dr. José de Jesús González Izquierdo | Coordinador de Unidades Médicas de Alta Especialidad |
| Dr. Arturo Viniestra Osorio | Jefe de División |
| Dra. Laura del Pilar Torres Arreola | Jefa de Área de Desarrollo de Guías de Práctica Clínica |
| Dra. Adriana Abigail Valenzuela Flores | Jefa del Área de Implantación y Evaluación de Guías de Práctica Clínica Clínicos |
| Dra. María del Rocío Rábago Rodríguez | Jefa de Área de Innovación de Procesos |
| Dra. Rita Delia Díaz Ramos | Jefa de Área de Proyectos y Programas Clínicos |
| Dra. Judith Gutiérrez Aguilar | Jefe de área |
| Dra. María Luisa Peralta Pedrero | Coordinadora de Programas Médicos |
| Dr. Antonio Barrera Cruz | Coordinador de Programas Médicos |
| Dra. Virginia Rosario Cortés Casimiro | Coordinadora de Programas Médicos |
| Dra. Aidé María Sandoval Mex | Coordinadora de Programas Médicos |
| Dra. Yuribia Karina Millán Gámez | Coordinadora de Programas Médicos |
| Dra. María Antonia Basavilvazo Rodríguez | Coordinadora de Programas Médicos |
| Dr. Juan Humberto Medina Chávez | Coordinador de Programas Médicos |
| Dra. Gloria Concepción Huerta García | Coordinadora de Programas Médicos |
| Lic. María Eugenia Mancilla García | Coordinadora de Programas de Enfermería |
| Lic. Héctor Dorantes Delgado | Coordinador de Programas |
| Lic. Abraham Ruiz López | Analista Coordinador |
| Lic. Ismael Lozada Camacho | Analista Coordinador |

10. DIRECTORIO SECTORIAL Y DEL CENTRO DESARROLLADOR

Directorio sectorial.

Secretaría de Salud.

Mtro Salomón Chertorivski Woldenberg.

Secretario de Salud.

Instituto Mexicano del Seguro Social / IMSS.

Mtro. Daniel Karam Toumeh.

Director General.

Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado / ISSSTE.

Mtro. Sergio Hidalgo Monroy Portillo.

Director General.

Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia / DIF.

Lic. María Cecilia Landerreche Gómez Morín.

Titular del organismo SNDIF.

Petróleos Mexicanos / PEMEX.

Dr. Juan José Suárez Coppel.

Director General.

Secretaría de Marina Armada de México

Almirante Mariano Francisco Saynez Mendoza.

Secretario de Marina.

Secretaría de la Defensa Nacional.

General Guillermo Galván Galván.

Secretario de la Defensa Nacional.

Consejo de Salubridad General.

Dr. Enrique Ruelas Barajas.

Secretario del Consejo de Salubridad General.

Directorio institucional.

Instituto Mexicano del Seguro Social

Dr. Santiago Echevarría Zuno

Director de Prestaciones Médicas

Dr. Fernando José Sandoval Castellanos

Titular de la Unidad de Atención Médica

Dr. José de Jesús González Izquierdo

Coordinador de Unidades Médicas de Alta Especialidad

Dra. Leticia Aguilar Sánchez

Coordinadora de Áreas Médicas

Dr. Arturo Viniegra Osorio

División de Excelencia Clínica

11. COMITÉ NACIONAL DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA

| | |
|--|---|
| Dr. Germán Enrique Fajardo Dolci Subsecretaria de Integración y Desarrollo del Sector Salud | Presidente |
| Dr. Pablo Kuri Morales Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud | Titular |
| Dr. Romeo Rodríguez Suárez Titular de la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad | Titular |
| Mtro. David García Junco Machado Comisionado Nacional de Protección Social en Salud | Titular |
| Dr. Alfonso Petersen Farah Secretario Técnico del Consejo Nacional de Salud | Titular |
| Dr. Pedro Rizo Ríos Director General Adjunto de Priorización del Consejo de Salubridad General | Titular |
| General de Brigada M. C. Ángel Sergio Olivares Morales Director General de Sanidad Militar de la Secretaría de la Defensa Nacional | Titular |
| Vicealmirante Servicio de Sanidad Naval, M. C. Rafael Ángel Delgado Nieto Director General Adjunto de Sanidad Naval de la Secretaría de Marina, Armada de México | Titular |
| Dr. Santiago Echevarría Zuno Director de Prestaciones Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social | Titular |
| Dr. José Rafael Castillo Arriaga Director Médico del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado | Titular |
| Dr. Víctor Manuel Vázquez Zárate Subdirector de Servicios de Salud de Petróleos Mexicanos | Titular |
| Lic. Guadalupe Fernández Vega AlbaFull Directora General de Rehabilitación y Asistencia Social del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia | Titular |
| Dr. José Meljem Moctezuma Comisionado Nacional de Arbitraje Médico | Titular |
| Dr. Francisco Hernández Torres Director General de Calidad y Educación en Salud | Titular |
| Dr. Francisco Garrido Latorre Director General de Evaluación del Desempeño | Titular |
| Lic. Juan Carlos Reyes Oropeza Directora General de Información en Salud | Titular |
| M en A María Luisa González Rétiz Directora General del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud | Titular y Suplente del presidente del CNGPC |
| Dr. Norberto Treviño García Manzo Secretario de Salud y Director General del Organismo Público Descentralizado (OPD) de los Servicios de Salud de Tamaulipas | Titular 2011-2012 |
| Dr. Germán Tenorio Vasconcelos Secretario de Salud del Estado de Oaxaca | Titular 2011-2012 |
| Dr. Jesús Salvador Fragozo Bernal Secretario de Salud y Director General del OPD de los Servicios de Salud de Tlaxcala | Titular 2011-2012 |
| Dr. David Kershenobich Stalnikowitz Presidente de la Academia Nacional de Medicina de México | Titular |
| Acad. Dr. Francisco Javier Ochoa Carrillo Presidente de la Academia Mexicana de Cirugía | Titular |
| Dra. Mercedes Juan López Presidenta Ejecutiva de la Fundación Mexicana para la Salud | Asesor Permanente |
| Dra. Sara Cartés Bargalló Presidenta de la Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina | Asesor Permanente |
| Dr. Francisco Bañuelos Téllez Presidente de la Asociación Mexicana de Hospitales | Asesor Permanente |
| Dr. Sigfrido Rangel Fraustro Presidente de la Sociedad Mexicana de Calidad de Atención a la Salud | Asesor Permanente |
| Dr. Esteban Hernández San Román Director de Evaluación de Tecnologías en Salud, CENETEC | Secretario Técnico |