



UNIVERSIDAD DE COSTA RICA
SISTEMA DE ESTUDIOS DE POSGRADO

ABORDAJE DE LA DEPRESIÓN EN EL ADULTO MAYOR EN EL PRIMER
NIVEL DE ATENCIÓN.
REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

Tesis sometida a la consideración de la Comisión del Programa de Estudios de
Posgrado de Especialidades Médicas para optar por el grado y título de
Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria

TONY FABIÁN RUIZ CHAVARRÍA

Ciudad Universitaria Rodrigo Facio, Costa Rica

2014

DEDICATORIA

A Dios que es el médico por excelencia y quien ha estado en todo momento desde que inicié este proceso

AGRADECIMIENTOS

A mi familia que me ha apoyado y comprendido en estos años de formación.

A Kenneth Acuña S. por los momentos en que me brindó su ayuda durante la realización de este proyecto final de graduación.

A mis profesores por su tiempo y dedicación durante toda la especialidad.

Al Dr. Carlos Icaza Gurdian por su magnífica tutoría y a mi lector el Dr. José Luis León Salas quien siempre me brindó su confianza y apoyo incondicional.




ACTA
Protocolo de Trabajo de Graduación

El Posgrado en Medicina Familiar y Comunitaria y este Tribunal que lo representa, hace constar que el Dr. Tony Ruiz Chavarría, estudiante de este Posgrado, ha cumplido con la realización y presentación del Trabajo Final de Graduación, “Abordaje de la depresión en el adulto mayor en un Primer Nivel de Atención. Revisión Bibliográfica”, el cual se da por aprobado.

Se extiende la presente a los veintinueve días del mes de diciembre del año dos mil catorce, en la ciudad de San José, Costa Rica.




Dr. Héctor Araya Zamora
Presidente Tribunal



Dra. Kattia Amador Ramírez
Tutor



Dra. Ana Lorena Vega Alpízar
Miembro del Tribunal



Dra. Dominique Guillén Femenías
Miembro del Tribunal

Resumen en español

El objetivo principal del siguiente trabajo consistió en determinar el abordaje de la depresión en el adulto mayor en un primer nivel de atención. Debido a que la población geriátrica a nivel mundial va en incremento y este mismo comportamiento se presenta a nivel nacional, resulta imprescindible el manejo adecuado de las enfermedades que puedan presentarse en este grupo.

La revisión mostró la importancia de reconocer los factores de riesgo que pueden estar asociados al cuadro y a la vez instaurar medidas preventivas como parte de las estrategias de un primer nivel de atención para disminuir el número de casos de enfermedades mentales en los mayores de 65 años de edad.

Resulta de suma importancia realizar tamizaje para depresión en este grupo etáreo, siendo la escala de depresión geriátrica de 15 ítems la que mayor evidencia presenta según la revisión, pero considerando que hacen falta estudios que validen el instrumento de cribado más efectivo en nuestra población centroamericana.

Los inhibidores de la recaptación de la serotonina, los antidepresivos tricíclicos y probablemente los de acción dual siguen siendo los antidepresivos más efectivos en este grupo de población, pero a pesar de gran cantidad de estudios con tratamientos farmacológicos faltan investigaciones que comparen estos grupos para definir el de elección en los adultos mayores. Se considera muy importante la aplicación de medidas no farmacológicas como parte del tratamiento de la depresión que ha demostrado tener evidencia científica en el manejo de estos pacientes, tales como la visita domiciliar, ejercicio físico bien estructurado y las terapias psicológicas.

Resumen en inglés

The main purpose of this study was to determine the approach of depression in the elderly in primary care. Because the geriatric population worldwide is increasing and this same behavior is exhibited nationally, it is essential to the proper management of diseases that may occur in this group.

The review showed the importance of recognizing risk factors that may be associated with the symptomatology, establishing preventive measures as part of the strategies of primary care to reduce the incidence of mental illness in persons over 65 years age.

It is important to perform screening for depression in this age group, the Geriatric Depression Scale of 15 items which presents further evidence as revised, but considering that studies are needed to validate the most effective screening tool in our Central American population.

Inhibitors of serotonin reuptake, tricyclic antidepressants and probably dual action remain the most effective antidepressants in this population, but despite numerous studies with pharmacological treatments lacking research comparing these groups to define the of choice in older adults. The application of non-pharmacological measures as part of the treatment of depression that has proven scientific evidence in the management of these patients, such as home visits, well structured exercise and psychological therapies is considered very important.

San Rafael de Heredia, 20 de diciembre de 2014

Señores
Universidad de Costa Rica
Sistema de Estudios de Posgrado


Estimados señores:

En mi calidad de filóloga, hago constar que he revisado la Tesis para optar por el grado académico de Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, bajo el título:

Abordaje de la depresión en el adulto mayor en el primer nivel de atención. Revisión Bibliográfica, elaborado por el estudiante Tony Fabián Ruíz Chavarría.

La revisión se hizo en la parte morfosintáctica, forma, estilo, redacción, puntuación y ortografía; por lo cual este trabajo está listo en tales aspectos para ser presentado ante la Universidad.

Atentamente,


Xinia Arguedas Rodríguez
Filóloga
Cédula No 1 458 488
Carné # 06032 del Colegio de
Licenciados y Profesores en Letras,
Filosofía, Ciencias y Artes
Teléfono: 22 37 61 66

Contenido

CAPÍTULO I. INTRODUCCIÓN	4
1.1 Introducción	5
1.2 Justificación	7
1.3 Problema de investigación	10
1.4 Objetivos	10
1.4.1 Objetivo General.....	10
1.4.2 Objetivos específicos	10
CAPÍTULO II. METODOLOGÍA DE INVESTIGACIÓN.....	11
2. Metodología de investigación	12
2.1 Tipo de investigación.....	12
2.2 Palabras claves.....	12
2.3 Definición de categorías de estudio	12
2.4 Antecedentes del tema	17
2.4.1 Etiología y fisiopatología.....	20
2.4.2 Cuadro clínico y diagnóstico.....	24
2.4.3 Diagnóstico diferencial.....	27
2.4.4 Tratamiento	31
2.4.4.1 No farmacológico.....	31
2.4.4.2 Farmacológico.....	32
2.5 Criterios de Inclusión.....	36
2.6 Criterios de exclusión.....	36
2.7 Artículos encontrados según nivel de evidencia	37
2.8 Procedimientos de búsqueda bibliográfica.....	38
2.8.1 Fase 1: Recopilación.....	38
2.8.2 Fase 2: Análisis del material bibliográfico.....	38
CAPÍTULO III. RESULTADOS Y DISCUSIÓN DE LA REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA....	39
3. Análisis de resultados y discusión de la revisión bibliográfica	40
3.1 Cuadro clínico de la depresión.....	40
3.2 Medidas de promoción y prevención.....	42
3.2.1 Factores de riesgo.....	43
3.2.1.1 Factores sociodemográficos	43
3.2.1.2 Disfuncionalidad y comorbilidades.....	44
3.2.1.3 Estilos de vida	44

3.2.1.4	Deterioro cognitivo leve	44
3.2.2	Tipos de prevención	46
3.2.2.1	Modelo de prevención indicada.....	46
3.2.2.2	Modelo de prevención selectiva	46
3.2.2.3	Modelo de prevención universal	48
3.3	Instrumentos de tamizaje	49
3.3.1	Escala de depresión Geriátrica (GDS) de 30 – 15 ítems:.....	50
3.3.2	PHQ-9 (Patient Health Question):.....	51
3.3.3	CES-D (Center for Epidemiology Studies Depression Scale):.....	51
3.3.4	Inventario de depresión de Beck.....	51
3.3.5	WHO (World Health Organisation):	51
3.3.6	Escala de Hamilton	52
3.3.7	Montgomery- Asberg Depression Rating Scale.....	52
3.3.8	Escala De Cornell para demencia	52
3.3.9	Escalas ultracortas:.....	52
3.4	Tratamiento farmacológico.....	61
3.4.1	Fármacos antidepresivos más utilizados	65
3.4.2	Memantina	76
3.4.3	Omega 3	77
3.5	Tratamiento no farmacológico	78
3.5.1	Estrategias sociales	78
3.5.2	Ejercicio físico	79
3.5.3	Terapias psicológicas	83
3.5.3.1	Terapia cognitivo conductual.....	85
3.5.3.2	Terapia Interpersonal.....	86
3.5.3.3	Terapia Breve centrada en soluciones	88
3.5.4	Musicoterapia y arte-terapia	89
3.5.5	Otras medidas alternativas	90
CAPÍTULO IV. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....		92
4.	Conclusiones y recomendaciones	93
4.1	Conclusiones	93
4.2	Recomendaciones	96
Bibliografía.....		98
ANEXO.....		104

CAPÍTULO I. INTRODUCCIÓN

1.1 Introducción

La depresión corresponde a la patología mental más frecuente dentro del grupo de enfermedades psiquiátricas y según estadísticas se predice que para el 2020 serán las enfermedades más frecuentes, superadas solamente por las enfermedades cardiovasculares.

Si reducimos esta patología al grupo de adultos mayores, resulta interesante denotar que el cuadro clínico puede ser diferente al de la población adulta más joven, representando un porcentaje considerable de pacientes que pueden ser subdiagnosticados.

Debido a esta diversidad de síntomas o a lo atípico del cuadro clínico, es importante que el personal de salud se encuentre entrenado tanto para prevenir, tamizar- detectar y finalmente tratar adecuadamente a la población geriátrica.

Además, la población de adultos mayores ha ido incrementando a nivel mundial en forma acelerada. Para el año 2000 la población adulta mayor ascendió en un diez por ciento. Bajo las tendencias previstas del envejecimiento demográfico mundial se estima que en el año 2030 ascienda a 16.6% y en el 2050 a 21.4%. En otras palabras, mientras en el año 2000 se estima que 1 de cada 10 personas era adulta mayor, a mitad del siglo será 1 de cada 5 personas. La tasa anual de crecimiento de este grupo de población en la actualidad es de 2.2% y llegará a ser hasta de 3% en la segunda mitad de este siglo. Debido a esta dinámica el número de adultos mayores se triplicó pasando de 205.3 a 606.4 millones a nivel mundial, según informes de la Organización Mundial de la Salud (Henríquez, 2014).

Existe una amplia gama de instrumentos de cribado existentes que es necesario conocer para ser aplicados a nuestra población según la evidencia científica que respalde su efectividad. También resulta primordial como médicos de familia tomar en cuenta todos los aspectos relacionados con la promoción y prevención de la enfermedad que debería ser siempre la piedra angular al abordar este tipo de patologías.

La actualización diaria científica y la diversidad de información de diferentes autores, obliga a conocer cada día nuevas recomendaciones y resultados de estudios para compararlos entre ellos según su nivel de evidencia, por lo que la presencia de nuevas opciones terapéuticas tanto farmacológicas como no farmacológicas deben estar actualizadas por el personal médico para lograr de esta manera un mejor abordaje de la población adulta mayor.

El siguiente trabajo pretende motivar a los profesionales y personal de salud que laboran en un primer nivel de atención a realizar un abordaje adecuado de la depresión en el adulto mayor, dado que se ha demostrado que la atención primaria en las últimas décadas ha tomado un papel fundamental en la atención general de salud y sumando a este factor el incremento en la población mayor de 65 años que no solamente afecta a nivel mundial, sino también nacional, al corresponder al primer contacto con el sistema de salud, se debe estar preparado para tratar de manera óptima esta patología tan prevalente en este grupo creciente en número, implicando ello no solamente una calidad de atención de los pacientes, sino mejorar lo relacionado con la gastos económicos en salud que puede generar la enfermedad, si no es tratada de manera adecuada.

1.2 Justificación

La OMS define la salud mental como “un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad” (OPS/OMS, 2011).

Sin embargo, al aplicar esta definición en el contexto del adulto mayor, es importante considerar que el concepto debe ir más allá de los puntos pautados anteriormente y abarcar aspectos que vayan en torno a un deterioro en su funcionalidad y en la afectación de la interacción entre las esferas individual, familiar y social, englobando así aspectos de bienestar subjetivo, percepción de la propia eficacia, competencia, autonomía y auto-realización de las capacidades intelectuales y emocionales.

Los trastornos del estado de ánimo a nivel mundial han ido alcanzando altos índices de prevalencia e incidencia y dentro de este grupo de enfermedades mentales los cuadros depresivos son los que tienen mayor representación. Afecta en el mundo a 121 millones de personas y se predice que para el año 2020 se convertirá en la segunda causa más frecuente de discapacidad después de las enfermedades cardiovasculares. La depresión mayor tiene una prevalencia-vida de hasta 10.5% y una prevalencia-año del 3.9%. (Ministerio de Sanidad y Consumo de España, 2008). Según otros datos, se estima que la proporción de personas que han presentado un episodio a lo largo de su vida fue estimada entre 4-10% para casos de depresión mayor y entre 2.5 y 5% para distimia, siendo predominantemente mayor en el sexo femenino (NICE, 2009). Estudios recientes mencionan una prevalencia en la población adulta mayor de rangos de 4-24% (Yaacov, 2013) y a nivel de los centros de cuidado de ancianos corresponde a un 6-26% para depresión mayor y de un 11-50% para depresión menor. (Martin, 2008).

Además, la depresión representa un importante problema de salud, debido a esos altos índices de prevalencia y a la alteración en la calidad de vida que genera, la discapacidad y el impacto en las esferas económica, social, familiar e individual del paciente. Se considera esta enfermedad en el adulto mayor

como causa de aumento de la morbi-mortalidad, utilización de los centros de salud y mayor disfuncionalidad (Martín, 2008).

Diferentes estudios han mostrado la relación entre niveles de depresión moderada-severa con un alto riesgo de mortalidad. Los individuos con depresión crónica presentan 41% más riesgo de muerte a los seis años de seguimiento con respecto a los sujetos que no están deprimidos (R. Schoevers, 2009).

Este último autor también menciona que este trastorno del estado de ánimo es por sí solo un factor de riesgo para el inicio de enfermedades cardiovasculares, dado que los pacientes que la padecen presentan mayores índices de estilos de vida no saludable tales como: el fumado, el uso de alcohol, la inactividad física y la no adherencia a medicamentos. Un estudio de seguimiento durante 12 años encontró que la depresión tiene correlación con la aparición o exacerbación de ciertas enfermedades crónicas, siendo relacionadas principalmente la artritis, los problemas cardiacos y la diabetes mellitus (Mustafa, 2011).

Cabe destacar que la población adulta mayor presenta consideraciones especiales, dado que los síntomas pueden aparecer de una manera muy sutil o por el contrario, presentar manifestaciones clínicas diversas o amplias que confunden al médico tratante, haciéndolo plantear enfermedades diferentes a la depresión. Otras posibles causas de ese subdiagnóstico puede deberse a que la mayoría de personas de este grupo etáreo tienen mayor tendencia a no consultar de una manera más rápida ante la aparición de síntomas depresivos, o bien la familia y/o entorno lo atribuyen como parte “normal” del envejecimiento.

Se considera de suma importancia la aplicación de escalas de depresión geriátrica como parte de esa pesquisa, siendo considerada como una de las medidas de un primer nivel de atención más importante como parte de las estrategias de salud pública para combatirla, por lo cual se debe promover el uso rutinario de instrumentos. Sin embargo, se menciona que irónicamente los instrumentos de tamizaje son con más frecuencia usados en la práctica de los especialistas frente a los médicos generalistas, por lo cual los geriatras y

psicogeriatras pueden reconocer el espectro de muchos desórdenes y las más sutiles manifestaciones antes que los médicos generales de atención primaria (Marian,2008).

Es importante que el médico de familia se encuentre capacitado para abordar de una manera adecuada un adulto mayor en que se sospeche depresión, iniciando por una identificación temprana del cuadro, así como el correcto tamizaje del mismo y la instauración de medidas farmacológicas y no farmacológicas recomendadas. Sin embargo, como parte de la especialidad, se debe ir más allá de solamente conformarse con reconocer el cuadro y su respectivo manejo, sino también por instaurar medidas de prevención y promoción de la salud dirigidas a disminuir la aparición de esta enfermedad que afecta por lo general a la población de sesenta y cinco años o más y que la mayoría de veces pasa desapercibida tanto por su propia familia como por el personal de salud.

1.3 Problema de investigación

¿CUÁL ES ABORDAJE DE LA DEPRESIÓN EN EL ADULTO MAYOR EN UN PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN?

1.4 Objetivos

1.4.1 Objetivo General

- ✓ Analizar el abordaje de la depresión en el adulto mayor para su aplicación en la consulta de un primer nivel de atención por parte del médico de familia

1.4.2 Objetivos específicos

- ✓ Caracterizar el cuadro clínico de la depresión en el adulto mayor.
- ✓ Describir las técnicas de prevención de salud como parte de las estrategias de un primer nivel de atención en el manejo de la depresión de este grupo etáreo.
- ✓ Identificar los instrumentos de tamizaje de depresión en la persona adulta mayor utilizados con más frecuencia.
- ✓ Analizar las diferentes medidas terapéuticas farmacológicas para el manejo de la depresión en las personas mayores de sesenta y cinco años.
- ✓ Describir el tratamiento no farmacológico empleado en el manejo de la depresión en las personas adultas mayores.

CAPÍTULO II. METODOLOGÍA DE INVESTIGACIÓN

2. Metodología de investigación

Este apartado describe el tipo de investigación, el tema de estudio, las categorías de estudio, así como el procedimiento utilizado para la obtención de resultados y análisis del dato indagado.

2.1 Tipo de investigación

Corresponde a un estudio descriptivo en el que se realizó una revisión de la literatura científica relacionada con el tema de investigación publicada durante los últimos 10 años. Se emplearon las siguientes bases de datos científicas: PubMed, MD Consult, Journal Online y Medscape. Se efectuó una búsqueda direccionada y focalizada, durante el período comprendido entre el mes de hasta marzo del 2014, de los estudios que analizan los diferentes instrumentos de tamizaje de depresión en el adulto mayor, cuadro clínico, promoción, prevención del cuadro, tratamiento farmacológico y no farmacológico.

2.2 Palabras clave

Artículos que incluyan las siguientes palabras clave: elderly, screening depression, older adult, primary care, instrumentos de tamizaje, depresión, adulto mayor, prevention, treatment

2.3 Definición de categorías de estudio

2.3.1 Abordaje: acción de abordar un tema o asunto. Desde el punto de vista del siguiente trabajo de revisión bibliográfica consiste en determinar el manejo de la depresión en el adulto mayor desde un primer nivel de atención, destacando aspectos relacionados con

tamizaje, diagnóstico, tratamiento farmacológico - no farmacológico y las medidas preventivas y de promoción.

2.3.2 Depresión: Se refiere “a una amplia gama de problemas de salud mental caracterizados por la ausencia de un afecto positivo (una pérdida de los intereses y entretenimientos en cosas ordinarias y experiencias), bajo estado de ánimo y una amplia gama de problemas emocionales, cognitivos, físicos y síntomas conductuales” (NICE, 2010).

Es un estado clínico presente durante al menos dos semanas durante el cual hay un estado de ánimo que se describe como deprimido, triste, desesperanzado, desanimado y donde hay una pérdida de placer o de interés por casi todas las actividades (DSM V, 2014).

Según DSM V los criterios para el episodio depresivo mayor son:

- a) Presencia de cinco o más de los siguientes síntomas durante un período de dos semanas y que presenta un cambio del funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas es (1) estado de ánimo deprimido o (2), pérdida de interés o placer.
 1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva (por ejemplo, se siente triste, vacío, sin esperanza) o de la observación por parte de otras personas (por ejemplo, se le ve lloroso).
 2. Disminución importante del placer o del interés por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días (como la que se desprende de la información subjetiva o de la observación).
 3. Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso (por ejemplo, modificación de más del 5% del peso corporal en un mes) o disminución o aumento del apetito casi todos los días.
 4. Insomnio o hiperinsomnia casi todos los días.

5. Agitación o retraso psicomotor casi todos los días (observable por parte de otros, no simplemente la sensación subjetiva de inquietud o de enlentecimiento).
 6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.
 7. Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente el autoreproche o culpa por estar enfermo).
 8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse o tomar decisiones casi todos los días (a partir de la información subjetiva o de la información por parte de otras personas).
 9. Pensamientos recurrentes de muerte (no solo miedo a morir), ideación suicida recurrente sin un plan específico para llevarlo a cabo, un intento de suicidio o un plan específico con el fin de efectuarlo.
- b) Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
 - c) Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia o una enfermedad médica.
 - d) Los síntomas no se explican por la presencia de un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia u otros trastornos psicóticos.
 - e) Nunca ha habido un episodio maníaco o hipomaníaco.

Según la guía NICE de depresión las siguientes definiciones son adaptadas desde el DSM-IV:

- Sub-umbral de síntomas depresivos: menos de cinco síntomas de depresión.
- Depresión leve: al menos cinco de los síntomas y deterioro funcional mínimo.
- Depresión moderada: los síntomas o el deterioro funcional se encuentran entre depresión leve y severa.

- Depresión severa: síntomas predominantes que interfieren marcadamente en el funcionamiento. Puede tener o no síntomas psicóticos.

2.3.3 Adulto Mayor: Según la ley 7935 de Costa Rica, en el Capítulo 2 define adulto mayor como toda persona de 65 años o más. Es importante considerar que el envejecimiento es un proceso fisiológico que inicia desde el propio momento de la concepción y que la esperanza de vida ha ido en incremento en los últimos años.

2.3.4 Primer Nivel de Atención: comprende aquel servicio de salud encargado de realizar todo lo relacionado con aspectos de promoción, prevención, curación y rehabilitación de menor complejidad. A nivel de Costa Rica todas estas acciones están a cargo de los EBAIS (CCSS y CENDEISSS, 2004).

Según la conferencia de Alma-Ata (1978) la atención primaria en salud es “la asistencia esencial, basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundados y familias de la comunidad, mediante su plena participación, a un costo de la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. La atención primaria es parte integrante, tanto del Sistema Nacional de Salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto con los individuos, la familia y la comunidad, con el Sistema Nacional de Salud y lleva lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas y constituyen el primer elemento de un proceso permanentemente de asistencia sanitaria”.

Según la OMS la atención primaria adoptó una visión holística que iba mucho más allá del modelo médico, abordando por medio de un enfoque más amplio que abarque toda la sociedad, cumpliendo los objetivos de mejoramiento de la salud, mayor equidad y mejorando

los sistemas de salud. Para ello mencionan cuatro principios básicos: cobertura universal, servicios centrados en personas, políticas públicas saludables y liderazgo. (Informe sobre la salud OMS, 2008).

2.4 Antecedentes del tema

La Depresión en el adulto mayor supone una alteración a nivel psicosocial que puede provocar disfuncionalidad, deterioro cognitivo, incremento en el uso de servicios de salud, exacerbación de patologías crónicas y un riesgo aumentado de caídas. (Brown, 2011)

El diagnóstico de la depresión en el adulto mayor representa un reto tanto para los médicos generalistas como para los especialistas dada su presentación clínica tan variada o atípica. Por este motivo la detección temprana mediante instrumentos de tamizaje en un primer nivel de atención corresponde a una de las perlas más importantes para prevenir ese deterioro descrito en la funcionalidad de la persona, hacer mejor uso de los recursos de salud y mejorar el manejo de las condiciones médicas que puedan ser desencadenadas.

Existen factores de riesgo descritos que pueden estar en estrecha relación con la aparición de la enfermedad, entre ellas destacan entre las más importantes; el sexo femenino, historia personal previa de depresión o en familiares con antecedentes depresión o enfermedades mentales, la asociación con ciertas patologías médicas como trastornos visuales, enfermedad de Parkinson, estadio renal avanzado que requiere hemodiálisis, enfermedades cardiacas, evento cerebrovascular. Los desórdenes cognitivos también incrementan el riesgo. Otras variables pueden incluir: el no estar casados, bajo nivel socioeconómico, bajo nivel educativo, la función ejecutiva y memoria verbal, incremento en la carga médica, disfuncionalidad, disminución en el apoyo social o conflictivas sociales. (Meeks, 2011).

Se pueden resumir los factores de riesgo para la depresión en cuatro grupos:

- A. Biológicos: Historia familiar, primer episodio de depresión, cambios en la neurotransmisión.
- B. Psicológicos: conflictos no resueltos, trastornos de la personalidad, pérdida de memoria y demencia.
- C. Sociales: Pérdida de la familia y amigos, soledad, pérdida de trabajo.

D. Físicos: enfermedades específicas, condiciones médicas crónicas, deprivación sensorial, exposición a drogas, pérdida de la función física.

Factores asociados con suicidio en la población geriátrica

Factor	Alto riesgo	Bajo riesgo
Sexo	Hombre	Mujer
Religión	Protestante	Católico
Raza	Blancos	No blancos
Estado civil	Viudo/divorciado. Reciente muerte de esposo	Casado
Fondo ocupacional	Baja remuneración	Profesional o bien remunerado
Estado de empleo	Retirado o desempleado	Empleado tiempo completo o parcial
Ambiente de vivienda	Urbano Vive solo Reciente mudanza	Rural Vive con pareja u otros familiares Vive en barrio muy unido
Salud física	Mala salud Enfermedad terminal Dolor Múltiples comorbilidades	Buena salud
Salud mental	Depresión (actual o previa) Alcoholismo Baja autoestima Soledad Sentimiento de rechazo o de no ser amado	Felicidad o satisfecho Conceptos positivos de sí mismo Sensación personal de control sobre su vida
Antecedentes personales	Hogar de padres separados Personalidad dependiente Historia de pobres relaciones interpersonales Historia familiar de enfermedades mentales Historia marital pobre Pobre registro de trabajo	Familia de origen intacta Independiente, asertivo, personalidad flexible Historia de una estrecha amistad No historia familiar de enfermedades mentales No hay intentos previos de suicidio No historia familiar de suicidio Buena historia marital Buen récord de trabajo

Fuente: Essentials of Clinical Geriatrics, 7e > Chapter 7. Diagnosis and Management of Depression

2.4.1 Etiología y fisiopatología

Con respecto a la etiología, hay evidencia de factores genéticos, así como anomalías neuroendocrinas que reflejan los signos y síntomas neurovegetativos de depresión que incluyen: incremento en la secreción del cortisol y hormona corticotropa (CRH), incremento en el tamaño adrenal, disminución en la respuesta inhibitoria de los glucocorticoides como la dexametasona, respuesta retardada de la TSH. (Harrison, edición 18).

Las similitudes entre las disfunciones del estado de ánimo, motoras y cognitivas características de la depresión unipolar y las que aparecen en las enfermedades de los ganglios basales mencionan que las zonas de déficit pueden ser las redes de la corteza prefrontal y dichos núcleos. Esto se basa en estudios de tomografía de emisión de positrones del metabolismo de la glucosa cerebral, en el cual se ha evidenciado una disminución en los núcleos caudados y los lóbulos frontales de los pacientes deprimidos.

También los estudios con tomografía de emisión de fotón único muestran cambios comparables del riego sanguíneo y en algunos casos la resonancia magnética muestra lesiones de la sustancia blanca subcortical.

Las autopsias de los pacientes con suicidio muestran alteración en la actividad noradrenérgica, con aumento de la unión a receptores α_1 - α_2 y β adrenérgicos de la corteza cerebral y un descenso de las neuronas noradrenérgicas del locus ceruleus. Se ha demostrado también disminución en plasma de triptófano y de 5-hidroxiindolacético en el líquido cefalorraquídeo y de la unión del transportador serotoninérgico de las plaquetas es lo que sugiere la participación de la serotonina en el proceso. También se ha descrito un aumento de la densidad de receptores de serotonina en los cerebros de los pacientes que se han suicidado.

Además se describe que en los pacientes con depresión hay un acortamiento del tiempo de comienzo del sueño con movimientos oculares rápidos (latencia REM), aumento de la densidad del sueño REM y en algunos casos disminución de la fase IV de sueño profundo de ondas delta lentas.

Existe alguna evidencia sobre la participación del glutamato, ácido y amino butírico y la sustancia P, factor neurotrófico derivado del cerebro, hormona liberadora de tirotrópina, somatostatina, leptina y neuronas que contienen acetil colina en la patogénesis de la depresión (Charles B. Nemeroff, 2009)

Estudios inmunológicos han encontrado consistentemente anormalidades de las citoquinas asociado a enfermedades depresivas (Behavioral Medicine: A guide for clinical practice, chapter 22)

Fisiopatología de la depresión

Alteraciones de los sistemas dopaminérgicos en depresión	Alteraciones de los sistemas Noradrenérgicos en depresión
<p>DA es el principal neurotransmisor mediador del placer. La anhedonia es una característica fundamental de la depresión.</p> <p>En los pacientes con Parkinson hay una alta tasa de depresión, un desorden caracterizado por una degeneración de las neuronas DA</p> <p>Los estudios de imagenología cerebral y los estudios post mortem, han revelado una disminución en la fijación del transportador de dopamina y un aumento de la fijación del receptor post sináptico D2-D3 –todo lo cual es una indicación de una reducción de la neurotransmisión DA-</p> <p>En el CSF de los pacientes deprimidos, se ha reportado una reducción de los principales metabolitos de la NA</p> <p>En el SNC de los pacientes deprimidos se ha encontrado una mayor actividad de MAO-A</p> <p>Los medicamentos que aumentan la neurotransmisión tales como MAOis, los bloqueadores de la recepción de DA y los receptores agonistas de DA poseen propiedades antidepresivas.</p>	<p>Se encuentran niveles bajos de NE en la orina y LCR en los pacientes deprimidos.</p> <p>Se han encontrado postmortem, en el tejido cerebral de víctimas suicidas deprimidas un aumento en la densidad de los receptores beta-adrenérgicos.</p> <p>El estrés que precipita la depresión en personas vulnerables, aumenta la actividad de los circuitos NE en el cerebro.</p> <p>En el SNC de los pacientes deprimidos se ha encontrado una mayor actividad de MAO-A</p> <p>Se ha encontrado que en pacientes deprimidos con remisión tratados con un inhibidor de la reabsorción de NE, la carencia de NE, precipita una recurrencia en los síntomas depresivos.</p> <p>En los pacientes deprimidos se ha encontrado una respuesta abrupta de la hormona del crecimiento a la D2, clonidina agonista adrenérgica.</p> <p>Los inhibidores de la reabsorción de NE son efectivos antidepresivos (desipramina, reboxetina y maprotilene)</p>

Fuente: hallazgos recientes en la fisiopatología de la depresión. Charles B. Nemeroff, 2009

Fármacos que pueden causar depresión

Antihipertensivos

IECA
Calcio antagonistas (verapamilo)
Clonidina
Hidralazina
B- bloqueadores (ej propanolol)
Reserpina

Analgésicos

Narcóticos

Antiparkinsonianos

Levodopa
Bromocriptina

Antimicrobianos

Sulfonamidas
Isoniacida

Preparados cardiovasculares

Digitálicos
Diuréticos
Lidocaína

Agentes hipoglicemiantes

Agentes psicotrópicos

Sadación
Barbitúricos
Benzodiazepinas
Meprobamato

Antipsicóticos

Clorpromazina
Haldol
Tiotixeno

Hipnóticos

Hidrato de cloral
Benzodiazepinas
Esteroides
Corticoesteroides
Estrógenos

Anticonvulsivantes

Celontín
Zarontín

Antiviral

Zovirax

Antibióticos

Ciprofloxacina

Estatinas

Pravacol

Otros

Alcohol
Agentes quimioterapéuticos
Cimetidina

Fuente: Sources: Adapted from Levenson AJ, Hall RCW, eds. Neuropsychiatric Manifestations of Physical Disease in the Elderly. New York: Raven Press; 1981; Medical Letter. Drugs that may cause psychiatric symptoms. Med Lett. 2002; 44(1134):59-62.

2.4.2 Cuadro clínico y diagnóstico

Reconocer los síntomas y signos de depresión e identificar la presencia de trastornos depresivos en el adulto mayor es complicado por varios factores: (Kane, sevent edition, chapter 7, pág. 4)

1. La presencia de enfermedades médicas comunes (ejemplo enfermedad de Parkinson o ICC).
2. Presencia de síntomas no específicos (fatiga, anorexia, dolor difuso, insomnio) que son comúnmente asociados con comorbilidades.
3. Síntomas físicos específicos, relativos a todos los sistemas orgánicos principales, pueden representar a la depresión así como a otra enfermedad en pacientes geriátricos.
4. La depresión puede empeorar los síntomas de enfermedades coexistentes tales como exacerbación de cambios en la memoria o el dolor asociado a la artritis.
5. Síntomas depresivos inducidos farmacológicamente, desde abuso de sustancias particularmente el alcohol y el abuso o prescripción de medicamentos.

Existen diferencias de la presentación clínica comparada con los adultos jóvenes, a saber (Essentials of Geriatrics, chapter 7):

1. Quejas somáticas, más que síntomas psicológicos, la mayoría predominan en el cuadro clínico.
2. Adultos mayores la mayoría niegan un humor disfórico.
3. Apatía es común.
4. Sentimientos de culpa son menos comunes.
5. Pérdida de autoestima es prominente.
6. Dificultad para concentrarse con pérdida de memoria y otros trastornos cognitivos es común.

La presencia de humor deprimido, anhedonia, síntomas físicos (desórdenes del sueño, problemas de apetito, fatiga, cambios psicomotores) y síntomas psicológicos (dificultad de concentración o indecisión, culpa o baja autoestima o

ideas de muerte puede guiarnos en el diagnóstico. Es importante tener en cuenta que no siempre hay que asociar un trastorno depresivo con un evento estresante de la vida (Cole, 2008).

Es importante considerar que una enfermedad física como el cáncer, puede llevar a la aparición de síntomas físicos de depresión y a la vez un síntoma físico puede ser la manifestación de una enfermedad física o por una enfermedad depresiva mayor. Se menciona que tomar en cuenta este enfoque “inclusivo” puede resultar en un sobrediagnóstico de la depresión mayor, sin embargo, este problema se presenta de una forma bastante baja (alrededor de 2%). (Cole, 2008).

También es importante tomar en cuenta, que muchas manifestaciones físicas pueden ser dadas por un episodio depresivo, entre ellas a nivel cardiopulmonar (dolor torácico, disnea, palpitaciones, vértigo), gastrointestinal (dolor abdominal, estreñimiento, diarrea), genitourinario (frecuencia, urgencia, incontinencia), musculoesquelético (dolor difuso, dorsalgia), neurológico (cefalea, trastorno de memoria, vértigo, parestesias).

Según DSM V, hay diferentes especificadores para trastornos depresivos, los cuales son:

1. Ansiedad: La presencia de dos o más de los siguientes síntomas durante la mayoría de los días de una depresión mayor, como sentirse nervioso o tenso, inquietud, dificultad en la concentración, miedo a que algo malo le suceda, sensación de perder el control propio.
2. Características mixtas: al menos tres de los síntomas maníacos/hipomaníacos (ánimo elevado o expansivo, aumento de la autoestima, fuga de ideas, verborrea, energía dirigida a un objetivo, disminución del sueño, implicación aumentada o excesiva en actividades que tienen posibilidad de consecuencias dolorosas).
3. Características melancólicas: está presente la anhedonia o falta de reactividad a estímulos placenteros con tres o más síntomas (depresión peor por la mañana, despertar pronto por la mañana, anorexia o pérdida de peso, agitación o retraso psicomotor, o sentimiento de culpa y estado de ánimo vacío).

4. Con características atípicas: hay reactividad del estado de ánimo con la presencia de dos o más características (aumento de peso o apetito, hipersomnia, parálisis plúmbea, patrón prolongado de sensibilidad de rechazo interpersonal que causa deterioro social o laboral) sin cumplir los criterios para características melancólicas o de catatonías.
5. Con características psicóticas: presencia de delirios o alucinaciones que sean congruentes o no congruentes con el estado de ánimo.
6. Con catatonía.
7. Con patrón estacional: usualmente hay una relación temporal entre el inicio de los episodios de depresión mayor y un momento del año al igual que las remisiones totales y se han producido dos episodios de depresión en los últimos dos años.

Especificar si:

En remisión parcial: los síntomas del episodio de depresión mayor inmediatamente anterior están presentes pero no se cumplen todos los criterios o, cuando acaba un episodio de este tipo, existe un periodo que dura menos de dos meses sin ningún síntoma significativo de un episodio de depresión mayor.

En remisión total: durante los últimos dos meses no ha habido signos o síntomas significativos de trastornos.

Especificar la gravedad actual:

La gravedad se basa en el número de síntomas del criterio, la gravedad de estos síntomas y el grado de discapacidad funcional.

Leve: pocos o ningún síntoma más que los necesarios para cumplir los criterios diagnósticos, la intensidad causa malestar, pero es manejable y los síntomas producen deterioro en el funcionamiento social o laboral.

Moderado: se encuentra en los criterios especificados para leve y grave.

Grave: el número de síntomas supera a los necesarios para hacer el diagnóstico, la intensidad de los síntomas causa gran malestar y no es manejable, además hay interferencia en el funcionamiento social y laboral.

Por lo tanto, a la hora de realizar un abordaje adecuado para el diagnóstico de la depresión se deben tomar en cuenta varios aspectos:

- A. Instrumentos de tamizaje que nos orienten al cribado de síntomas depresivos para identificar pacientes geriátricos deprimidos.
- B. Síntomas no específicos o somáticos múltiples deben ser sospechosos de depresión habiendo descartado enfermedad médica asociada.
- C. Tomar en cuenta la polifarmacia o síntomas que puedan producirnos síntomas depresivos.
- D. Utilizar criterios diagnósticos estándar, como en el caso de este trabajo que se tomaron en cuenta los criterios del DSM V
- E. Hacer un diagnóstico diferencial con otras enfermedades psiquiátricas es importante (ver apartado siguiente).

2.4.3 Diagnóstico diferencial

El diagnóstico diferencial es muy amplio, pero dentro de las más frecuentes condiciones con las que son confundidas, corresponden a las siguientes:

- Depresión bipolar: La diferencia es sumamente difícil, dado que la clínica se puede decir que es casi la misma, quizás el punto clave que se menciona es el preguntarse si el paciente tiene evidencia clínica previa de manía o hipomanía, basándose en los criterios de DSM-V para dicho trastorno.
- Trastorno de ansiedad: Pueden coexistir en conjunto con la depresión, especialmente en personas con comorbilidades médicas. Los más frecuentes son los trastornos de ansiedad post traumática, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de pánico y trastorno obsesivo compulsivo.

- Síntomas médicamente inexplicables y desórdenes somatomorfos: Su diagnóstico resulta complicado. Cualquiera de los trastornos somatomorfos (conversión, somatización, hipocondriasis) pueden estar presentes con depresión mayor.
- Abuso de sustancias.
- Trastornos de personalidad.
- Demencia: Al inicio de una demencia, puede resultar imposible diferenciar de un trastorno depresivo. La depresión usualmente presenta deterioro cognitivo que resulta reversible, con deterioros tales como la alteración en la concentración, memoria, toma de decisiones y la dificultad para planear y organizar.
- Condiciones médicas asociadas.

Según Ellison, 2012, los estados depresivos que no reúnen los criterios para depresión mayor, pero igual puede provocar debilitamiento psicosocial en los adultos mayores, incluyen condiciones como:

- Episodio depresivo mayor con parcial remisión.
- Episodio depresivo menor.
- Trastorno del humor causado por una enfermedad médica.
- Demencia con humor deprimido.
- Reacción de ajuste con humor deprimido.
- Trastorno del humor inducido por sustancias o medicamentos.
- Trastorno de ansiedad con características depresivas.
- Distimia.

El mismo autor menciona que los “trastornos depresivos no mayores” fueron encontrados en 15% de los pacientes en centros de ancianos, 25% evaluados en atención primaria y 50-70% que residen en centros de cuidado a largo plazo.

Según DSM –V agrupa dentro de otros trastornos depresivos especificados los siguientes:

1. Depresión breve recurrente: estado de ánimo reprimido y al menos otros cuatro síntomas durante 2 – 13 días por lo menos una vez al mes durante un mínimo de doce meses consecutivos sin cumplir criterios para otro trastorno depresivo, bipolar o actual trastorno psicótico.
2. Episodio depresivo de corta duración: (de 4 a 13 días) no cumple criterios para otro trastorno depresivo, bipolar o actual trastorno psicótico ni para depresión breve recurrente.
3. Episodio depresivo con síntomas insuficientes: afecto deprimido y al menos cuatro de los ocho síntomas, pero que no cumple criterios para otro trastorno depresivo, bipolar, psicótico ni depresión breve recurrente.

Depresión mayor versus otras formas de depresión

Clasificación diagnóstica	Claves para distinguir de depresión mayor
Trastorno bipolar	El paciente puede cumplir o haber cumplido en el pasado, los criterios para la depresión mayor, pero está teniendo o ha tenido uno o más episodios maníacos; estos últimos se caracterizan por períodos distintos de un estado de ánimo elevado o irritable relativamente persistente y otros síntomas tales como: aumento de la actividad, inquietud, locuacidad, fuga de ideas, la autoestima elevada y distracción.
Trastorno ciclotímico	Hay numerosos períodos durante los cuales los síntomas de la depresión y la manía están presentes, pero no de gravedad o duración para cumplir con los criterios para un episodio depresivo mayor o maníaco suficiente; además de una pérdida de interés y placer en la mayoría de las actividades, los períodos de depresión están acompañados de otros síntomas como: fatiga, insomnio o hipersomnias, el aislamiento social, el pesimismo y llanto.
Trastorno Distímico	Paciente generalmente exhibe un estado de ánimo deprimido prominente, marcada pérdida de interés o placer en casi todas las actividades y otros síntomas de la depresión; los síntomas no son de gravedad o duración para cumplir con los criterios para un episodio depresivo mayor y los períodos de depresión suficiente pueden estar separados por hasta un par de meses de estado de ánimo normal.
Reacción de ajuste con ánimo deprimido	El paciente presenta un estado de ánimo deprimido, llanto, desesperación u otros síntomas de más de una respuesta normal a un estresante psicosocial o físico identificable; la respuesta no es una exacerbación de otro trastorno psiquiátrico, se produce dentro de los 3 meses de la presencia del estresante, finalmente remite después de que cese el estresante (o el paciente se adapta al estrés) y no cumple con los criterios para otras formas de depresión o duelo sin complicaciones.
Duelo no complicado	Este es un síndrome depresivo en respuesta a la muerte o pérdida de algo. El inicio no es mayor a los 2-3 meses después de la pérdida y los síntomas duran por períodos variables de tiempo; el paciente por lo general se refiere a la depresión como una preocupación normal, un marcado o deterioro funcional prolongado y marcado retraso psicomotor son infrecuentes y sugieren el desarrollo de una depresión mayor.

Fuente: Diagnosis and management of depression. Essentials of clinical geriatrics. Chapter 7

2.4.4 Tratamiento

2.4.4.1 No farmacológico

Tratamiento	Nivel de evidencia	Descripción de la intervención
Terapia cognitivo conductual	A	Terapia limitada en el tiempo activo que tiene como objetivo cambiar la forma de pensar y el comportamiento de los individuos que influye en su depresión. Eficaz en comparación con ningún tratamiento.
Ejercicio	B	Existen 2 tipos de ejercicio: actividad aeróbica como correr o caminar a paso ligero y entrenamiento de resistencia con énfasis en fortalecimiento muscular. La actividad aeróbica se encontró que fue más eficaz que la educación en reducción de puntuaciones en depresión. El ejercicio de resistencia es menos eficaz.
TEC	A	Involucra a la entrega de una breve corriente eléctrica al cerebro para producir una convulsión cerebral, la TEC fue mejor que el placebo (TEC simulada).

Con respecto a la psicoterapia se menciona eficaz en conjunto con el tratamiento farmacológico y de primera línea en casos en que los efectos secundarios de los fármacos sean muy marcados. Se reporta la terapia cognitivo conductual, terapia breve centrada en soluciones, terapia psicodinámica y la terapia de soporte.

2.4.4.2 Farmacológico

Antidepresivos: efectos, mecanismos de acción y dosis

Antidepresivos	Sedación	Bloqueo acetil colina	Ortostatismo	SRI	NRI	Otra actividad	Dosis (mg)
Amina terciaria tricíclico							
Amitriptilina	+++	+++	+++	++	+	0	75-300
Doxepin	+++	+++	+++	++	+	0	75-300
Imipramina	++	+++	++	+	++	0	75-300
Aminas secundarias tricíclicos							
Desipramina	+	+	+	0	+++	0	75-250
Nortriptilina	++	++	++	+	++	0	50-150
SSRIs							
Citalopram	0	0	0	+++	0	0	20-60
Escitalopram	0	0	0	+++	0	0	10-20
Fluoxetina	0	0	0	+++	0	0	20-80
Paroxetina	+	+	0	+++	0	0	20-50
Sertralina	0	0	0	+++	0	0	50-200
Otros nuevos agentes							
Bupropion	0	0	0	0	+	DA/NE	150-450
Duloxetina	0	0	0	+++	++	0	40-60
Mirtazapina	+++	0	0	0	0	_↑	15-45
Antidepresivos	Sedación	Bloqueo acetil colina	Ortostatismo	SRI	NRI	Otra actividad	Dosis (mg)
venlafaxina	0	0	0	+++	++	0	75-225

Fuente: Behavioral Medicine. A Guide for Clinical Practice. Chapter 22. Steven A. Cole. Página 22

Simbología: \uparrow bloqueo de α 2- NE, 5-HT_{2A} y 5-HT₃
0: Ninguno, +: leve, ++: moderado, +++: marcado, SRI: Inhibidor de la recaptación de serotonina, NRI: Inhibidor de la recaptación de norepinefrina

Se menciona una fase inicial en la que se recomienda iniciar a dosis bajas y continuar con dosis bajas según tolerancia y respuesta. Siempre debe verificarse la adherencia a la medicación y se recomienda cambiar a medicación después de 4 semanas con la máxima dosis o si después de la semana 8 hay una respuesta parcial (Frank, 2014).

Se puede cambiar a un agente de la misma clase o de otra diferente. El aumento se puede dar con antidepresivos, litio o agentes antipsicóticos. Aproximadamente 10-20% de los pacientes desarrollan síntomas crónicos después del tratamiento y un 25-30% fallan a responder a una terapia inicial (Frank, 2014).

Este mismo autor recomienda la continuación del tratamiento durante al menos 12 meses después de iniciado el tratamiento debido a que en el adulto mayor las tasas de recurrencia o recaída son mayores, hasta de dos años y en pacientes con depresión severa; historia de recurrencia, requerimiento de terapia electroconvulsiva o respuesta parcial se puede tener un tiempo indeterminado.

Los grupos de fármacos mencionados en la tabla anterior, que son los más frecuentemente utilizados se resumen a continuación:

Antidepresivos tricíclicos: Poco utilizados por sus efectos adversos y toxicidad. Dentro de los efectos secundarios se encuentran los muscarínicos (sequedad de boca, visión borrosa, retención urinaria, taquicardia) bloqueador del receptor de histamina (sedación, somnolencia y ganancia de peso) y el bloqueo del receptor α 1 (hipotensión ortostática y sedación).

- Inhibidores de Recaptación de serotonina: Es uno de los grupos más utilizados. A dosis terapéuticas la toxicidad cardiovascular es mínima y su sobredosis presenta menos efectos que en la intoxicación con los antidepresivos tricíclicos y los inhibidores de la monoaminoxidasa. Los efectos adversos más comunes son náuseas, ansiedad, diarrea, anorexia, vértigo, cefalea, insomnio, disminución de la libido y alteración en la función sexual. La hiponatremia es mayormente observada en los adultos mayores que en los más jóvenes.

En un grupo de consenso se sugirió iniciar tratamiento en la depresión del adulto mayor con escitalopram o sertralina; iniciando a dosis de 10-20 mg/d y 25-50 mg/d respectivamente (Ellison, 2012).

Sin embargo, se menciona que la paroxetina y la fluoxetina son los más recomendados por expertos.

- Inhibidores de la Recaptación de la Serotonina y Norepinefrina: La desvenlafaxina ha sido bien estudiada en los adultos mayores. La discontinuación puede producir un síndrome caracterizado por náuseas, mareo, cefalea, irritabilidad, diarrea, alteraciones del sueño, hiperhidrosis y parestesias. Lo mismo puede ocurrir con la discontinuación de los inhibidores de la recaptación de la serotonina.
- Mirtazapina: antagonista noradrenérgico de los receptores alfa-2 y H1, 5HT2 y 5HT3, resultando en aumento de los niveles presinápticos de norepinefrina acompañado por sedación, disminución del apetito y mínimas náuseas, pero estudios han demostrado más efectividad de la paroxetina, amitriptilina y trazodona en comparación a este fármaco.
- Bupropion: No es típicamente sedante, con mínimos efectos en la ganancia de peso o la función sexual y no tiene efectos anticolinérgicos. Los efectos adversos más comunes son cefalea, somnolencia, insomnio, agitación, mareos, diarrea, boca seca y náuseas.

- Reboxetina: solo utilizado en Europa. Tiene un estudio que demostró ser más efectiva que la amitriptilina con menos efectos cardiacos, menos hipotensión y más insomnio (Ellison, 2012).
- Tianeptina

2.5 Criterios de Inclusión

- a) Artículos que se mencionarán en el título, resumen y contenido, como palabras clave: elderly, screening depression, older adult, primary care, instrumentos de tamizaje, depresión, adulto mayor, prevention and promotion, treatment.
- b) Artículos indexados en Medline, PubMed y Scielo.
- c) Artículos de revisión sistemática, estudios de cohorte con homogeneidad, ensayos clínicos aleatorizados, estudios descriptivos no experimentales bien diseñados: comparativos, de correlación, observacionales, longitudinales, transversales, casos y controles.
- d) Artículos en el idioma español o inglés.
- e) Artículos relacionados con diferentes instrumentos de tamizaje, cuadro clínico y actividades de promoción y prevención de la depresión en la población adulta mayor en un primer nivel de atención.

2.6 Criterios de exclusión

- a) Artículos que se encuentren en idioma diferente al español o inglés.
- b) Estudios que se efectuaron antes del año 2003.

2.7 Artículos encontrados según nivel de evidencia

Tabla 1. Clasificación del artículo indagado según nivel de evidencia

Clasificación del artículo	Nivel de evidencia	Artículos indagados
Metaanálisis de ensayos clínicos controlados aleatorizados.	la	9
Ensayo clínico controlado aleatorizado.	lb	4
Revisión sistemática de estudios de cohorte con homogeneidad.	IIa	1
Estudio de cohorte o ensayo clínico aleatorizado de baja calidad.	IIb	7
Estudios descriptivos no experimentales bien diseñados: comparativos, de correlación, observacionales, longitudinales, transversales, casos y controles, revisiones.	III	14
Documentos u opiniones de expertos y/o experiencias clínicas de autoridades de prestigio.	IV	0
TOTAL		35

Fuente: Adaptado de Centre for Evidence-Based Medicine (CEBM) de Oxford

2.8 Procedimientos de búsqueda bibliográfica

2.8.1 Fase 1: Recopilación

1. Se efectuó una búsqueda direccionada y focalizada en Pubmed y Md consult; en Pubmed se utilizó el Mesh para una búsqueda avanzada.
2. Se realizó una búsqueda utilizando la técnica de Snow ball, revisando artículos citados en los artículos encontrados.
3. En esta etapa de la búsqueda, de más de 200 referencias bibliográficas se incluyeron 35 que cumplían con los criterios de inclusión y exclusión.
4. Se efectuó una lectura inicial de cada artículo y para ello se utilizó una matriz que sintetizaba la información.

2.8.2 Fase 2: Análisis del material bibliográfico

1. Se incluyeron los artículos indagados en una matriz de análisis y se clasificaron cada uno de ellos según el tipo de estudio y nivel de evidencia.
2. Se llevó a cabo la descripción y discusión de los resultados según las categorías de análisis.
3. Finalmente se formularon las conclusiones y recomendaciones a partir de los resultados.

CAPÍTULO III. RESULTADOS Y DISCUSIÓN DE LA REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

3. Análisis de resultados y discusión de la revisión bibliográfica

3.1 Cuadro clínico de la depresión

La depresión en edades tardías puede presentarse con síntomas que difieren de la depresión en la población joven. Pacientes adultos mayores deprimidos reportan principalmente pérdida del apetito, del interés en el sexo y presentan más frecuentemente ataques de llanto, tristeza, sensación de miedo o de molestia, sentimiento de que la vida les falló en comparación con adultos jóvenes (Ellison, 2012).

No es frecuente encontrar ansiedad asociada al cuadro, aunque puede estar presente y es más frecuente encontrar la irritabilidad que el humor deprimido o tristeza. También hay casos en que podemos observar depresión psicótica y esta es más vista que en los adultos jóvenes.

El adulto mayor se puede encontrar con pocos síntomas o tener síntomas de un síndrome diferente a los descritos en el Manual Diagnóstico de Enfermedades Mentales (DSM por sus siglas en inglés) que cuando diagnosticamos depresión en adultos jóvenes (Ellison, 2012).

Sin embargo, los criterios diagnósticos utilizados en el DSM-V son los mismos que usamos tanto en pacientes jóvenes como en mayores. Los ancianos pueden reportar ansiedad, distimia o depresión subclínica.

El diagnóstico puede ser más difícil en adultos mayores debido a que ellos pueden presentar síntomas somáticos relacionados con enfermedades médicas y son más propensos a reportar ciertos síntomas, como la culpa. Síntomas depresivos como fatiga e hiperinsomnia pueden ser consecuencia de enfermedades médicas. El diagnóstico puede ser más oscurecido en pacientes con demencia, limitando a los pacientes a proveer una historia clínica clara. La depresión es más común en pacientes que viven en centros de cuidado y la mayoría es manifestada por pérdida de peso (Spoelhof, 2011).

No obstante, la literatura menciona que cuando la culpa está presente podría sugerir la existencia de un antecedente de depresión en edades tempranas. La pérdida de la atención y concentración, pérdida de las funciones cognitivas tales como la memoria a corto plazo y las funciones ejecutivas que se pueden alterar. Se hace hincapié en que el retraso en el proceso de la información es característica de la depresión en el adulto mayor

En este grupo de edad los síntomas vegetativos como el insomnio, pérdida de apetito y síntomas somáticos como el estreñimiento y el dolor se expresan con mayor facilidad. Junto con la edad, la frecuencia de las enfermedades médicas aumenta y los síntomas pueden ser evaluados como parte de las enfermedades médicas... Se propone que las quejas hipocondríacas, retraso psicomotor / agitación y los síntomas psicóticos en ancianos son más abundantes en comparación de los jóvenes (Gülfizar, 2012)

En un estudio realizado por M. Glasser, (2009), aplicó una encuesta a médicos de familia e internistas generales en Illinois, respecto a cuales eran los síntomas más frecuentemente determinados en la consulta, llegando a los siguientes resultados:

Síntomas	Médicos (%)
Humor deprimido	100
Pérdida de interés o del placer	97
Disminución de la energía	92
Ansiedad/irritabilidad	92
Trastornos del sueño	90
Múltiples preocupaciones	90
Numerosos síntomas inexplicables	87
Pérdida o ganancia de peso	78
Disfunción en relaciones/laborales	68
Alteraciones sexuales	50
Dolor	45

Como se observa en los resultados, el humor deprimido y la anhedonia son los dos principales síntomas encontrados al igual que en la población joven. Sin embargo, cabe destacar que estos resultados corresponden a lo determinado por los médicos, por lo que podría estar influenciado por diferentes factores, con frecuencia es posible que estos sean los síntomas abordados directamente por el personal de salud, lo que provocaría que el número representado sea importante debido a este factor, pero hay que tomar en cuenta que por ello muchas veces la depresión en la población geriátrica es subdiagnosticada ya que por la diversidad de síntomas o lo inusual del cuadro puede pasar desapercibida.

De esta información si llama la atención como se reporta por los médicos numerosos síntomas inexplicables en un 87%, dato que está en relación con lo atípico del cuadro en los adultos mayores.

Los trastornos del sueño representan una sintomatología frecuente en este grupo de población, por lo cual resulta imprescindible de abordar.

3.2 Medidas de prevención

Como parte de las estrategias que debe desarrollar un médico de familia, es la de identificar los factores de riesgo a los que están expuestos ciertos grupos de población, para de esta manera instaurar medidas de prevención de la salud.

En un metanálisis, Cole y Dendukuri nombraron una serie de factores de riesgo para la ocurrencia de depresión; factores sociodemográficos como el género y estado civil que se asociaron con depresión, mostrando altas tasas en mujeres y bajas tasas para los casados. Según Braam en el 2005, la depresión en el adulto mayor se asocia también con desórdenes físicos e incremento en la disfuncionalidad (Weyerer, 2008).

Para estudiar la depresión también es importante tomar en cuenta ciertos factores de riesgo como duelo, aislamiento social, enfermedades somáticas y disfuncionalidad que es más común con el incremento de la edad.

Desde el punto de vista de la salud pública, resulta interesante considerar la posibilidad de prevención de la depresión. Por razones prácticas, las personas en riesgo pueden ser fácilmente identificadas en atención primaria. Desde la perspectiva de salud pública, la prevención puede ser costo-efectiva y llevar a una reducción sustancial de la carga de la enfermedad (Schoevers, 2006).

Se menciona que los instrumentos de tamizaje pueden ser utilizados como parte de las estrategias para identificar los factores de riesgo.

3.2.1 Factores de riesgo

Según Siegfried Weyerer, (2008), divide y describe los factores de riesgo de la siguiente manera:

3.2.1.1 Factores sociodemográficos

De acuerdo a lo descrito en este artículo, independientemente de la edad, las mujeres sufren más de depresión que los hombres. En relación con la edad es mayor en pacientes de 85 años o más. Con respecto al estado civil, un gran número de sujetos deprimidos se encontraron en personas divorciadas (18.7%), similarmente al grupo de solteros (11.3%), en el grupo de viudos (10.6%) y en el grupo de casados (7.2%). La prevalencia de la depresión fue mayor en el grupo de las personas que vivían solas (11.2%) comparado con los que no viven solas (8%). Ajustado para todas las variables, la edad, el género, el estado civil y el vivir solo no fue significativamente asociado con depresión.

También se encontró una baja prevalencia (6.7%) en aquellos con buen nivel educativo comparado con el grupo de mediana educación (9%) y un bajo nivel educativo (10.4%).

3.2.1.2 Disfuncionalidad y comorbilidades

Se encontró una prevalencia del 17.4% en aquellos sujetos con alteraciones en su movilidad con respecto a los que no lo presentaban que correspondió a un 5.4%. La asociación fue altamente significativa. Además la prevalencia de un trastorno depresivo fue mayor en los individuos con déficits visuales y auditivos comparados con los que no los presentaban.

Se encontraron mayores tasas de depresión en los pacientes con enfermedad de Parkinson, isquemia cerebral transitoria, enfermedad coronaria, arritmia cardiaca y diabetes mellitus. En los pacientes con múltiples comorbilidades (5 o más enfermedades somáticas) tienen el doble de prevalencia de los sujetos que no poseen asociada ninguna enfermedad.

3.2.1.3 Estilos de vida

La tasa de prevalencia es mayor en fumadores que en no fumadores (13.9% vrs 9.3%), contrario a lo que se evidenció en los pacientes que consumen alcohol ya que se presentó mayormente en personas con abstinencia al alcohol

3.2.1.4 Deterioro cognitivo leve

La tasa de depresión fue mayor en el grupo de pacientes con deterioro cognitivo. Sin embargo, se entra en la discusión ya que pacientes con depresión pueden cursar con síntomas cognitivos, por lo cual es difícil de realizar el diagnóstico entre un paciente deprimido que presente esos síntomas cognitivos o pacientes que desarrollen deterioro cognitivo con posterior asociación a un episodio depresivo.

Varios estudios muestran una correlación entre depresión y el riesgo de desarrollar demencia tipo Alzheimer. Modrego y Fernández, 2004 reportan que los sujetos con deterioro cognitivo leve y depresión comparado con los no

deprimidos tienen el doble de riesgo de desarrollar una demencia tipo Alzheimer en el transcurso de 3 años.

Osborn et al en 2003, describe que los sujetos con solo una enfermedad severa no presentaban mayor riesgo de depresión que aquellos sin enfermedad asociada, pero los sujetos con dos o más enfermedades presentaban un 60% de riesgo mayor de desarrollar una depresión.

Si la disfuncionalidad cursa con mayores tasas de depresión, la modificación de esos factores pueden reducir las tasas de depresión en el adulto mayor y puede ser modificado por una serie de medidas, entre ellas mantener la salud física, cambios en los hábitos de salud personal, ejercicio, corrección o compensación de los déficits por medios médicos o quirúrgicos, ayudas al caminar e intervenciones en el medio ambiente. Las estrategias de intervención se basan en el mantenimiento de la salud y prevenir la disfuncionalidad para reducir la prevalencia y el impacto de la depresión.

Robert A. Schoevers, 2006 en su estudio reporta una mayor incidencia de los siguientes factores de riesgo: enfermedades médicas, disfuncionalidad, historia personal de depresión, pérdida reciente de la pareja, trastornos del sueño, trastorno de ansiedad generalizada y depresión subclínica.

Se encontró que el riesgo relativo de desarrollar un trastorno depresivo tuvo una incidencia RR= 0.79, indicando un 21% de disminución de la incidencia en los grupos de prevención comparado con los de grupo control. El NNT fue de 20. No se revelaron diferencias entre los tipos de prevención ni en el tipo de intervención (Van Zoonen, 2014)

Este metanálisis mostró evidencia del impacto de las intervenciones preventivas en la incidencia de nuevos casos de depresión que cualquier otro metanálisis. No se demostró que la terapia interpersonal sea más efectiva que la terapia cognitivo conductual a diferencia de otros estudios que sí la favorecen, al igual que al tipo de prevención indicada.

3.2.2 Tipos de prevención

3.2.2.1 Modelo de prevención indicada

Está dirigida a personas que tienen síntomas tempranos o subclínicos, en el que la intervención puede reducir o evitar el desarrollo de un trastorno depresivo.

En sujetos con depresión subclínica quienes no tenían disfuncionalidad fueron escogidos como nodos secundarios los que presentaban una enfermedad física que tenían un riesgo absoluto de 30.9% y un NNT de 6, viviendo solo un riesgo absoluto de 32.9% y NNT de 5.6. En sujetos quienes no tenían síntomas, la muerte del esposo fue el mayor predictor con un riesgo absoluto de 31.6% de desarrollar depresión y un NNT de 6.1 (Schoevers, 2006).

Este último autor concluye que el tipo de prevención preferida como estrategia corresponde a la prevención indicada, sin embargo, como esta conlleva a tener que utilizar instrumentos de tamizaje para la identificación de pacientes con depresión subclínica, la prevención selectiva puede ser empleada como una buena alternativa.

3.2.2.2 Modelo de prevención selectiva

Está dirigida a las personas que tienen un riesgo ya que están expuestos a un factor de riesgo, en el caso de la depresión esos factores de riesgo podría ser la pérdida de la pareja o la presencia de enfermedad física. La muerte de la pareja fue el factor más relacionado (Schoevers, 2006).

Los pacientes con evento cerebrovascular han sido los más estudiados, en que la mayoría de los estudios reportan una ventaja del tratamiento activo (fármacos) sobre el placebo. En un estudio Robnsson et al en 2008 nuevos casos de depresión mayor o menor ocurrieron en el 22.4% de los pacientes

tratados con placebo versus un 8.5% en los tratados con IRSS escitalopram y 11.5% de los que recibieron terapia centrada en soluciones (Baldwin, 2010).

En pacientes con degeneración macular que recibieron terapia centrada en soluciones comparada con manejo usual, tuvieron una reducción de depresión mayor o menor del 50%. En pacientes con fractura de cadera que recibieron sesiones de terapia cognitivo conductual no se redujo la incidencia de depresión (Baldwin, 2010).

Este último autor también menciona un estudio en que se realizó una intervención a pacientes con demencia y sus cuidadores y se comparó con un grupo control, encontrando que los puntajes del Inventario de Beck disminuyeron en el grupo de intervención comparado con el control.

En un reciente metanálisis de intervenciones psicoterapéuticas mencionado en el artículo de Robert A. Schoevers, que fue dirigida a personas con depresión subclínica, demostraron reducir la incidencia de depresión en un 30%, si esto se aplicara al estudio el NNT sería de 19.3

En mujeres que viven solas con disfuncionalidad, se menciona como una alternativa preventiva la terapia cognitiva conductual que puede ser tomada en consideración. Ejemplos de programas preventivos dirigidos a personas quienes han perdido su pareja son grupos de autoayuda que brinda intercambio de emociones y soporte, cursos específicos sobre las competencias necesarias para hacer frente a la vida de soltero y programas de "viuda a viuda" en el que las mujeres que habían perdido a sus maridos antes visitan a las mujeres que recientemente han enviudado para el apoyo emocional y práctico. La evidencia de la eficacia de reducir los síntomas de depresión es limitada (Robert A. Schoevers, 2006).

El PEARLS (Program to Encourage Active and Rewarding Lives for Seniors) es un programa para adultos mayores que presentaban depresión menor o distimia. El programa comprende terapia centrada en soluciones, participación social y alentar e incrementar las actividades placenteras, demostró más de un

50% de reducción en los síntomas depresivos, remisión y menos tasas de hospitalización con respecto al grupo control (Robert C. Baldwin, 2010).

Este último autor menciona un estudio de Vant Veer-Tazelaar del 2009, en que unos participantes randomizados con programas preventivos y otros con cuidados usuales, en el grupo de intervención el 11.6% desarrollaron depresión comparada con 23.8% de los del grupo control.

3.2.2.3 Modelo de prevención universal

La depresión en el adulto mayor es multifactorial, por lo cual la prevención universal es poco factible. Algunos candidatos a esta intervención pueden ser aquellos que presenten factores de riesgo modificables como el ácido fólico y homocisteína, enfermedad vascular, dieta, ejercicio e insomnio. Hay una completa relación entre depresión y el metabolismo de la homocisteína y folato (Baldwin, 2010).

Este último autor concluye que las intervenciones psicológicas son favorables y la escogencia es un balance entre la eficacia y los costos. La terapia interpersonal tiene evidencia fuerte sobre la depresión, pero tiene el inconveniente de que necesita la formación del profesional, sin duda también para la terapia cognitivo conductual. La terapia centrada en soluciones tiene la ventaja de que es una técnica fácil de enseñar, aunque puede ser más difícil de estandarizar que la terapia cognitivo conductual.

En conclusión, es evidente que hay diferentes tipos de prevención que pueden ser utilizados por el médico de familia, identificando primeramente los factores de riesgo descritos anteriormente para poder definir la mejor estrategia por utilizar para ser aplicada en el grupo de población que amerite ser intervenida y de esta manera, poder realizar una prevención de la depresión en el adulto mayor, que corresponde a uno de los ejes principales en la labor diaria del médico y justificada desde la salud pública.

3.3 Instrumentos de tamizaje

Los instrumentos de tamizaje son cuestionarios estandarizados que han sido ampliamente estudiados en las poblaciones y validados científicamente, para detectar ciertos problemas en un grupo específico de individuos. Los médicos de atención primaria tienen el privilegio de contar con estos instrumentos a diario y de esta manera poder determinar tempranamente la presencia de enfermedad e iniciar las medidas lo antes posible.

Existen múltiples instrumentos de tamizaje para depresión en el adulto mayor, con sensibilidades y especificidades variables entre ellos mismos, por lo cual es importante conocer cada uno de ellos para definir cuál es el instrumento idóneo para ser aplicado en la consulta médica.

En el estudio de Elizabeth A. O'Connor del 2009 tres de las interrogantes planteadas dentro de esta revisión sistemática en relación con los instrumentos de tamizaje fueron:

1. ¿Existe evidencia directa de que la detección de la depresión entre pacientes adultos y ancianos en atención primaria reduce la morbilidad y / o mortalidad?

1a. ¿Cuál es el efecto de retroalimentación clínico de los resultados de pruebas de cribado (con o sin el cuidado adicional de apoyo de gestión) sobre la respuesta de la depresión y la remisión en pacientes depresivos detectados recibieron la atención habitual?

2. ¿Cuáles son los efectos adversos del tamizaje para los trastornos depresivos en adultos y pacientes de edad avanzada en la atención primaria?

Para poder responder a la primer pregunta, se compararon dos grupos de pacientes, uno de ellos fue tamizado y el otro grupo no, evidenciándose que el porcentaje de pacientes en que se diagnostica un cuadro depresivo en ambos grupos era similar al igual que la severidad de los síntomas, pero sí difiere en que los pacientes quienes formaron parte del cribado tuvieron mejor tasa de remisión, siendo esta de un 48% vrs 27%.

Con respecto a la interrogante del efecto de retroalimentación del cribado en la respuesta a la depresión y remisión, se menciona que en general los programas relacionados con el personal de apoyo en atención de la depresión pueden reducir los síntomas más allá que la atención habitual y en los adultos mayores apoya la remisión y la reducción de los síntomas. No se encontraron efectos adversos del tamizaje en atención primaria, pero sí se recalca que es efectiva siempre y cuando la evaluación y seguimiento en coordinación con el tratamiento médico formen parte de la atención, por lo cual se recomienda todo un equipo de atención primaria que cumpla con estos requisitos. De esta manera se considera esencial la aplicación de instrumentos de tamizaje de depresión mayor en la práctica habitual, mas si es de suma importancia contar con un grupo de apoyo para el manejo de estos pacientes.

Como se mencionó inicialmente, existen múltiples escalas, pero las mayormente reportadas en la literatura y por consiguiente a analizar en esta revisión, son las siguientes:

3.3.1 Escala de depresión Geriátrica (GDS) de 30 – 15 ítems: Está constituida por 30 ítems sobre afecto, inactividad, irritabilidad, aislamiento, pensamientos angustiosos y juicios negativos, no incluye ítems sobre síntomas somáticos (Cabañero, 2007)

Consiste en una escala en que solo existen dos respuestas posibles (si o no), para puntuar posteriormente y definir el riesgo de depresión en la persona a la cual se aplicó. Se han creado versiones más cortas y se han formulado múltiples adaptaciones al idioma castellano.

Ambas versiones de 30 y 15 ítems y el formato si/no para la propia administración o cuidadores, lo hace fácil de usar. Minimiza las preguntas sobre síntomas somáticos y vegetativos que pueden enmascararse con síntomas de enfermedades médicas recurrentes. Nueve estudios evaluaron el uso de este en la atención primaria mayoritariamente la versión de 15 ítems. La sensibilidad y especificidad va en rangos desde 79% - 100% y 67% - 80% respectivamente (Watson, 2003). Esta misma autora menciona que Lynes y colegas compararon el CES-D y la GDS-15 para identificar

depresión menor, encontrando para la primera una sensibilidad del 40% y especificidad del 82%, mientras que para la segunda fue de 70% y 80% respectivamente.

3.3.2 PHQ-9 (Patient Health Question): Existe una versión de 15 ítems, de 9 ítems y de 2 ítems, pero esta es la más frecuentemente utilizada. Las respuestas dadas pueden ser ningún día (0), varios días (1), más de la mitad de los días (2) y casi todos los días (3). Los ítems evalúan anhedonia, estado de ánimo depresivo presencia de síntomas depresivos (fatiga, trastorno de alimentación, del sueño y de concentración, letargia o agitación psicomotriz) e ideación suicida o autolesivos.

3.3.3 CES-D (Center for Epidemiology Studies Depression Scale): Está compuesta por 20 frases sobre estado de ánimo depresivo. Las dimensiones originales fueron: afecto deprimido, somático y actividad retardada, afecto positivo e interpersonal. La escala de respuesta es del 0 (nunca) al 3 (siempre).

En 5 estudios la sensibilidad resultante fue de 75% - 93% con especificidades de 73% a 87%. Un estudio evaluó el desempeño del CES-D en sujetos con demencia con un minimal de 19 y mostró características similares a los pacientes sin demencia (Watson, 2003).

3.3.4 Inventario de depresión de Beck: se utilizó para pacientes con enfermedad psiquiátrica para determinar la severidad de la depresión. Contiene 21 categorías de ítems de síntomas y actitudes relacionadas con la depresión. Cada síntoma es valorado según el grado de severidad del síntoma en una escala ordinal de 4 puntos que oscila entre 0 (para la alternativa positiva) y 3 (para la alternativa negativa).

3.3.5 WHO (World Health Organisation): Poco utilizada.

3.3.6 Escala de Hamilton: Hay versiones de 17, 21 y 24 ítems. Se obtiene a través de la entrevista con el paciente, sin embargo, pueden brindarse datos del familiar, cuidador o personal de salud. Evalúa la sintomatología de la semana previa a la evaluación y proporciona una evaluación global de la gravedad del cuadro. Presenta síntomas somáticos y de ansiedad por lo cual es criticada. Existen diferentes puntos de corte, pero el más utilizado en los estudios es de 18.

3.3.7 Montgomery- Asberg Depression Rating Scale: diseñada para evaluar la severidad de los síntomas depresivos en los adultos. Consta de 10 ítems que se puntúan de 0 a 6. Una puntuación por debajo de 10 descarta depresión.

3.3.8 Escala De Cornell para demencia: El objetivo de la revisión va dirigido a pacientes con síntomas depresivos sin un cuadro demencial asociado, por lo cual no se detalla frecuentemente.

La depresión puede tener limitaciones al tamizar dada por la población. Es categorizada en preguntas de humor, signos físicos, patrones diurnos, comportamiento y trastornos de ideas. Cada ítem contiene un puntaje de 3 puntos para un total score de 38, indicando depresión con mayor puntaje a ese. Se mostró una sensibilidad 90% y especificidad 75% en la práctica clínica de medicina familiar (Watson, 2003).

3.3.9 Escalas ultracortas: PHQ-2, GDS-5, WHO-5

En la revisión de Lea. C Watson 2003, se resumen las sensibilidades y especificidades de la siguiente manera:

INSTRUMENTOS DE TAMIZAJE SELECCIONADOS Y SUS CARACTERÍSTICAS

Instrumento	Formato	Ítems	Tiempo para administrar	Sensibilidad (%)	Especificidad (%)
GDS-15	Preguntas sobre síntomas si/no	15	2-3 minutos	82-100	72-82
CES-D	Frecuencia de síntomas seleccionados en la última semana.	20	2-3 minutos	74-93	70-87
SelfCareD	Múltiples respuestas escogidas sobre síntomas en el último mes.	12	2-3 minutos	77-95	53-98

Fuente: Screening accuracy for late-life depression in primary care: A systematic review. The Journal of Family Medicine. (Watson, 2003)

Con base en esa revisión sistemática, se evidenció que la GDS (escala de depresión geriátrica), CES-D y Self CareD tienen sensibilidades y especificidades comparables. La CES-D y la escala de Cornell muestran exactitud favorablemente similar en pacientes con demencia con un minimal de 19.

El tamizaje de una pregunta mostró pobres resultados. Finalmente dos estudios demostraron que un tamizaje específico en afroamericanos no fue mejor que la GDS. La GDS de 15 ítems representa un adecuado instrumento para ser usado en la comunidad o la clínica. Con un récord de éxito en la población adulta general, la CES-D también muestra beneficios por su fácil administración y la

evidencia sugiere que esta puede ser extendida a los adultos mayores en la atención primaria. La SelfCareD es comparativamente exitosa en la práctica general, pero con baja especificidad en hogares de cuidados. Esta revisión recomienda la GDS en atención primaria (Watson, 2003).

Según Kadri Suija, 2012, en su estudio se buscó comparar las propiedades psicométricas del Inventario de Beck y de las preguntas de Whooley, encontrando una prevalencia de depresión mayor según el DSM-IV del 5,3% (episodio único o recurrente) obtenido por la Mini Entrevista Neuropsiquiátrica (MINI). El Inventario de Beck era más capaz de identificar un episodio de depresión mayor con un punto de corte de 11. La sensibilidad y especificidad de este punto de corte fueron 88,0% y 81,7% respectivamente. El área bajo la curva de características operativas del receptor (ROC) fue de 0,89. Las dos preguntas de selección de Whooley tenían una sensibilidad del 62,5% y cualquiera de las preguntas de cribado más la pregunta de ayuda tuvo una sensibilidad del 66,7% y una especificidad del 88,9% 85,9% respectivamente. El Inventario de Depresión de Beck es un instrumento válido para el diagnóstico de la depresión en los adultos mayores. Como medida de cribado, el punto de corte óptimo debe ser 11 o superior. Los resultados indican que la sensibilidad de las preguntas Whooley no es lo suficientemente alta para ser utilizada como una escala de cribado entre los ancianos.

Este mismo estudio menciona que otros estudios como el de Arroll, (2005) encontraron una sensibilidad de 96% de las dos preguntas más la pregunta de ayuda y en otro estudio de Switzerland la sensibilidad fue de 91.3% y con la adición de la pregunta de ayuda la sensibilidad disminuye a 59.4%. Con estos resultados es evidente que las propiedades psicométricas varían de un estudio a otro, dependiendo de la población a la que se esté aplicando.

Dado que la mayoría de revisiones recomiendan la Escala de Depresión Geriátrica para ser aplicada en atención primaria, se hizo revisión de un estudio que comparó la escala de 30 ítems con la de 15 ítems.

La precisión diagnóstica de la GDS 30 después de la ponderación de los metanálisis tuvo una sensibilidad de 77.4% y especificidad de 65.4%. Para la GDS 15 la sensibilidad fue del 81.3% y especificidad del 78.4%. La fracción

correctamente identificada (eficiencia) fue mayor para la GDS 15 que para la GDS 30. La GDS fue “mejor” para tamizaje y la GDS 30 “adecuada” para el cribado. Respecto al valor agregado, la habilidad para diagnosticar depresión, con una prevalencia del 15% para la GDS 30 no agregó beneficio, mientras que para la GDS 15 identificó adicionalmente 4 casos por cada 100 atendidos en atención primaria. Esto estima la potencial ganancia de la GDS 15 en atención primaria. El rendimiento de la GDS en atención primaria da un potencial valor agregado. Se recomienda la GDS 15 en el diagnóstico de la depresión en la edad tardía, pero no la GDS 30 (Mitchell, 2010).

Según Martin Smallbrugge, 2008, llegó a la conclusión de que las tres versiones de la GDS (30-15-8 ítems) se pueden utilizar para el cribado de la depresión. La escala de Montgomery-Asberg es superior a los GDS para la evaluación de cambios en gravedad de la depresión, pero las versiones de la GDS también parecen ser un instrumento aceptable para este propósito y es aplicada en menos tiempo, argumentos que la favorecen para su aplicabilidad.

La escala de Hamilton y la de Montgomery son medidas estándar de la severidad de los síntomas depresivos y son usados en muchos estudios randomizados de depresión geriátrica. La escala de Hamilton incluye múltiples ítems que evalúan síntomas somáticos de depresión mientras que la escala de Montgomery enfatiza en síntomas psicológicos. La cantidad de síntomas somáticos y de trastornos del sueño que evalúa la escala de Hamilton puede elevar los puntajes de personas no deprimidas con enfermedades médicas.

Los hallazgos sugieren que la calificación de un instrumento puede no agregar mucha información sobre la calificación del otro instrumento en la gravedad general de la depresión. Por lo tanto, la aplicación de ambos instrumentos no es necesaria en la población geriátrica con depresión (Moonseong Heo, 2007).

Este último autor, menciona que el punto de remisión para la escala de Hamilton es menor de 10 que es equivalente al punto de corte de menos de 14 de la escala de Montgomery.

Daniel S. Reuland en el 2009 en su estudio sobre la exactitud diagnóstica de los instrumentos de depresión en idioma español, evidencia la exactitud de la

CES-D y el PRIME-MD-9 en atención primaria, la escala de depresión geriátrica en adultos mayores. Las versiones ultracortas de 2 preguntas del PRIME- MD puede fallar en la especificidad en pacientes de USA de habla española.

En este estudio se analizan los resultados de literaturas estadounidenses, encontrando que las escalas CES-D tanto de 10 y 20 ítems fueron mejores, con sensibilidades de 73% y 76% y especificidades de 72% y 70% respectivamente. La escala de depresión geriátrica tuvo una razonable sensibilidad (76%), pero poca especificidad (64%). La pregunta Yale 1 y PRIME-MD-2 presentaron una buena sensibilidad para depresión (86% y 92% respectivamente), aunque pobre especificidad (42% y 44%). En estudios no estadounidenses Martínez de la Iglesia et al, administraron la escala de depresión geriátrica de 15 ítems a 279 adultos mayores encontrando una sensibilidad de 82% y especificidad del 98%.

Para estudios estadounidenses y no estadounidenses, se encontró que las escalas de depresión geriátrica de 15 y 30 ítems se pueden utilizar como instrumentos de tamizaje en esta población.

Estudios sugieren que el PHQ tiene mejor sensibilidad y especificidad que el PRIME-MD, mientras que estas características no son claras en latinos, particularmente para la escala de 2 ítems.

Han surgido una serie de escalas ultracortas o cortas, dirigidas a minimizar el tiempo de aplicación en la práctica general. Existen diferentes revisiones que validan su uso.

Para llevar a aceptabilidad, la mayoría de escalas cuentan con 15 ítems y el tiempo para completarlos es menor a 5 minutos. Ejemplos de escalas cortas incluyen el WHO (World Health Organisation), WHO-5 (Well-Being Index Questionary) y los 9 ítems del PHQ (Patient Health Questionnaire). El valor predictivo de esos instrumentos parece ser modesto y el status de los instrumentos es incierto. Las guías NICE para el manejo de depresión en un primer o segundo nivel de atención, recomiendan PHQ-2; pero las guías no mencionaron la evidencia de ese cuestionario.

Se ha definido por longitud a los instrumentos de tamizaje en:

-Ultra corto fue definido como aquellos con 1-4 ítems, llevando menos de 2 minutos en completar.

-Corto fue definido como aquellos con 5-14 ítems, llevando entre 2 a 5 minutos para completarla.

-Estándar fue definido como aquellos con más de 15 ítems y llevan más de 5 minutos en completarla.

Según Alex J. Mitchell 2007, en su estudio mencionan que Henkel y colegas sugieren que el PHQ-9, General Health Questionnaire-12 y WHO-5 fueron modestamente superiores que los test ultracortos. Llega a la conclusión, que los test ultracortos pueden ser usados en la práctica por médicos ocupados para descartar solamente un diagnóstico. El test de una pregunta descarta solamente 3 de cada 10 pacientes con depresión en atención primaria, por lo que es inaceptable utilizarlo solo. Los test ultracortos de 2-3 preguntas resultan mejores, identificando 8 de cada 10 personas con depresión. Esto es a expensas de altos niveles de falsos positivos (solamente 4 de cada 10 pacientes con un test positivo están deprimidos). Los test ultracortos parecen ser métodos adecuados cuando hay suficientes recursos para una segunda valoración en aquellos que resulten positivos en un comienzo.

Un cuestionario de pregunta única reveló una sensibilidad de 32% y especificidad de 97% (valor predictivo positivo de 92.3% y valor predictivo positivo de 55.6%). Para dos y tres ítems la sensibilidad fue de 73.7% y una especificidad de 74.7% y un valor predictivo positivo de 38.3% y un valor predictivo negativo de 93% (Mitchell, 2007).

Otro estudio compara la escala de depresión geriátrica de 30 y 15 ítems con la escala ultracorta de 4 ítems y del inventario de salud mental de 18 ítems (MHI-18) con la reducción de una única pregunta para identificar depresión (MHI-1), obteniendo los resultados detallados en la siguiente tabla:

COMPARACIÓN DE EXACTITUD DE LOS INSTRUMENTOS DE TAMIZAJE.

	GDS-30	GDS-15	GDS-4	MHI-1
Sensibilidad (%)	100	82.4	82.4	88.2
Especificidad (%)	62.9	60	67.1	71.4
Área bajo la curva de ROC (IC 95%)	0.85 (0.77 – 0.94)	0.82 (0.71 – 0.93)	0.80 (0.68 – 0.93)	0.88 (0.79 – 0.97)
Valor predictivo positivo (%)	39.5	33.3	37.8	42.9
Valor predictivo negativo (%)	100	93.3	94	96.1

Fuente: The effectiveness of very short scales for depression screening in elderly medical patients

Concluye este autor que las escalas ultras cortas pueden ser escogidas, concluyendo que el instrumento de tamizaje de una pregunta puede identificar aquellos que requieren más detalladamente valoración clínica para la presencia de enfermedad, tan bien como instrumentos de tamizajes largos.

Chunyu Li, 2007, en su estudio transversal observacional, valora la efectividad de la PHQ-2 basado en dos preguntas

1. ¿Cuál es el rendimiento del PHQ-2 contra los criterios de DSM IV de depresión en la población adulta mayor?
2. ¿Cuál es la sensibilidad del PHQ-2 (humor deprimido o anhedonia) comparado con humor deprimido solo, anhedonia solamente y humor deprimido y anhedonia juntos? Este rendimiento es por sexo, edad y grupo étnico.

Este cuestionario se basa en dos preguntas que corresponden a anhedonia y humor deprimido. Según la literatura el 96.7% de los pacientes presentan esas dos sintomatologías asociadas a la depresión, lo que explicaría la efectividad de este instrumento de tamizaje.

En este estudio se llega a los siguientes resultados:

- Características de los pacientes: La edad media fue de 74.9 (rangos de 65 a 98), 58% fueron mujeres, y el 19% fueron etnias minoritarias. Los individuos identificados por el PHQ-2 fueron primordialmente los blancos no hispanos (86.7% vs 77.5%), los que tenían mayor educación, los que poseían seguro privado y pocos eventos psicosociales, menos comorbilidades.
- 24% reportaron humor deprimido, 18% anhedonia y 16% ambos.
- La sensibilidad fue de 100% y especificidad de 77% y el valor predictivo positivo de 14.3%
- El índice de Youdens fue de 0.77, lo que sugiere que el PHQ-2 es un buen instrumento de tamizaje. El AUC para este instrumento fue mayor que para los otros instrumentos.
- La especificidad para hombres (84%) fue mayor que en las mujeres (71%), el valor predictivo positivo también es mayor en los hombres. La especificidad para hispanos no blancos (84%) es mayor que para el resto de grupos con un 79% para hispanos, pero el valor predictivo positivo es menor para los hispanos no blancos que para no hispanos negros e hispanos.

Por lo tanto, el PHQ-2 es efectivo para detectar depresión. En un estudio alemán, utilizando los criterios del DSM IV el PHQ-2 tuvo una sensibilidad del 87 y especificidad del 78% en pacientes mayores de 18 años.

Este estudio es el primero en identificar el rendimiento en adultos mayores por sexo, edad y grupo racial.

Las limitaciones las constituyen que con las respuestas de sí/no es posible determinar la severidad del cuadro, además hay estudios en que las preguntas van dirigidas a los últimos 12 meses, 1 mes o 2 semanas (varían), por lo cual

es difícil comparar, además, es imposible determinar con dos preguntas si el cuadro es dado por una condición médica o abuso de sustancias, por ejemplo. Por lo tanto, las escalas ultracortas pueden ser útiles para aplicar en un primer nivel de atención, sin embargo, la literatura es clara en detallar que estas pueden ser utilizadas siempre y cuando se cuente con un equipo adecuado para abordar los pacientes que se detecten pues hay falsos positivos que pueden ser identificados.

3.4 Tratamiento farmacológico

El tratamiento siempre va dirigido a buscar la remisión de la clínica de los pacientes y a evitar la recurrencia. La acción de los antidepresivos es potencialmente influenciada por la farmacocinética y la farmacodinamia que están asociados con la edad mayor. La mayoría de antidepresivos inhiben el citocromo P450, resultando en interacciones droga – droga.

Cambios farmacocinéticos relacionados con la edad y el potencial impacto cuando se usan antidepresivos en edades mayores.

Absorción	Disminución en la adsorción pasiva, saliva y producción de ácido gástrico, motilidad esofágica y gastrointestinal, flujo sanguíneo intestinal y gástrico y vellosidades intestinales: disminuyen las tasas de absorción de drogas.
Distribución	Incremento en la grasa corporal total y disminución en la masa magra y en el volumen de agua extracelular total: incremento en la vida media de eliminación de los antidepresivos. Incremento en α 1 glicoproteína: disminución en las concentraciones libres de antidepresivos tricíclicos. Disminución en la albúmina: incremento en las concentraciones libres de inhibidores de la recaptación de la serotonina.
Metabolismo	Disminución en el flujo hepático, masa hepática y alto rendimiento del sistema P450: disminución variable en el aclaramiento hepático.
Excreción	Disminución en el flujo sanguíneo renal, tasa de filtración glomerular y capacidad de secreción tubular: disminución en el aclaramiento renal de metabolitos activos.

Fuente: Use of Antidepressants in Late-Life Depression Tarek K. Rajji. Drug aging, 2008

Este mismo autor menciona los cambios farmacodinámicos relacionados con la edad, detallados en la siguiente tabla:

Cambios farmacodinámicos relacionados con la edad y el impacto potencial cuando se usan antidepresivos en edades tardías

Alteración de la neurotransmisión en los receptores sensitivos o colinérgicos y monoaminérgicos relacionados con la edad pueden resultar en:

Disminución en el reflejo barorreceptor, resultando en incremento en la susceptibilidad de disminuir la presión sanguínea en algunos antidepresivos.

Incremento en los efectos adversos extrapiramidales relacionados con serotonina.

Incremento en la incidencia del síndrome serotoninérgico relacionado al síndrome de secreción inapropiada de hormona antidiurética.

Incremento noradrenérgicos (boca seca, retención urinaria, taquicardia, hipertensión, tremor) y efectos antiadrenérgicos (bradicardia, exacerbación del fallo cardiaco congestivo, hipotensión).

Incrementos en las efectos anticolinérgicos de muchos antidepresivos (constipación, retención urinaria, delirium)

Fuente: Use of Antidepressants in Late-Life Depression Tarek K. Rajji. Drug aging, (2008)

Es importante tomar en cuenta todos los cambios farmacodinámicos y farmacocinéticos descritos anteriormente ya que la población geriátrica corresponde a un grupo especial en el que se deben considerar todos estos factores antes de decidir iniciar cualquier medicamento.

Steven P. Roose, 2005, menciona las siguientes variables que afectan la respuesta a los antidepresivos:

- Demográficas, fenomenológicas y enfermedades asociadas.
- Depresión en general.

-severidad,

-duración de la recurrencia de un episodio,

- subtipo (malancólico o atípico),
- edad: hay diferencia entre las edades de 60-75 años o más de 75 años, siendo de peor pronóstico a mayor edad con respecto al otro subgrupo,
- enfermedades médicas,
- soporte social,
- inicio tardío (primer episodio después de los 60 años),
- Hiperdensidades documentadas por RMN, un hallazgo que es asociado con inicio de depresión tardía,
- Disfunción ejecutiva, que también puede ser demostrada por hiperdensidades en la resonancia magnética,

Kok Rm, 2009 en su estudio no encontró relación entre edad, género, puntaje del minimal, número de enfermedades físicas, historia de depresión, previo uso de antidepresivos y enfermedades psiquiátricas del eje I. Lo que puede predecir un fallo al tratamiento podría corresponder a un alto puntaje de MADRS (Escala de Montgomery Asberg) al inicio, un largo índice de evolución de la depresión, inicio tardío de depresión, trastorno de la personalidad y un alto número de medicamentos para síntomas somáticos.

Como una de las variables identificadas es la presencia de enfermedades médicas, Javaid I. Sheikh 2004 menciona que aproximadamente 25% de los pacientes con comorbilidades médicas sufren de depresión y un 15% presentan un trastorno depresivo mayor. Los pacientes con enfermedad cardiovascular presentan tres veces más riesgo de desarrollar depresión y aquellos con artritis tienen un 40-60% mayor de riesgo. La hipertensión sistólica con depresión mostró un mayor número de isquemia cerebral, infarto de miocardio y muerte.

También Javaid I. Sheikh menciona en su revisión, donde un estudio demostró que un 32% de los pacientes en los primeros meses post infarto asoció un episodio depresivo y un incremento en la mortalidad en los primeros 18 meses. El mismo estudio demostró en el seguimiento a los 5 años un incremento en la mortalidad cardiovascular. Otro estudio reciente demostró que los pacientes con o sin enfermedad cardiaca de base mostraron un incremento en la mortalidad si presentaban una depresión subclínica, menor o mayor.

La posible relación entre la mortalidad cardíaca y la depresión incluyen hiperactividad del eje hipotalámico-pituitario-adrenocortical y simpatomedular, disminución en la variabilidad de la frecuencia cardíaca y alteraciones en los receptores de plaquetas y/o reactividad. Además los pacientes con diabetes o hipertensión tienen un riesgo incrementado por la pobre adherencia a los tratamientos y/o su deterioro funcional asociado. Ellos sufren complicaciones como retinopatía, disfunción sexual, nefropatía, neuropatía comparado con los no diabéticos, teniendo mayor predisposición a trastornos depresivos e incrementos en la morbi-mortalidad y costos de la salud.

Estas diferentes variables deben ser tomadas en cuenta durante la valoración del paciente ya que resulta imprescindible individualizar todos estos aspectos para definir el manejo a seguir y una vez establecido el mismo obtener tasas de recuperación elevadas. En un primer nivel de atención el contar con estudios como la RMN resulta difícil, sin embargo, esto no va a determinar en gran parte la decisión terapéutica del clínico, pero dentro de las otras variables involucradas si es posible actuar para mejorar la respuesta clínica de nuestros pacientes, o bien, detectar las no modificables como la edad, enfermedades médicas asociadas, entre otras, para actuar con medidas preventivas con el fin de cambiar el curso de la enfermedad, o en el caso de ya estar instaurada, prestar más atención a los grupos que asocien cualquiera de ellas

Hay variables propias que pueden afectar los resultados de los estudios, las cuales son resumidas en:

a. Metodología de estudio: La mayoría de estudios comparan placebo versus algún tratamiento antidepresivo, pero la mayoría no compara dos antidepresivos.

b. Dosis de antidepresivos: Pocos estudios llegan a la dosis óptima de los fármacos para poder determinar si es la adecuada para realizar una comparación. Algunos miden en sangre los niveles de ATC, pero muchos pacientes no reciben la dosis terapéutica. La relación entre los niveles en plasma y los IRSS u otros antidepresivos nuevos no ha sido bien establecida,

por lo cual muchas veces se opta por aumentar la dosis ante la falta de respuesta clínica.

c. Duración del estudio: se ha considerado para la depresión en el adulto mayor que la duración estándar de los estudios sea de 12 semanas, según las recomendaciones de los expertos.

d. Criterios de respuesta y remisión: se pueden utilizar las escalas, la de Hamilton es la más reciente, la de Montgomery-Asberg es el estándar en el campo e igualmente puede estar argumentada eficaz la CGII (Clinical Global Impression- Improvement) pues tiene estudios de medida en estudios de farmacoterapia, tiene una amplia correlación con otras escalas y es relativamente fácil de aplicar. Aparte de las escalas se pueden usar criterios clínicos de respuesta o remisión. En un estudio reciente se demostró que los pacientes con un puntaje en la escala de Hamilton menor de 6 tienen menos tasas de recaídas durante los 6 meses de continuación del tratamiento comparado con puntajes entre 7 y 10.

e. Tamaño de la población de estudio.

3.4.1 Fármacos antidepresivos más utilizados

Se ha estudiado que los pacientes con depresión menor tienen al menos 5 veces un riesgo mayor de desarrollar depresión mayor comparados con los no deprimidos. Esto sugiere la necesidad de tratamiento (Tarek K. Rajji, 2008).

A pesar de ello este último autor menciona que la depresión menor puede estar asociada con remisión espontánea y con mayor respuesta a la psicoterapia, soporte social y manejo clínico que la depresión mayor. Por lo tanto, se considera que el inicio de terapia farmacológica debe ser individualizado.

Una revisión confirma los hallazgos de la eficacia de los antidepresivos de un metanálisis de Cochrane del 2001. Este estudio demostró que la mayoría de antidepresivos fueron más efectivos en estudios placebo-control en adultos mayores, con pequeños NNT, similares a los reportados en los adultos jóvenes.

Con base en la evidencia, es razonable concluir que los antidepresivos (al menos los antidepresivos tricíclicos e inhibidores de la recaptación de la serotonina, y probablemente los de acción dual) son efectivos en el tratamiento de la depresión en la población geriátrica. Cuando la medicación es administrada en condiciones regulares de la atención en salud, que es en condiciones sin control de medicamento- placebo, las tasas de remisión van desde un 50%-90%. (Roose, 2005).

Sin embargo, aunque los medicamentos antidepresivos se consideran efectivos un 50% de los pacientes pueden no alcanzar la remisión con el primer tratamiento.

Se ha encontrado que la mayoría de los pacientes ancianos con depresión en atención primaria son propensos a pasar sin diagnosticar y sin tratar, con consecuencias para la salud mental y física negativos. Si se inicia tratamiento para la depresión, los antidepresivos son ofrecidos como de primera línea. La psicoterapia puede estar indicada en pacientes que no se benefician del tratamiento farmacológico o que son sensibles a los efectos adversos (JF van Schaik, 2007).

Existen tres fases durante el manejo de la depresión en el adulto mayor, que corresponde a una etapa aguda, de mantenimiento y de continuación.

Según Tarek K. Rajji, 2008, en su estudio de revisión sistemática, llega a las siguientes conclusiones:

a) Tratamiento agudo: Típicamente es por 4 a 12 semanas. Los expertos favorecen el uso de inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina como primera línea del tratamiento. Esto es a causa de sus efectos adversos favorables y limitadas interacciones droga – droga, haciendo de ellos su mayor uso y tolerabilidad a dosis apropiadas y menos discontinuación.

Existen diferentes estudios que favorecen a los antidepresivos tricíclicos sobre los inhibidores de la recaptación de la serotonina, pero tienen limitaciones metodológicas.

La eficacia de los antidepresivos ha sido bien demostrada en diferentes poblaciones. Tanto los antidepresivos tricíclicos como los inhibidores de la recaptación de la serotonina han mostrado eficacia. Residentes de hogares de cuidado frágiles mayores de 85 años mostraron una buena tolerancia y beneficio de la mirtazapina.

El tratamiento de la depresión menor y la distimia con paroxetina ha reportado una mayor y rápida mejoría en los síntomas depresivos comparada con placebo, pero la remisión no fue clínicamente diferente.

b) Continuación y mantenimiento: Se recomienda para prevenir la recaída o recurrencia. En la ausencia de tratamiento de continuación se observan tasa de recaída a los 4 – 6 meses alrededor del 50%. Similarmente en la ausencia de tratamiento de mantenimiento un 30-90% de los pacientes quienes mantenían remisión experimentan recurrencias entre los 8 meses y los 4 años. En un estudio de pacientes mayores de 59 años con depresión recurrente tratados con nortriptilina y terapia interpersonal alcanzaron remisiones después de 9 meses de tratamiento agudo y recibiendo tratamiento de continuación un 10% experimentaron una recaída a las 16 semanas.

Los pacientes con concentraciones en plasma baja de nortriptilina experimentaron más síntomas residuales que aquellos con altas concentraciones.

Usando el mismo estudio con pacientes con depresión mayor única o recurrente, paroxetina combinada con terapia interpersonal fue asociada con una tasa de remisión del 77% y una tasa de recaída 20% durante el tratamiento de continuación y tasas de recurrencia a los dos años de 32% en aquellos que fueron mantenidos con paroxetina y 58% en aquellos en que la paroxetina fue discontinuada.

La literatura sugiere la necesidad de 4 a 6 meses de continuación de la farmacoterapia para consolidar la remisión.

Para el mantenimiento se ha establecido para pacientes con depresión recurrente por 3 años y en pacientes mayores con episodio único de depresión por 2 años. (Tarek K. Rajji, 2008)

En otro estudio el número de pacientes que necesitó tratamiento antidepresivo para prevenir una recurrencia fue de 3.6. El número de pacientes que necesitó tratamiento con antidepresivos tricíclicos fue de 2.9 comparado con los inhibidores de la recaptación de la serotonina que fue de 4.2. De 5 estudios que proveen datos, 4.2% de los pacientes, usando un antidepresivo abandonó un tratamiento dado por efectos secundarios comparado con 5.2% de los que estaban usando placebo. La tolerabilidad no difiere entre los antidepresivos tricíclicos y los inhibidores de la recaptación de serotonina, por lo tanto, continuar un tratamiento con antidepresivos en pacientes adultos mayores es eficaz comparado con placebo en prevenir recaídas y recurrencias. Eficacia y tolerabilidad no difiere entre los antidepresivos tricíclicos y los inhibidores de la recaptación de serotonina (Rob M. kok, 2011).

c) Estrategia farmacológica para no remisión.

Tasa de fallo a respuesta total de IRSS pueden ser tan altas como un 77%. En este caso se recomienda otro antidepresivo o psicoterapia. En un estudio ese aumento con bupropium, litio o nortriptilina fue asociada con una remisión de 40% para pacientes mayores que habían tenido una respuesta inadecuada a la combinación de paroxetina y terapia interpersonal. La venlafaxina fue similarmente eficaz, pero poco tolerada.

Un estudio comparó la eficacia con litio o con fenelzina en quienes no respondieron a ATC o venlafaxina, las tasas de remisión fueron de 33% y 0% respectivamente. Finalmente en un estudio de aumento con aripiprazole o un antipsicótico atípico, 50% de los pacientes con tratamiento resistente experimentaron remisión.

Otra estrategia que puede ser considerada en caso de no remisión incluye aumento con un antiepiléptico, un estimulante, esteroides anabólicos para hombres con testosterona baja y estrógenos para mujeres posmenopáusicas. Hay limitada evidencia de esta estrategia.

Existe controversia entre las revisiones de cuál es el tratamiento antidepresivo de elección en los adultos mayores. La mayoría coinciden que los antidepresivos inhibidores de la recaptación de la serotonina son los de elección por su adecuada tolerabilidad, pocas tasas de abandono y sus buenas

tasas de respuesta. Otros apoyan que los antidepresivos tricíclicos deberían ser los de primera línea, pero al valorar esos beneficios que presentan los inhibidores de la recaptación de la serotonina, provocan que sean estos últimos más indicados por los médicos.

Kok RM, 2009 en su estudio doble ciego ramdomizado, comparó durante 3 años de seguimiento los pacientes con remisión que utilizaban la venlafaxina o nortriptilina con los pacientes que no presentaron remisión; a estos últimos se les abrió el protocolo de aumento con litio, cambio a un inhibidor de la monoaminooxidasa o terapia electroconvulsiva (TEC).

Los pacientes se dividieron en dos grupos: aquellos que a los 3 años presentaban remisión de los síntomas y aquellos sin remisión, siendo para el primer grupo 26 pacientes y para el otro 55 pacientes, pasando de ellos al segundo paso del protocolo un número de 32 pacientes ya que los otros 23 respondieron al continuar con el antidepresivo. El autor demostró la importancia de persistir con el tratamiento antidepresivo en adultos mayores que no responden al primer o segundo tratamiento.

De los 32 pacientes, 15 se cambiaron de usar venlafaxina a ATC (n=13 con nortriptilina y n=2 clomipramina), 22 pacientes recibieron aumento con litio, 8 pacientes recibieron fenelzina y 5 pacientes fueron tratados con TEC, a uno se le ofreció TEC, pero lo rechazó.

El primer hallazgo de este estudio es el excelente pronóstico de los pacientes adultos mayores deprimidos, aun si los síntomas psicóticos están presentes si una estrategia de tratamiento secuencial es utilizada. La tasa de respuesta a los 3 años fue de 96.3% y la tasa de remisión fue de 84%, siendo la respuesta a la estrategia de un tratamiento secuencial en el adulto mayor similar a los adultos jóvenes.

A los 24 meses, 71.6% de los pacientes estaban bien, 13.6% estaban deprimidos y 7.4% habían muerto.

Un estudio prospectivo a los 6 años usando 14 estudios observacionales, encontró que solamente un 23% de los pacientes presentaba remisión sostenida, 12% tenían remisión con recurrencia, 32% poseían más que una remisión seguida por una recurrencia de los síntomas y 32% estaban deprimidos en más del 80% de las observaciones. En un estudio prospectivo

con baja dosis de tratamiento, todos los adultos mayores sufrieron una recurrencia a los 8 años de la recuperación de su cuadro.

Comparando los resultados de ambos estudios con el de Kok RM et al, se sugiere que el tratamiento mejora los resultados en los adultos mayores deprimidos, especialmente tomando en cuenta que los pacientes del estudio presentaban sintomatología severa a diferencia de los estudios anteriores.

Es importante recalcar que los pacientes de este estudio además recibieron terapia psicológica educativa, TCC y un programa de ejercicios, terapia ocupacional e intervenciones de enfermería, lo que podría favorecer la respuesta. Otro factor que podría intervenir fue el largo período de seguimiento (3 años).

Al comparar con el estudio de Flint y Rifats, en su estudio 28.6% de los pacientes respondieron al aumento con litio comparado con 68.2% de este estudio, la mayor diferencia estuvo en que en ese estudio el 50% respondieron después de cambiar a fenelzina y en este estudio ninguno de los pacientes. Se puede definir que el litio es el primer tratamiento de elección en caso de no respuesta a nortriptilina u otros antidepresivos tricíclicos, también encontrando mayor respuesta/remisión que el cambio a inhibidores de la monoaminoxidasa. Este estudio sugiere que los pacientes pueden tener una respuesta, pero no una remisión completa luego de 12 semanas de tratamiento con nortriptilina, por lo que se puede continuar con este tratamiento.

Los inhibidores de la recaptación de la serotonina son la clase de antidepresivos más utilizados en los adultos mayores por su eficacia y tolerabilidad comparados con otros como los Antidepresivos tricíclicos.

Además, recientes estudios han demostrado la seguridad y eficacia de los IRSS en adultos mayores deprimidos, solo un pequeño número en pacientes con comorbilidades y dos comparados con placebo. En esos, durante 6-8 semanas se controló placebo vrs fluoxetina, encontrando la eficacia de esta última en pacientes con o sin comorbilidades.

Javaid I. Sheikh, 2004 en su estudio formó grupos, el primero con enfermedades médicas: morbilidad vascular (cardiovascular, cerebrovascular o enfermedad vascular periférica), diabetes mellitus o artritis.

El grupo de morbilidad vascular se subdividió en dos a la vez: uno solamente con hipertensión arterial sin enfermedad cardiovascular y el otro con angor, historia de infarto agudo de miocardio y evidencia de enfermedad arterial coronaria, insuficiencia cardiaca congestiva, isquemia cerebral o evidencia de enfermedad cerebrovascular o enfermedad arterial periférica.

El otro grupo era pacientes que no entraban en ninguna de las categorías previas, pero que en el último año estuvieron internados o con prescripción actual de medicamentos. El tercer grupo eran pacientes sin comorbilidades.

Los pacientes con comorbilidades presentaron un descenso en la calidad de vida, incluyendo funcionamiento físico, rol físico, dolor corporal, y salud general (SF 36).

Los pacientes tratados con sertralina tuvieron una mejoría clínica en todas las medidas primarias, incluyendo la escala de Hamilton, CGI-I y CGI-S cuando comparamos con el placebo. Las interacciones de medicamentos en pacientes con comorbilidades no fueron significativas. Pacientes con diabetes mellitus y artritis tuvieron similares tasas de mejoría que aquellos sin enfermedades asociadas.

Hubo diferencia significativa entre los 3 grupos de enfermedades vasculares en el cambio de la escala de Hamilton específicamente. Los pacientes del grupo con enfermedad cardiovascular asociada, tuvieron mayor mejoría de cambio en la escala de Hamilton comparado con los otros grupos.

Los pacientes con comorbilidades médicas tuvieron una respuesta más rápida comparada con el grupo placebo.

En el grupo de los pacientes sin comorbilidades no hubo una diferencia significativa entre el grupo de la sertralina y el placebo.

Tampoco se encontraron diferencias significativas entre los grupos de comorbilidades. La sertralina fue bien tolerada en los grupos con o sin comorbilidades médicas y la discontinuación fue similar a grupos de jóvenes.

La sertralina es segura, bien tolerada y eficaz en pacientes con comorbilidades médicas frecuentes.

Pacientes con enfermedad cardiovascular tuvieron mayores tasas de respuesta en comparación con el grupo con solo hipertensión o el grupo sin comorbilidades.

La sertralina fue bien tolerada, incluso se menciona a ventaja respecto a la fluoxetina en interacciones dado por la inhibición del citocromo P 450.

En el contexto de comorbilidades médicas, la depresión asociada mostró deterioro en la calidad de vida.

Doron Mazeh, 2007 en su estudio doble ciego randomizado tomó pacientes que habían recibido un inhibidor de la recaptación de la serotonina durante 8 semanas a una dosis equivalente de 20 mg / día de fluoxetina y un antidepresivo adicional (tricíclico o heterocíclico) durante otras 8 semanas a una dosis equivalente de 150 mg / día de amitriptilina. Los pacientes no habían estado expuestas a la paroxetina o venlafaxina antes de la inscripción en este estudio, obteniendo tasas de remisión con venlafaxina 60% y con paroxetina 33% después de 8 semanas y un 20% de los pacientes de cada grupo respondieron sin alcanzar remisión a las 8 semanas. Las tasas de fallo fueron un 26.7% para los pacientes con venlafaxina y un 53.3% pacientes tratados con paroxetina. Por lo tanto, este estudio encontró la venlafaxina superior a la paroxetina. Ambas fueron bien toleradas.

No obstante, en otro estudio de Yuki Mukai del 2009 cuya finalidad era comparar los antidepresivos de acción dual versus los de acción única, reporta que los antidepresivos tricíclicos y los inhibidores de la recaptación de la serotonina presentaron eficacia similar. Los datos sugirieron que no hubo ninguna eficacia adicional para la venlafaxina en comparación con los inhibidores de la recaptación de la serotonina o los antidepresivos tricíclicos. En un único ensayo, la duloxetina fue significativamente más efectiva que el placebo en la reducción de los puntajes de la escala de Hamilton y la escala de depresión geriátrica. Se concluye que tanto los antidepresivos de acción dual como los de acción única son efectivos en el tratamiento de la depresión del adulto mayor.

En la siguiente tabla, se resumen los estudios mencionados en este estudio de Yuki Mukai subdividido entre las diferentes clases de antidepresivos:

<p>Escitalopram y citalopram</p>	<p><u>Bose et al:</u> Comparó escitalopram versus placebo, no obteniendo diferencias en el cambio de base de la escala de Hamilton, tasas de respuesta (definida como disminución de un 50% con respecto al basal) o tasas de remisión (puntajes menores de 10), siendo además las tasas de discontinuación de 26.2% y 18.7% respectivamente.</p> <p><u>Gorwood et al:</u> Se mostró más eficacia del escitalopram con respecto al placebo.</p> <p><u>Kasper et al:</u> Comparó escitalopram, fluoxetina y placebo, no encontrando diferencia significativa en el cambio de puntaje de la escala de Hamilton de base entre escitalopram versus placebo, pero si para fluoxetina versus placebo pero sin diferencias en las tasas de remisión (40% escitalopram, 30% fluoxetina y 42% placebo) o las tasas de respuesta (46%, 37% y 47% respectivamente).</p> <p><u>Roose et al:</u> comparó citalopran con placebo no encontrando diferencias entre tasas de respuesta, tasas de remisión o cambios en la base de la escala de Hamilton.</p>
<p>Paroxetina</p>	<p><u>Rapaport et al:</u> comparó paroxetina de acción inmediata y el de liberación prolongada ambas presentando cambios en la escala de Hamilton comparados con placebo, en las tasas de remisión y de respuesta. Las tasas de abandono fueron similares.</p> <p><u>Dombroski et al:</u> comparó paroxetina con terapia interpersonal, paroxetina con manejo clínico, placebo con terapia interpersonal y placebo con manejo clínico, encontrando tasas de recurrencia de 43%, 40%, 40% y 39%. No se encontraron diferencias significativas en el SF 36.</p>

	<p>Los resultados sugieren que la paroxetina fue eficaz en el tratamiento de la depresión aguda y fue asociado con mantenimiento del funcionamiento global a largo plazo.</p>
Sertralina	<p><u>Rossini et al:</u> compararon sertralina 150 mg y fluvoxamina 200 mg en pacientes mayores de 59 años hospitalizados sin síntomas psicóticos, no encontrando diferencias significativas entre ambos en el cambio de base de la escala de Hamilton o tasas de remisión. La fluvoxamina se asoció con mayores tasas de respuesta en comparación con la Sertralina.</p> <p><u>Schneider et al</u> comparó sertralina con placebo, encontrando reducciones significativas en la base de la escala de Hamilton para la sertralina al igual que en las tasas de respuesta.</p> <p><u>Wilson et al:</u> Tratamiento de mantenimiento con sertralina, no encontrando diferencias entre esta y el placebo en prevención de recurrencia; hubo un 8.4% de reducción en el riesgo de recurrencia después de 100 semanas en el grupo de sertralina comparado con placebo. Más de la mitad de las recurrencias ocurrieron en la semana 26 de la fase de mantenimiento. Un 38.6% de los pacientes con sertralina y un 31.1% del grupo placebo no presentaron recurrencia.</p> <p><u>Sheikh el al:</u> sertralina en pacientes con comorbilidades médicas (enfermedad vascular, diabetes mellitus y artritis) y sin comorbilidades médicas, no encontrando diferencias en la base de la escala de Hamilton. Cuando todos los pacientes fueron incluidos, si se encontró respuesta en la escala de Hamilton con respecto al placebo. Sin embargo, los pacientes con comorbilidades médicas tienen una respuesta más temprana con sertralina comparado con placebo.</p>
Antidepresivos tricíclicos	<p><u>Rosenberg et al:</u> eficacia de amitriptilina y citalopram en pacientes con distimia. No se encontró diferencia en la eficacia entre ambos grupos. Las tasas de remisión y respuesta no fueron reportadas.</p>

	<p><u>Wehmeier et al</u> comparó trimipramina 150 mg y fluoxetina 20 mg no encontrando diferencias significativas en la reducción del puntaje de la escala de Hamilton y las tasas de respuesta.</p>
Venlafaxina	<p><u>Allard et al</u> comparó venlafaxina de liberación prolongada y citalopram no encontrando diferencias en la eficacia entre ambos grupos con tasas de respuesta de 75% y 73% respectivamente.</p> <p><u>De Vasconcelos Cunha et al:</u> venlafaxina de liberación inmediata y placebo sin encontrar respuestas significativas de cambio de puntaje de la escala de Hamilton o tasas de respuesta.</p> <p><u>Oslin et al:</u> comparó venlafaxina de liberación inmediata y sertralina sin encontrar tampoco diferencias en el cambio de puntaje de la escala de Hamilton, pero si fue mayor el porcentaje de discontinuación en los pacientes con venlafaxina comparados con sertralina.</p> <p><u>Schatzberg y Roose:</u> venlafaxina de liberación inmediata y fluoxetina con placebo no encontrando diferencias significativas en el cambio de puntaje de base de la escala de Hamilton entre venlafaxina, fluoxetina y placebo, las tasas de remisión y de respuesta (27%, 20% y 24% respectivamente).</p> <p><u>Gastó et al:</u> comparó venlafaxina de liberación prolongada y nortriptilina sin encontrar diferencias significativas en las tasas de remisión o discontinuación.</p>
Duloxetina	<p><u>Raskin et al</u> encontró diferencias significativas entre duloxetina y placebo con respecto a cambios en la escala de Hamilton y la escala de depresión geriátrica.</p>

Los datos disponibles, aunque limitados, sugieren que los agentes de acción dual (antidepresivos tricíclicos e inhibidores de la recaptación de serotonina y noradrenalina) no parecen conferir beneficios adicionales en eficacia sobre agentes de acción simple (Inhibidores de la recaptación de la serotonina) en el tratamiento de la depresión en los ancianos (Yuki Mukai del 2009).

3.4.2 Memantina

Treinta y cinco adultos mayores con depresión y / o síntomas de apatía fueron asignados al azar, de los cuales 27 (77,1%) completaron el ensayo controlado aleatorio en 12 semanas. Ambos grupos mostraron una reducción en los síntomas de depresión (pero no una reducción significativa en los síntomas de apatía) y mejoró la función. Aunque no hubo diferencias de grupo entre los participantes asignados al azar con memantina y placebo al azar en cualquier resultado. La memantina no se asoció con superioridad o el resultado funcional en comparación con el placebo en los adultos mayores con depresión y síntomas de apatía en la unidad de rehabilitación (Lenze, 2011).

3.4.3 Omega 3

Aparte del tratamiento con drogas, también se han estudiado otras opciones de tratar la depresión en la población geriátrica como el omega 3.

Yaser Tajalizadekhoob, (2011) realizó un estudio doble ciego aleatorizado y comparado contra placebo por 6 meses, el grupo de intervención tenía una dosis de 300 mg de aceite de pescado con ácido ecosapentanoico 180 mg y docosahexanoico 120 mg.

Se obtuvo una disminución significativa en el puntaje de la escala de depresión geriátrica y se observó mayor en las personas que no estaban tomando antidepresivos, por lo cual se sugiere que es útil en depresión leve-moderada.

Hubo mejoría de base de todos los participantes, pero fue más significativa en el grupo de intervención comparado con el placebo. La disminución en la escala de depresión geriátrica de 15 ítems podría deberse a cambios en las estaciones ya que el estudio inició en invierno y terminó en primavera y otra de las razones que explique por lo cual sea efectivo podría deberse a que los participantes tuvieran una dieta baja en omega 3.

3.5 Tratamiento no farmacológico

Existen múltiples medidas no farmacológicas que son bien definidas en la literatura que proveen adecuada respuesta en los adultos mayores, incluso gran parte del manejo de la depresión en este grupo etáreo debe estar asociado a estas medidas para obtener resultados favorables.

Muchas de estas medidas están disponibles en un primer nivel de atención ya que el tratamiento no farmacológico debe estar inmerso en el manejo de esta población por la evidencia científica que lo apoya.

3.5.1 Estrategias sociales

Günter Klug en el 2010 en su estudio controlado aleatorizado realizado en Austria, intentó probar la efectividad del tratamiento en casa para pacientes adultos mayores con depresión que viven solos con respecto al tratamiento convencional, brindándoseles un seguimiento durante un año y obteniendo medidas a los 3 y 12 meses de seguimiento. Los pacientes que tuvieron tratamiento en casa presentaron menos síntomas depresivos, mejor funcionamiento global y mejor calidad de vida y en 1 año tuvieron menos admisiones a casas de cuidado, disminuyó el costo y los ingresos a hospitales psiquiátricos.

Con este estudio se demuestra la importancia de manejar estos pacientes en su comunidad y en conjunto con un equipo de salud que se encargue del cuidado respectivo. De ahí a la vez se recalca la importancia de contar con un equipo que realice visitas domiciliarias y se les brinde un apoyo más constante a estos pacientes ya que los resultados son evidentes de la mejoría que podríamos obtener de ello pues en el estudio el grupo de intervención tenían visitas dos o tres veces por semana, contacto telefónico y visitas más seguidas cuando estaban en crisis, mientras que el grupo de tratamiento convencional incluía una consulta con un psiquiatra y referencia a servicio social.

Los resultados de este mismo estudio evidencian que el grupo control tuvo una tendencia al deterioro y el grupo de intervención tuvo una marcada mejoría y

fue significativa a los 3 y los 12 meses, en la escala de depresión geriátrica de 15 ítems a los 3 meses en el grupo intervención tenían un valor de 6.82 y el grupo de control tenían un promedio de 9.70. A los 12 meses el grupo de tratamiento era de 6.11 y en el grupo de control el promedio fue de 10.43.

Los ingresos hospitalarios en el grupo control fue de 52.2 días y el grupo de intervención de 19.2 días y en total los costos por participante fueron en grupos de intervención de 8751 euros y el grupo control 21031 euros.

3.5.2 Ejercicio físico

Otra de las medidas fácilmente aplicable corresponde a la prescripción de ejercicio que ha demostrado ser eficaz en el manejo de estos pacientes. El ejercicio físico podría ser tan efectivo como las visitas domiciliarias.

Christopher Bridle en el 2012 en su metanálisis valora el ejercicio como una estrategia potencial como parte del tratamiento. La severidad de la depresión fue menor en el grupo con ejercicio comparado con el grupo control sin ejercicio. En 4/9 la diferencia en la severidad de la depresión fue estadísticamente significativa.

Estudios con mezcla de ejercicios, evidenciaron un efecto pequeño, pero estadísticamente significativo en el ejercicio que fue asociado con la disminución de la severidad de la depresión.

El efecto agrupado del ejercicio en la severidad de la depresión observada en esta revisión, es comparado con el rango de efectos estimado de diferentes clases de medicamentos antidepresivos y psicoterapia, por lo tanto, en adultos en que se complica el uso de medicamentos antidepresivos o terapias psicológicas, puede ser tomado en cuenta la indicación de ejercicio físico individualizado en personas con o sin comorbilidades médicas para improvisar beneficios en la salud.

Otros estudios mostraron que el Tai chi o Qi Gong la evidencia fue insuficiente en calidad y cantidad.

Ngairé Kerse en el 2010 en su estudio randomizado controlado, intenta valorar la efectividad de un programa de educación física en la casa en mejoría de la función, calidad de vida y afecto en pacientes mayores con síntomas depresivos. La intervención se refiere a un programa individualizado de actividad física o visitas a domicilio y se valoraron por 6 meses.

En este estudio el programa de ejercicios de Otago fue el plan establecido al grupo de intervención. Este programa tiene ejercicios de resistencia, balanceo, estiramiento y caminata 30 min 3 veces por semana, además se le pidió que tuvieran metas y enriquecimiento social. Se les pidió ejercicios de brazos con peso de 1-2 o 3 Kg según la condición del paciente y la intensidad se iba aumentando en el transcurso del tiempo, además recibieron 7 visitas durante los primeros tres meses y cada visita duraba 1 hora. El grupo control solamente recibía las visitas sin pedirle ejercicios, metas ni enriquecimiento social. A ambos se les contactaba en el 4to y 5to mes cuando ya no se le daban visitas.

Los resultados finales tenían una escala SPPB que corresponde a una batería de condición física que mide marcha, velocidad de la marcha, fuerza muscular y balance y otra medición con una escala llamada NEADL y para los puntos secundarios se utilizó SF 36 y la escala de depresión geriátrica de 15 ítems y para la actividad física se utilizó la Auckland heart study physical activities questionnaire.

No se encontraron efectos diferentes entre el grupo con intervención física y las visitas sociales en la función física, calidad de vida o humor en el grupo de pacientes con síntomas depresivos severos.

Los hallazgos sugieren que el contacto social puede ser tan efectivo como la actividad física en mejorar el humor y la calidad de vida para aquellos con síntomas depresivos. Este programa no mejoró la función física, tal vez porque la dosis de actividad física fue insuficiente o la adherencia al programa por los adultos mayores no fue hecha.

El contacto social puede ser bastante efectivo en mejorar el humor y la calidad de vida. El déficit social es descrito de base en algunos pacientes deprimidos y

otras intervenciones sociales son reconocidas que ofrecen beneficio para pacientes con depresión.

Es importante considerar porqué el ejercicio no tuvo un efecto importante sobre las visitas sociales. Sin embargo, el ejercicio supervisado mejora la función en adultos mayores frágiles y reduce los síntomas de depresión en pequeños grupos de adultos mayores con depresión comparados con el grupo control de cuidados usuales o los grupos de información de salud, la evidencia de la dosis-respuesta del ejercicio es variada.

Otros estudios de programas de actividad física produjeron incremento en el nivel de actividad o mejoría en la calidad de vida sin cambios en la función física. Quizás los aspectos sociales de las intervenciones de actividad física son más importantes que la calidad de vida y humor y ellos se llevaron algunos de los beneficios observados en este estudio.

G. A. Brenes en el 2007 intenta comparar la sertralina y el ejercicio físico en el manejo de la depresión en el adulto mayor, dado que la disfuncionalidad es mayor en este grupo. Dos estudios randomizados, doble ciego han demostrado la eficacia de la sertralina en la depresión y ya previamente se ha estudiado la sertralina, ejercicio y la combinación de ambas, observándose en los tres grupos una mejoría en la depresión, pero sin diferencias significativas entre las condiciones.

Este autor menciona que en otro estudio previo se observó mayor mejoría en pacientes con ejercicio aeróbico respecto al ejercicio de resistencia o educación de salud en pacientes con osteoartritis, reportando además mayor funcionalidad en este grupo.

Retomando el estudio de G.A. Brenes del 2007, realiza las siguientes intervenciones

A. Medicación: 25 mg sertralina por 1 semana y luego 50 mg por 2 semanas. La dosis podía ser incrementada a 100 mg a la semana 4 y a 150 mg a la semana 8. Se utilizaba el PHQ para valorar la respuesta-dosis.

B. Ejercicio: 3 días por semana por 16 semanas. Ejercicios aeróbicos y de resistencia, sesiones de 1 hora distribuidos en 5 minutos de calentamiento, 15 minutos de ejercicio aeróbico, 20 minutos de la fase de ejercicio de resistencia y 5 minutos del período de enfriamiento. Los ejercicios avalados por el colegio americano de medicina del deporte.

C. Tratamiento usual.

Los resultados de este estudio reportan que los participantes en el grupo de sertralina y ejercicio mostraron disminución en las tasas de severidad de depresión, mientras que los participantes con el manejo usual mostraron un ligero incremento en el score de Hamilton. De la misma manera se mostró que en los dos grupos había una mejoría en el SF 36. Todos los participantes demostraron una disminución en el puntaje de la escala de depresión geriátrica de 15 ítems. Con respecto a los cambios en la función física, hubo una tendencia en los pacientes con actividad física por experimentar una mayor mejoría desde su base. Los pacientes con tratamiento usual experimentaron menor mejoría en la funcionalidad física, mientras que los participantes con sertralina experimentaron una ligera declinación. Además con respecto al componente mental del SF 36, hubo una mejoría mayor en el grupo de ejercicio comparado con el de tratamiento usual.

Se demostró que el ejercicio y la sertralina son superiores con respecto al tratamiento usual en reducir la severidad de los síntomas.

Resulta sin duda muy importante tomar como parte del tratamiento de la depresión en el adulto mayor la incorporación de ejercicio físico como parte de la terapia de la misma.

3.5.3 Terapias psicológicas

Pim Cuijpers en el 2006 realiza un metanálisis de los tratamientos psicológicos en el adulto mayor donde se incluyeron 25 estudios, de los cuales 17 compararon una intervención psicológica con el manejo usual. La calidad de los estudios varió. Los tratamientos psicológicos tienen de moderada a grandes efectos sobre la depresión en los adultos mayores. La heterogeneidad fue muy baja. No se encontraron diferencias entre las diferentes intervenciones psicológicas.

Steven P. Roose, 2005, en su estudio responde a la interrogante de si son los antidepresivos eficaces en el tratamiento de la depresión comparado con el placebo si se agrega intervención psicosocial, siendo afirmativa la respuesta a esta pregunta.

No hay dudas de que el tratamiento psicológico es efectivo en adultos mayores con depresión. Los efectos generales son comparables con el tamaño del efecto encontrado en metanálisis de adultos jóvenes. (Cuijpers y Dekker, 2005).

Con respecto al estudio del 2006 de Pim Cuijpers, determina los siguientes puntos clave:

- Los tratamientos psicológicos son efectivos en el tratamiento de la depresión de los adultos mayores.
- Los efectos de los tratamientos psicológicos son comparables con los efectos de los tratamientos farmacológicos.
- No hay indicaciones de que ningún tipo de intervención psicológica es más efectiva que cualquier otro tipo, todas son igualmente efectivas.
- Los efectos al seguimiento aún no son claros.

Los estudios que compararon los efectos de los antidepresivos y tratamientos psicológicos resultaron pequeños para sacar conclusiones. Como el efecto del tratamiento es similar a los adultos jóvenes, es posible que combinar los

tratamientos sea superior en los adultos mayores a como fue visto en un metanálisis del 2004 de Friedman en adultos jóvenes.

No se encontró que las terapias individuales sean más efectivas que las grupales, sin embargo, los estudios fueron pocos para llegar a esa conclusión, más sabiendo que estudios en jóvenes han demostrado que la terapia individual en ciertos casos puede ser más efectiva que las terapias grupales.

En un estudio en personas jóvenes se encontró que la TCC fue más efectiva que otras terapias, no obstante, en adultos mayores no se encontró que esto sea real.

Desde el punto de vista clínico, los resultados de este metanálisis indican que los tratamientos psicológicos pueden ser usados como primera línea en los adultos mayores.

Los resultados de un estudio mostraron mayor efectividad de la terapia psicológica comparado con la práctica usual en disminución de los síntomas depresivos tanto a corto como largo plazo. La disminución de los síntomas depresivos entre las formas de intervención psicológica y los antidepresivos no produjeron diferencias en la efectividad (Bortolotti, 2008).

El estudio de esta autora se basó en valorar la efectividad de las intervenciones psicológicas en atención primaria ya que a manera de introducción anota que la mayoría de casos son manejados a este nivel y solo un número pequeño son enviados a centros de salud mental. Las intervenciones psicológicas variaron en los estudios, con un promedio de 6 sesiones y un tiempo por sesión de 15-90 minutos. Los cuidados de la práctica usual consistían en tratamiento antidepresivo, consejería y referencia a un centro de salud mental. Los antidepresivos utilizados variaron entre los estudios, la mayoría usaron nortriptilina, amitriptilina, fluvoxamina y/o paroxetina.

3.5.3.1 Terapia cognitivo conductual

Esta terapia se halla basada en cambiar lo cognitivo (la manera en que se piensa) para proveer cambios en lo conductual (la manera en que se actúa), por lo cual está basada en la interrelación de los pensamientos, las acciones y los sentimientos.

Esta intervención se estructura en tres pasos. El primero contempla la evaluación del caso para formular hipótesis de los problemas que traen al paciente y trazar los objetivos del tratamiento. El segundo paso corresponde a la intervención propiamente dicha mediante la aplicación de técnicas por parte del evaluador. Finalmente la tercera fase es el seguimiento que consiste en la evaluación del programa terapéutico y realizar ajustes necesarios para mantener el cambio.

Es importante destacar que esta intervención se basa en el presente sin importar el pasado.

Philip Wilkinson, (2009) en su estudio determinó que las tasas de recurrencia a un año con la escala de Montgomery fueron alentadoramente bajas en participantes que recibieron terapia cognitivo conductual (27.8%) comparado con el grupo control (44.4%). El pronóstico a largo plazo es pobre, en la mayoría de estudios, muchos presentan recaídas, requiriendo tratamiento y uno de cada cinco desarrolla síntomas crónicos. Si no se tratan, un 90% de los adultos presentan recurrencia a los 3 años y la continuación de un tratamiento puede evitarla o prevenirla.

La adición de terapia cognitivo conductual en la fase de continuación posterior a la fase aguda, produce mejores resultados a largo plazo que la terapia cognitivo conductual en la fase aguda solamente.

En pacientes exitosamente tratados con antidepresivos cuya medicación es descontinuada, la adición de terapia cognitivo conductual produce mejores resultados a los 6 años. Cuando la medicación es continuada, la adición de terapia cognitivo conductual reduce las tasas de recaídas a los 3 años (Wilkinson, 2009).

3.5.3.2 Terapia Interpersonal

La psicoterapia interpersonal es recomendada en la mayoría de las guías como parte del tratamiento de la depresión y es un tratamiento adecuado en la depresión del adulto mayor. A pesar de los resultados favorables de la terapia interpersonal, la diseminación a la práctica general es limitada.

Como tuvimos éxito en la entrega de terapia interpersonal en la práctica de atención primaria y además como fue superior a la atención habitual, existen motivos para apoyar la aplicación de la terapia interpersonal para los pacientes ancianos con depresión en la práctica general, siempre que las prácticas tengan espacio para los terapeutas y los obstáculos financieros puedan ser superados. (JF van Schaik, 2007).

Esta misma autora recomienda la consolidación, haciendo esta intervención disponible a través de la práctica de enfermería o enfermeros psiquiátricos de la comunidad que ofrecen la terapia interpersonal como parte de un programa más amplio de gestión de la depresión.

Recientemente, se ha demostrado que el tratamiento de la depresión en los pacientes de atención primaria de la tercera edad es efectivo, cuando se usa un modelo de cuidado colaborativo en el cual el médico de atención primaria es apoyado por un trabajador de salud mental en la realización de atención de la depresión basada en guías, incluida la terapia óptima de drogas, seguimiento del consumo de drogas y cuando esté indicado, la entrega de formularios basados en la evidencia fácilmente accesible de la psicoterapia como el IPT o Problema terapia de resolución. (JF van Schaik, 2007)

La terapia interpersonal parece ser una adecuada forma de terapia para ser aplicada en atención primaria, su eficacia se ha demostrado y se ha estudiado tanto en pacientes de mayor edad y en pacientes de atención primaria de edad mediana. Además, los terapeutas con diferentes antecedentes terapéuticos pueden aprender esta terapia con relativa facilidad.

En el estudio de Digna JF Schaik del 2007, en la fase inicial del tratamiento los síntomas depresivos se exploran y se da psicoeducación sobre la depresión. El contexto interpersonal del paciente es explorado y los síntomas depresivos están vinculados a acontecimientos interpersonales recientes. Hay cuatro posibles enfoques de tratamiento: duelo complicado, el conflicto interpersonal, el rol de la transición y el déficit interpersonal. Uno de estos enfoques se toma, se explora su naturaleza y se aclaran las emociones que lo acompaña. El paciente busca posibles soluciones. Una vez ganado el dominio sobre un área, se puede extender al resto. Durante las últimas sesiones se evalúa la terapia y se da prevención de recaídas. Se utilizaron 10 sesiones. En el grupo de terapia interpersonal, el 51% de los pacientes no tenía el diagnóstico de depresión a los 6 meses contra un 34% del tratamiento usual.

La terapia interpersonal es una atractiva alternativa terapéutica basada en la evidencia, sobre todo cuando se entrega de forma selectiva ya que en este estudio fue más eficaz en la depresión moderada a severa y se debe reservar para este grupo de pacientes.

3.5.3.3 Terapia Breve centrada en soluciones

Otra de las terapias psicológicas que pueden ser utilizadas en un primer nivel de atención corresponde a la terapia centrada en soluciones.

Se sugiere que la terapia centrada en soluciones es un tratamiento adecuado para pacientes con depresión y síndrome de disfunción ejecutiva ya que se encontró efectiva en pacientes geriátricos con depresión mayor no complicada y en otros trastornos psiquiátricos acompañados por disfunción ejecutiva severa. Así mismo, la terapia centrada en soluciones puede direccionarse a condiciones clínicas específicas de pacientes con depresión y disfunción ejecutiva, especialmente cuando modificar dificultades en la dirección a regulación del afecto, iniciación y perseveración (Alexopoulos, 2007).

Este estudio se basó en que muchos pacientes con depresión se asocian con trastornos en la atención, velocidad de procesamiento y disfunción ejecutiva sin tener de fondo un síndrome demencial, por lo que esta terapia capacita a los pacientes usando un enfoque estructurado fácil de comprender.

Los pacientes con depresión ejecutiva tienen más retardo psicomotor y apatía y menos agitación, culpa e insight de su situación que los pacientes deprimidos con deterioro cognitivo. Algunos de estos pacientes pueden progresar a demencia.

Diversos estudios sugieren que la disfunción ejecutiva compromete los resultados del tratamiento en pacientes tratados con antidepresivos. Específicamente, disfunción en algunas funciones ejecutivas predicen pobre o baja respuesta al tratamiento antidepresivo, así como a una temprana recaída y recurrencia de la depresión geriátrica (Alexopoulos, 2007).

La terapia se basa en que pacientes con trastornos depresivos tienen inadecuados o inapropiados manejos de sus problemas, por lo cual se enseña a los pacientes un enfoque estructurado para la selección de un problema a abordar, un método para la búsqueda de las posibles soluciones y un enfoque para la selección y aplicación de la solución más adecuada.

Se menciona que existen siete pasos para la aplicación de esta terapia: orientación del problema (como reconocer que el problema existe), definición del problema (rompiendo el problemas en diferentes componentes), generación de una solución, establecimiento de metas, generación de solución, tomar la decisión (las más factible y efectiva), implementación y verificación de la solución (evaluar la efectividad de la solución).

En este estudio se demostró eficacia en problemas conductuales y manifestaciones clínicas específicas. Además es importante recalcar que se puede utilizar en cualquier adulto mayor deprimido (con o sin disfunción ejecutiva) ya que resulta sencillo aplicar y entrenar a los profesionales respectivos para ser aplicados en esta población, tomando en cuenta que los costos económicos para la preparación del personal son bajos y la mejoría en la respuesta clínica de los pacientes es alta.

3.5.4 Musicoterapia y arte-terapia

El arte y la musicoterapia reducen los niveles de depresión, pero no tiene efecto en la capacidad cognitiva. Las puntuaciones de depresión en los sujetos eran estadísticamente bajas después de la terapia del arte. (Mi Lim Im, 2014)

En este estudio los participantes se ofrecieron como voluntarios para participar en el estudio después de ser presentados a los programas de arte y musicoterapia y no tenían ningún problema en participar en estos programas de ocio, ninguno de ellos tenía ninguna dificultad para caminar y su capacidad visual y auditiva eran lo suficientemente buenas para participar en los programas. El número de participantes para el programa de arte era de 65 y para el programa de música, 29. El tratamiento se llevó a cabo para un total de 12 veces durante 12 semanas a través de una vez a la semana sesión de 60 minutos.

Como se mencionó al inicio las puntuaciones de depresión en los sujetos eran estadísticamente bajas después de la musicoterapia y el grado de depresión fue muy bajo después de la terapia del arte, por lo que se evidencia que el arte-terapia es efectivo en reducir la depresión en los sujetos, según los autores es

dado principalmente porque se les brinda autonomía y responsabilidad a los participantes, la música brinda emociones en la gente, llevando a cambios conductuales, además la técnica favorece la expresión de sentimientos.

Por consiguiente, esta técnica puede ser implementada en un primer nivel de atención como parte del manejo de los adultos mayores que presenten síntomas depresivos.

Se menciona que en adición al uso de drogas, música, terapia ocupacional, arte, jardinería, modificación de comportamiento y las mascotas son usadas para el tratamiento de la depresión y deterioro cognitivo (demencia) con el objetivo de maximizar funciones dado bajo muchas circunstancias para mejorar las funciones cognitivas, humor y síntomas conductuales (Mi Lim Im, 2014).

3.5.5 Otras medidas alternativas

En la revisión bibliográfica de Maren Nyer, (2013) se mencionan algunos datos curiosos con respecto a medidas alternativas para el manejo de la depresión en el adulto mayor.

Se mencionan inicialmente los remedios naturales, destacando en este grupo la Hierba de San Juan, con estudios que demuestran su eficacia, incluso hay un estudio que comparó este tratamiento con fluoxetina, encontrando que ambos fueron bien tolerados y produjeron disminución en los puntajes de la escala de Hamilton. Otro estudio, pero en sujetos entre 18-70 años muestra beneficio de esta terapia natural frente al placebo, incluso se menciona que uno de los ingredientes llamado hiperforin disminuye los efectos de amiloide, pudiendo actuar como antidemencial. Si se combina con inhibidores de la recaptación de la serotonina puede conllevar a síndrome serotoninérgico, lo cual limita su combinación, también puede inducir el metabolismo de la warfarina, algunos antiretrovirales, beta bloqueadores, bloqueadores de los canales de calcio, antiarrítmicos y estatinas.

Otra estrategia mencionada por esta autora es la de ácido fólico, quien se ha mencionado que puede actuar en la depresión y en la prevención de la demencia (al actuar en la homocisteína) en adultos mayores.

La S- adenosil metionina ha mostrado eficacia, pero la evidencia de combinación con otros agentes es limitada.

La terapia de masaje ha mostrado beneficio en disminuir la depresión, ansiedad, vitalidad, salud general, sin embargo, se necesitan más estudios que recomienden esta intervención en los pacientes adultos mayores con depresión.

Finalmente, la religión y espiritualidad son bien establecidas en el manejo de los adultos mayores, mostrando que su intervención puede ser beneficiosa en el manejo de la depresión en los adultos mayores. Un estudio comparó pacientes que recibieron terapia cognitivo conductual, asociado a incorporación de terapia pastoral y otro grupo con solo terapia cognitivo conductual, encontrando disminución en los síntomas depresivos en los pacientes que tenían ambas modalidades asociadas

CAPÍTULO IV. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

4. Conclusiones y recomendaciones

4.1 Conclusiones

La depresión en edades tardías puede presentarse con síntomas que difieren en la población joven, sin embargo, el humor deprimido y la anhedonia son los dos principales síntomas reportados por los médicos. Es importante tomar en cuenta que los síntomas vegetativos como el insomnio, pérdida del apetito y los síntomas somáticos como el estreñimiento y el dolor se expresan con mayor facilidad en este grupo de población.

Resulta imprescindible detectar los factores de riesgo que pueden estar relacionados con la depresión para poder establecer cualquiera de los tipos de prevención; indicada, selectiva y universal ya que no se encontró evidencia de que alguna sea mejor que la otra.

Se ha planteado la posibilidad de utilizar escalas ultracortas pero que sirven como cribado en forma general siempre y cuando se cuente con un grupo adecuado de apoyo para manejar aquellos falsos positivos que sean encontrados. Sin embargo la escala de depresión geriátrica de 15 ítems representa un adecuado instrumento en los adultos mayores ya que es la que más estudios tiene en esta población y otras escalas como Inventario de depresión de Beck es un instrumento válido para el diagnóstico de la depresión en los adultos mayores. Se han establecido escalas como la de Montgomery - Asberg y la de Hamilton que resultan superiores a la escala de depresión geriátrica para la evaluación de los cambios en la gravedad de la depresión, pero las versiones de la escala de depresión geriátrica también parecen ser un instrumento aceptable para estar propósito.

La escala de Cornell y el CES-D muestran exactitud favorablemente similar en pacientes con demencia, sin embargo es importante tomar en cuenta que la población adulta mayor con demencia no representa un número muy significativo en la consulta diaria.

Los antidepresivos tricíclicos y los inhibidores de la recaptación de la serotonina presentan eficacia similar. Sin embargo, este último grupo es mayormente utilizado tanto por su eficacia como por su seguridad; reportándose menos tasas de abandono por los pocos efectos secundarios asociados al medicamento. Es razonable concluir que probablemente los antidepresivos de acción dual son efectivos en el tratamiento de la depresión del adulto mayor. En pacientes que no presenten remisión de sus síntomas, el uso de litio ha demostrado ser eficaz en la reversión de la clínica. Se han planteado otras medidas en el manejo de la depresión, como el uso de omega 3 que demostró que puede ser útil en la depresión leve – moderada y otros como la memantina que no se asoció con superioridad ni mejoramiento del estado funcional en los adultos mayores con depresión o apatía.

El seguimiento al domicilio de los pacientes deprimidos adultos mayores es una de las estrategias sociales que ha mostrado ser efectiva en el manejo de los pacientes. Otra medida como el ejercicio físico debe ser una de las estrategias potenciales como parte del tratamiento de la depresión. Se ha demostrado una disminución en la severidad de la depresión.

Los tratamientos psicológicos tienen de moderado a grandes efectos sobre la depresión en los adultos mayores. No hay duda de que el tratamiento psicológico es efectivo en los adultos mayores. No existen diferencias entre las diversas técnicas psicológicas (terapia cognitivo conductual, terapia centrada en soluciones, terapia interpersonal) en lo que se refiere a la efectividad.

Otras recomendaciones como la musicoterapia y el arte-terapia a pesar de que no tienen efecto en la capacidad cognitiva, si reducen los niveles de depresión, por lo que puede ser parte de las

estrategias en un primer nivel de atención. Existen otras medidas alternativas que pueden ser utilizadas en conjunto con el tratamiento instaurado para la depresión, tales como el uso de la hierba de San Juan, uso de ácido fólico, la terapia de masaje y la religión y espiritualidad.

4.2 Recomendaciones

1. Debe estructurarse un plan preventivo adecuado en cada una de las áreas de salud del país, ya que se dispone con el personal de salud pero no con el tiempo óptimo a estos trabajadores para la planificación y ejecución de estas medidas, debido a que la totalidad del tiempo es dedicado a la consulta, dejando de lado los beneficios que ha demostrado tener las medidas preventivas sin importar el tipo que se elija, ya que una vez que se logre trabajar en esta importante tarea, se logrará un impacto en la salud de la población adulta mayor.
2. Debe capacitarse al personal de salud como parte de la atención geriátrica en la atención primaria, sobre técnicas para indagar adecuadamente los factores de riesgo establecidos para el desarrollo de la depresión en este grupo etáreo, además de identificar los síntomas que pueden ser sutiles o atípicos en esta población, para de esta manera poder identificar adecuadamente las personas potenciales a desarrollar cuadros de depresión mayor que en etapas iniciales pueden ser subdiagnosticadas.
3. Se deben realizar estudios en población latinoamericana que demuestren cuál es el instrumento más efectivo para ser aplicado en las personas adultas mayores de esta ubicación mundial, comparando los ya existentes o más utilizados en el mundo, debido a que la mayoría de estudios se limitaron a validar un solo instrumento pero sin compararlos entre los cribados ya existentes o también eran estudios en que la gran mayoría eran realizados en Norteamérica, Europa e incluso Asia. Por lo tanto se debe promover la investigación en nuestro país, para que en el caso de la siguiente revisión bibliográfica demuestre cuál es el instrumento más adecuado para ser aplicado en nuestro entorno como tamizaje de la depresión en la población mayor de sesenta y cinco años.

4. Existe gran evidencia de que diferentes fármacos son efectivos para el manejo de la depresión en las personas adultas mayores, siendo denominados en la mayoría de la literatura los inhibidores de la recaptación de la serotonina, los antidepresivos tricíclicos y los fármacos de acción dual; sin embargo si analizamos nuestra realidad en un primer nivel de atención e incluso a nivel institucional, se limitan muchos de los medicamentos mencionados en las recomendaciones mundiales de la literatura, e incluso fármacos son limitados para la prescripción por parte del médico de familia en atención primaria ya que los circunscriben a ciertas especialidades sin tomar en cuenta que la medicina familiar está capacitada para un uso adecuado de los mismos, por lo cual se debe incentivar a las autoridades respectivas o comités de farmacoterapia centrales o locales, a aumentar el número de drogas en el cuadro de medicamentos oficiales de la institución para el beneficio de los pacientes, tomando en cuenta que la presencia de un médico de familia en las áreas de salud como especialista es un instrumento óptimo tanto para la prescripción adecuada de medicamentos como para evitar complicaciones en los pacientes y envío innecesario a niveles superiores de salud saturando el mismo sistema contando con este valioso recurso.

5. La evidencia demuestra como el tratamiento no farmacológico es parte del tratamiento de la depresión, siendo de esta manera los programas de visita domiciliar, programas de ejercicios bien estructurados y el enfoque integral de los casos de gran importancia para la mejoría de las tasas de recuperación y disminución tanto de las recurrencias como de las recaídas, resultando así indispensable que se promueva grupos de salud mental bien estructurados en cada una de las áreas de salud conformados como mínimo por medicina familiar, psicología, enfermería en salud mental y trabajo social e involucrarlos en estos programas para garantizar un adecuado servicio a esta población.

5. Bibliografía

1. Alexopoulos (2008). Problem solving therapy for the depression-executive dysfunction syndrome of late life. *International journal of geriatric psychiatry*.
2. Baldwin, R. (2010). Preventing late-life depression: a clinical update. *International psychogeriatrics*.
3. Bortolotti (2008). Psychological interventions for major depression in primary care: a meta-analytic review of randomized controlled trials. *General hospital psychiatry*.
4. Brenes (2007). Treatment of minor depression in older adults: a pilot study comparing sertraline and exercise. *Aging & mental health*.
5. Bridle (2012). Effect of exercise on depression severity in older people: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science*.
6. Brown, P. (2011). Age and anxiety and depressive symptoms: The effect on domains of quality of life. *Int J Geriatr Psychiatry*.
7. Cabañero, M. (2007) Revisión estructurada de las escalas de depression en personas mayores. *International Journal of Clinical and Health Psychology*.
8. Caja Costarricense de Seguro Social, Centro de Desarrollo Estratégico e Información en Salud y Seguridad Social (CENDEISSS). Proyecto Fortalecimiento y Modernización del Sector Salud (2004). *El Sistema Nacional de Salud en Costa Rica: Generalidades. Primera Unidad Modular*.
9. Cole, S. (2008). Depression. *Behavioral Medicine: A Guide for Clinical Practice*, 3e, Chapter 22. Mc Graw Hill.
10. Coman (2013). Comparisons of CES-D depression scoring methods in two older adults' ethnic groups. The emergence of an ethnic-specific brief three-item CES-D scale. *International journal of geriatric psychiatry*

11. Cuijpers, P (2006). Psychological treatment of late-life depression: a meta-analysis of randomized controlled trials. *International journal of geriatric psychiatry*.
12. *Diagnostic and Statistical Manual of Disorders of Mental Disorder / DSM-V* (2014). Fifth edition. American Psychiatric Association.
13. Ellison (2012). Depression in later life: An Overview with treatment recommendations. *Psychiatr Clin N Am*.
14. Glasser, M. (2009). Geriatric depression assessment by rural primary care physicians. *Rural and remote health*.
15. Gulfizar (2012). Depression in the elderly: Clinical Features and Risk factors. *Aging and Disease*
16. Harrison edición 18. *Principios de Medicina Interna*. Mc Graw Hill.
17. Henriquez, L. (2014). Intervenciones en atención primaria para retardar el deterioro cognitivo del paciente adulto mayor. Trabajo final de graduación para optar por el título de especialista en Medicina Familiar
18. Heo, M. (2007). Relationship between the Hamilton Depression Rating Scale and the Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale in Depressed Elderly: A Meta-analysis. *The American Journal of Geriatric*
19. Im, M., & Lee, J. (2014). Effects of art and music therapy on depression and cognitive function of the elderly. *Technology and health care: official journal of the European Society for Engineering and Medicine*.
20. Kane, R. L. (sevent edition, chapter 7). *Essentials of Clinical Geriatrics*. Mc Graw Hill.
21. Kerse, N. (2010). Home-based activity program for older people with depressive symptoms: DeLLITE--a randomized controlled trial. *Annals of family medicine*.
22. Klug, G. (2010). Effectiveness of home treatment for elderly people with depression: randomised controlled trial. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science*.
23. Kok, R., Nolen, W., & Heeren, T. (2009). Outcome of late-life depression after 3 years of sequential treatment. *Acta psychiatrica Scandinavica*.

24. Kok, R. (2011). Continuing treatment of depression in the elderly: a systematic review and meta-analysis of double-blinded randomized controlled trials with antidepressants. *The American journal of geriatric psychiatry: official journal of the American Association for Geriatric Psychiatry*.
25. Lenze, E. (2012). Memantine for late-life depression and apathy after a disabling medical event: a 12-week, double-blind placebo-controlled pilot study. *International journal of geriatric psychiatry*.
26. Li, C. (2007). Validity of the Patient Health Questionnaire 2 (PHQ-2) in identifying major depression in older people. *Journal of the American Geriatrics Society*.
27. MarianW. Roman. (2008). screening instruments for older adult depressive disorder: updating the evidence based toolbox. *Issues in Mental Health Nursing*.
28. Martin Smalbrugge (2008) Screening for depression and assessing change in severity of depression. Is the geriatric depression scale (30-, 15- and 8- ítem versions) useful for both purposes in nursing homes patients? *Aging and Mental Health*.
29. Mazeh, D. (2007). A randomized, single-blind, comparison of venlafaxine with paroxetine in elderly patients suffering from resistant depression. *International clinical*.
30. Meeks, T. (2011). A tune in “a minor” can “b major”: A review of epidemiology, illness course and public health implications of subthreshold depression in older adults. *J Affect Disord*.
31. Ministerio de Sanidad y Consumo de Madrid, España (2008). *Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión Mayor en el Adulto*.
32. Mitchell, A., & Coyne, J. (2007). Do ultra-short screening instruments accurately detect depression in primary care? A pooled analysis and meta-analysis of 22 studies. *British Journal of General Practice*.
33. Mitchell, A. (2010). Diagnostic validity and added value of the Geriatric Depression Scale for depression in primary care: a meta-analysis of GDS30 and GDS15. *Journal of affective disorders*.

34. Mukai, Y. (2009). Treatment of depression in the elderly: a review of the recent literature on the efficacy of single- versus dual-action antidepressants. *Clinical therapeutics*.
35. Mustafa C. Karakus (2011). Depression and the onset of chronic illness in older adults: A 12- year prospective study. *Journal of Behavioral Health Services and Research*.
36. National Institute for Health & Clinical Excellence. (2010). Depression: the treatment and management of depression in adults (UPDATED EDITION).
37. National Clinical Practice Guideline 90 (2010). Depression in adults. National Institute for Health and Clinical Excellence.
38. National Collaborating Centre for Mental Health commissioned by the Organización Mundial de la Salud. *Salud mental: un estado de bienestar*. Ginebra: OMS. 2011 [Consultada el 4 de marzo de 2013]. http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/index.html
39. O'Connor, E. (2009). Screening for depression in adult patients in primary care settings: a systematic evidence review. *Annals of Internal Medicine*
40. Rajji, T. (2008). Use of antidepressants in late-life depression. *Drugs & aging*.
41. Reuland, D. (2009). Diagnostic accuracy of Spanish language depression-screening instruments. *Annals of family medicine*
42. R. Schoevers. (2009). Depression and excess mortality: evidence for a dose response relation in community living elderly. *International Journal of Geriatric Psychiatry*
43. Roose, S., & Schatzberg, A. (2005). The Efficacy of Antidepressants in the Treatment of Late-Life Depression. *Journal of Clinical Psychopharmacology*
44. Schoevers, R. (2006). Prevention of late-life depression in primary care: do we know where to begin? *American Journal of Psychiatry*.
45. Sheikh, J. (2004). Efficacy, Safety, and Tolerability of Sertraline in Patients with Late-Life Depression and Comorbid Medical Illness. *Journal of the American Geriatrics Society*

46. Smalbrugge, M. (2008). Screening for depression and assessing change in severity of depression. Is the Geriatric Depression Scale (30-, 15- and 8-item versions) useful for both purposes in nursing home patients? *Aging & mental health*
47. Spoelhof, G. (2011). Clinical Vignettes in geriatric depression. *American Academy of Family Physicians*.
48. Suija, K. (2012). Validation of the Whooley questions and the Beck Depression Inventory in older adults. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*
49. Tajalizadekhoob, Y. (2011). The effect of low-dose omega 3 fatty acids on the treatment of mild to moderate depression in the elderly: a double-blind, randomized, placebo-controlled study. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*.
50. Van 't Veer-Tazelaar, N. (2006). Prevention of anxiety and depression in the age group of 75 years and over: a randomised controlled trial testing the feasibility and effectiveness of a generic stepped care programme among elderly community residents at high risk of developing anxiety and depression versus usual care. *BMC public health*
51. Van Schaik, D. (2007). Interpersonal psychotherapy (IPT) for late-life depression in general practice: uptake and satisfaction by patients, therapists and physicians. *BMC family practice*
52. Van Zoonen, K. (2014). Preventing the onset of major depressive disorder: a meta-analytic review of psychological interventions. *International journal of epidemiology*,
53. Watson, L. (2003). Screening accuracy for late-life depression in primary care: a systematic review. *The Journal of family practice*
54. Weyerer, S. (2008). Prevalence and risk factors for depression in non-demented primary care attenders aged 75 years and older. *Journal of affective disorders*.
55. Wilkinson, P. (2009). A pilot randomised controlled trial of a brief cognitive behavioural group intervention to reduce recurrence rates in late life depression. *International journal of geriatric psychiatry*.

56. Yaacov G Bachner (2013). Psychometric properties of responses by clinicians and older adults to a 6-item Hebrew version of the Hamilton Depression Rating Scale (HAM-D6). *BMC Psychiatry*.

ANEXOS

Autor , año y nivel de evidencia	Título del artículo	Objetivos	Población	Muestra	Variables	Análisis estadístico	Procedimientos	Resultados	Conclusiones
1. Elizabeth A. O Connor (2009)/ Ila	Screening for Depression in Adult Patients in Primary Care Settings: A Systematic Evidence Review	Determinar los beneficios del tamizaje de la depresión en el adulto mayor en atención primaria, los beneficios del tratamiento de la depresión en adultos mayores y los efectos secundarios de los medicamentos	Revisión sistemática de estudios ramdomizados o controlados, revisiones sistemáticas o metaanálisis y estudios observacionales de efectos adversos y discontinuación temprana por efectos adversos	800 artículos de revisión de abstracts y 21 revisiones sistemáticas que cumplían criterios de inclusión	1. Screening 2. Depression 3. elderly	La síntesis de los datos fue cualitativa debido a la heterogeneidad. Para los estudios de cohorte para la pregunta clave 4, se calcularon las tasas de eventos absolutos y los IC para los eventos relacionados con el suicidio. Los IC del 95% se calcularon sobre la base de Poisson utilizando el procedimiento GENMOD con la opción RIESGO. En forma similar para los metanálisis de ensayos de antidepresivos de la pregunta clave 4 se calculó el IC mediante el procedimiento FREC	Dos investigadores calificaron la calidad de los artículos con base en los métodos USPSTF. El Instituto Nacional para la Salud y excelencia, criterios clínicos (diseñados en los estudios) y los criterios de Oxman (para las revisiones sistemáticas) complementan estos métodos. Los artículos para la pregunta 1 y 1.a se limitaron a estudios aleatorizados y controlados en atención primaria centrados en la respuesta de la depresión y remisión. La pregunta 4 centrada en estudios observacionales. Se examinó los efectos adversos relacionados con el tratamiento antidepresivo y los eventos relacionados con el suicidio o autolesión grave no fatal. Para adultos mayores se tomaron efectos adversos médicos como sangrado digestivo y	Pacientes que se tamizan tienen mejores tasas de remisión respecto al grupo no tamizado. Los que reciben programas de grupo de apoyo tienen reducción de los síntomas y más remisión. En adultos mayores no se encontró que existan efectos adversos con la realización de un tamizaje y tanto el tratamiento farmacológico como la psicoterapia resultan efectivos. Las tasas de abandono temprano de tratamiento son frecuentemente por efectos adversos o no respuesta al tratamiento, siendo mayor en adultos mayores. Se encontró mayor porcentaje de hemorragia digestiva con la combinación de AINES y antidepresivos. Los adultos mayores tienen menor riesgo de suicidio con el inicio del tratamiento en comparación con adultos jóvenes	Evidencia que apoya los programas que combinan la detección de la depresión y la retroalimentación pero con el apoyo de personal adicional que proporcione algún tipo de atención de los adultos que consulten en atención primaria. En los adultos mayores no hay evidencia de incremento de suicidio con antidepresivos de segunda generación vs placebo, pero si en adultos jóvenes en quienes debe ser más estricto la vigilancia al inicio del tratamiento y con paroxetina

							las tasas de interrupción temprana debido a efectos adversos. Se enfocó en IRSS principalmente por su gran uso en Estados Unidos		
2. Kadri Suija (2012)/ III	Validation of the Whooley questions and the Beck Depression Inventory in older adults	Comparar la sensibilidad y especificidad de las preguntas de Whooley y el Inventario de Beck para el tamizaje de depresión	N : 1008 nacidos entre 1935 y octubre de 1990 en la población de Oulu, Finlandia y participaron 831 personas en el primer estudio	La muestra para estos análisis consistió de 424 adultos mayores de 60 años de edad (de acuerdo con los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades que viven en 13 edificios públicos o de gestión privada designa como "viviendas para personas	1.Elderly 2.Depression 3.Screening instruments 4.validation studies	Se puso a prueba la equivalencia de medición con SEM adaptado para los indicadores categóricos utilizando Mplus 6. Primero se investigó la invarianza para calcular el factor de análisis confirmatorio (CFA) en ambos grupos étnicos y posteriormente se evaluó al invarianza métrica obligando a ambas cargas y umbrales a ser iguales. Se utilizaron los factores de puntuaciones Bayesianos para obtener los pesos de regresión. La fiabilidad de los materiales compuestos, es decir, la correlación al cuadrado entre la	La identidad étnica fue medida con un auto-informe con una elección forzada. Se utilizaron las siguientes seis medidas: ansiedad se evaluó con el CIDI-corto de ansiedad, la depresión se midió con el CES-D versión corta, se evaluó apoyo social, estrés social se evaluó con la escala de reajuste social que resume el número de acontecimientos vitales estresantes. Se tomaron otras co-variables que jugaron un papel decisivo en la modelación de la sintomatología del CES-D: años de vivir en Hartford y el consumo de alcohol (0=nunca a 6=diario, y los tiempos usados en	Los puntajes bayesiano del CES-D tenían los más altos índices de confiabilidad, seguido de las puntuaciones estimadas de los factores, el peso de la unidad, y los puntajes ponderados. Los Puntajes bayesianos CES-D, puntuaciones de los factores, y sorprendentemente uno de tres ítems de la puntuación breve del CES-D exhibieron mejor validez convergente de la unidad de peso y puntuaciones ponderadas del CES-D.	La escala breve de la CES-D emerge como una medida segura en afroamericanos y adultos mayores de Puerto Rico. Se concluye que el personal médico podría enfatizar en los tres síntomas de la escala como parte del tamizaje del adulto mayor y se puede modelar con confianza las correlaciones entre la escala breve de CES-D y sus correlatos

				mayores" que se encuentra en Hartford		<p>verdad latente y las puntuaciones compuestas, se han estimado directamente con los modelos de medición que contienen partituras tanto latentes y compuestas, con indicadores sobre la regresión de CES-D y el compuesto retrocedido en todos los indicadores y con el error residual del conjunto compuesto a cero. La validación convergente s comparación de las relaciones de las puntuaciones de CES-D frente a CES-D verdadera con siete variables sustancialmente relacionadas</p>	los últimos 30 días)		
--	--	--	--	---------------------------------------	--	---	----------------------	--	--

<p>3. Lea C. Watson (2003)/ III</p>	<p>Screening accuracy for late-life depression in primary care: A systematic review</p>	<p>Determinar la precisión de los instrumentos de tamizaje de depresión para adultos mayores en un primer nivel de atención</p>	<p>1325 artículos potenciales</p>	<p>18 artículos que cumplieron los criterios de inclusión y exclusión</p>	<p>Depression Depressive disorder Mass screening Sensitivity and specificity Reproducibility of results primary health care Ambulatory care Family practice Nombres de instrumentos comunes de tamizaje de depresión en el adulto mayor</p>	<p>Revisión bibliográfica y análisis de resultados</p>	<p>MEDLINE, PsycINFO (búsqueda Fechas de 1966 a enero de 2002), y la base de datos Cochrane sobre la depresión, la ansiedad y la neurosis. También se buscó en la segunda Guía de los servicios clínicos preventivos, la Agencia 1993 de Políticas de Salud de Atención e Investigación Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión, y recientes revisiones sistemáticas. Verificación de bibliografías y extensa revisión por pares también se utilizó para identificar artículos potenciales.</p>	<p>Dieciocho artículos cumplieron con los criterios y se incluyen en esta revisión, lo que representa 9 instrumentos de detección diferentes. El evaluado con mayor frecuencia fue la Escala de Depresión Geriátrica (30- y 15-items), el La Escala de Depresión Centro de Estudios Epidemiológicos CES, y el SelfCare (D). Las diferencias en el rendimiento de estos tres instrumentos fueron mínimos; sensibilidades oscilaron entre 74% a 100% y especificidades variaron de 53% a 98%</p>	<p>Instrumentos de evaluación precisos y viables están disponibles para la detección de la depresión tardía en la atención primaria. Se necesita más investigación para determinar la exactitud del cribado de la depresión para las personas con demencia, y para las personas con trastornos depresivos subliminales.</p>
-------------------------------------	---	---	-----------------------------------	---	---	--	--	--	---

<p>4. Alex J. Mitchell (2007)/ la</p>	<p>Do ultra-short screening instruments accurately detect depression in primary care?</p> <p>A pooled analysis and meta-analysis of 22 studies</p>	<p>Determinar la precisión de los instrumentos de tamizaje ultra-cortos para detectar depresión en atención primaria</p>	<p>75 estudios posibles</p>	<p>22 estudios STADS (Standards for Reporting of Diagnostic Accuracy) compatibles sobre ensayos ultra cortos se introdujeron en el análisis</p>	<p>Depression; diagnostic techniques and procedures; meta-analysis; screening; sensitivity and specificity.</p>	<p>Las siguientes bases de datos abstractos se buscaron. (Términos MeSH) Medline 1966-junio de 2006, PsycINFO 1887-junio de 2006, EMBASE 1980-junio de 2006, y CINAHL 1982 a junio de 2006. Se hicieron búsquedas en una serie de colecciones de textos completos incluyendo Science Direct, Ingenta Select, Ovidio Texto completo, y Wiley Interscience. En estas bases de datos en línea se utilizan los mismos términos de búsqueda, sino como una búsqueda de texto y la cita de búsqueda completa. La base de datos Web of Knowledge abstracto (versión 3.0, ISI) fue registrada, el uso de los términos anteriores como una búsqueda de la palabra de texto, y el uso de los papeles clave en una búsqueda de citas inversa.</p>	<p>Análisis de resultados comparando los metanálisis con los análisis de grupo y finalmente comparando con lo hallado en la literatura</p>	<p>El metanálisis reveló una precisión mejor que el azar ($P < 0,001$). Análisis grupal de pruebas de una sola pregunta reveló una sensibilidad de 32,0% y una especificidad del 97,0% (valor predictivo positivo [VPP] fue 55,6% y valor predictivo negativo [VPN] fue del 92,3%). Para dos y tres preguntas, la sensibilidad global en el análisis fue 73,7% y la especificidad fue del 74,7% con un VPP del 38,3%, pero sólo un VAN combinada del 93,0%. El índice de Youden para un solo elemento y múltiples preguntas artículo fue 0,289 y 0,47, respectivamente, lo que sugiere la superioridad de múltiples preguntas.</p>	<p>Una prueba de una sola pregunta identifica sólo tres de cada 10 pacientes con depresión en la atención primaria. Pruebas de dos- tres ítems se desempeñan mejor, la identificación de ocho de cada 10 casos. Esto es a expensas de una tasa de falsos positivos (sólo cuatro de cada 10 casos, con una puntuación positiva son realmente deprimido). Los test ultra-cortos parecen ser un método para descartar un diagnóstico y sólo se deben utilizar cuando hay recursos suficientes para la evaluación de segunda etapa de los que dan positivo.</p>
---------------------------------------	--	--	-----------------------------	---	---	--	--	--	---

<p>5. Alex J. Mitchell (2010)/ la</p>	<p>Diagnostic Validity and added value of the geriatric depression scale for depression in primary care: A meta-analysis of GDS 30 and GDS 15</p>	<p>Determinar la validación y valor agregado de la escala de depresión geriátrica de 15-30 ítems en atención primaria</p>	<p>69 estudios</p>	<p>17 estudios; 10 para GDS 15 y 7 para GDS 30</p>	<p>Late-life depression Meta-analysis Primary care Geriatric Depression Scale Diagnostic accuracy Diagnostic validity Sensitivity Specificity Utility index</p>	<p>Para la precisión se determinaron los valores predictivos positivo y negativos conocida como la fracción correcta (FC) o eficiencia de un test. Para la FC un 60% fue tomado como “adecuada” y un 80% como “buena”. Las diferencias estadísticas se utilizaron con el chi cuadrado.</p> <p>Se calculó el peso del metanálisis con la sensibilidad y especificidad y luego se calculó el valor predictivo positivo y negativo de acuerdo a la prevalencia de los datos. La heterogeneidad fue de moderada a alta, y para los efectos del azar se utilizó StatsDirect.2.6.2.</p> <p>La utilidad clínica se utilizó el índice de utilidad positiva=sensibilidad x PPV y el índice de utilidad negativa=especificidad x NPV.</p> <p>LLa interpretación del</p>	<p>Una búsqueda identificó 69 estudios que medían la validación diagnóstica de la GDS desde una intervención psiquiátrica semi estructurada y de esos 17 análisis (en 14 publicaciones) fueron realizadas en atención primaria. La heterogeneidad fue de moderada a alta, por lo tanto efectos aleatorios fueron utilizados</p>	<p>La precisión diagnóstica de la GDS 30 después de la ponderación de los metanálisis tuvo una sensibilidad de 77.4% (95% IC=66.3-86.8%) y especificidad=65.4% (95% IC= 44.2%-83.8%). Para la GDS 15 la sensibilidad fue del 81.3% (95% IC= 77.2% - 85.2%) y especificidad del 78.4% (95% IC=71.2%-84.8%). La fracción correctamente identificada (eficiencia) fue mayor para la GDS 15 que para la GDS 30. La GDS fue “mejor” para tamizaje y la GDS 30 “adecuada” para el cribado. Respecto al valor agregado, la habilidad para diagnosticar depresión, con una prevalencia del 15% para la GDS 30 no agregó beneficio, mientras que para la GDS 15 identificó adicionalmente 4 casos por cada 100 atendidos en atención primaria. Esto estima la potencial ganancia de la GDS 15 en atención primaria</p>	<p>El rendimiento de la GDS en atención primaria da un potencial valor agregado. Se recomienda la GDS 15 en el diagnóstico de la depresión en la edad tardía pero no la GDS 30</p>
---------------------------------------	---	---	--------------------	--	---	---	---	---	--

						índice de utilidad mayor de 0.81 es excelente, mayor o igual de 0.64 es bueno, mayor o igual de 0.49 es satisfactorio/adeecuado y menor de 0.49 es pobre			
6. Kok, Rob M (2011)/la	Continuing treatment of depression in the elderly: A systematic Review and Meta Analysis of double-Blinded Randomized controlled trials with antidepressants	Establecer la eficacia y tolerabilidad de continuar el tratamiento con antidepresivos en prevenir recurrencias en pacientes adultos mayores deprimidos y analizar diferencias entre antidepresivos tricíclicos e IRSS	11 RTC	8 RTC cumplían los criterios de inclusión y exclusión	Continuation therapy Maintenance therapy Antidepressants systematic review meta-analysis RCT elderly	Se buscó en la literatura en las bases de PubMed, EMBASE, y biblioteca de Cochrane desde junio del 2009 sin restricción en el lenguaje Se usó la SPSS para calcular la X^2 . El número de pacientes con recaída o recurrencia fue calculado usando el Odds Ratio (OR) y las diferencias de riesgo (RDs) y son presentadas con un intervalo de confianza del 95%. En el caso del I^2 fue de heterogeneidad. También se calculó el NNT	Se incluyeron estudios ramdomizados doble ciegos en pacientes mayores de 55 años, en pacientes con diagnóstico de depresión mayor según DSM, CIE o "Research Diagnostic Criteria (RDC)"	El NNT con antidepresivos para evitar una recaída o recurrencia fue de 3.6. El NNT para antidepresivos tricíclicos fue de 2.9 comparado con el NNT de los IRSS que fue de 4.2. En cinco de los estudios el número de pacientes que abandonaron o interrumpieron el tratamiento fue de 4.2% usando un antidepresivo contra un 5.2% utilizando placebo. La tolerabilidad no difiere entre los antidepresivos tricíclicos y los inhibidores de la recaptación de la serotonina	Continuar un tratamiento con antidepresivos en pacientes adultos mayores es eficaz comparado con placebo en prevenir recaídas y recurrencias. Eficacia y tolerabilidad no difiere entre los ATC y los IRSS

7. Kim van Zoonen (2014)/ la	Preventing the Onset of Major Depressive Disorder: A Meta-analytic Review of Psychological Interventions	Comparar la eficacia de las medidas preventivas en reducir la incidencia de depresión	Prevenición Tipos de prevención Depresión	7447 artículos en PubMed, 2707 en Cochrane, 932 en Psychinfo y 1802 en EMBASE	32 artículos incluidos en síntesis cuantitativa (metanálisis)	<p>Se utilizó el paquete de software de Meta-Análisis Integral, versión 2.2.021. Se calculó la proporción de incidencia (RTI) para desarrollar un trastorno depresivo en la intervención en comparación con el grupo de control para cada estudio. Se calculó la media agrupada de las TIR.</p> <p>. También se calculó el NNT que se calculó como la inversa de la diferencia de riesgo absoluto agrupado. Como una prueba de homogeneidad de los tamaños del efecto, se calculó la I^2 estadística, que es un indicador de la heterogeneidad, donde un valor de 0% indica que no hay heterogeneidad, y el 25%, 50% y 75% pueden ser interpretados como bajo, moderado y altos niveles de heterogeneidad.</p> <p>Se calcula el 95% intervalos de confianza (IC) alrededor de I^2, utilizando el enfoque</p>	metanálisis de estudios controlados randomizados examinando los efectos de las intervenciones preventivas en pacientes sin trastorno depresivo de base y la incidencia de depresión al seguimiento	<p>Se encontró que el riesgo relativo de desarrollar un trastorno depresivo tuvo una incidencia de razón de tasa de 0.79, indicando un 21% de reducción en la incidencia en los grupos de prevención en comparación con los grupos control.</p> <p>No se encontraron diferencias entre la tipo de prevención (selectiva, indicativa o universal) ni en la técnica de intervención (TCC, psicoterapia interpersonal u otros)</p>	Las técnicas de intervención resultan factibles y pueden ser en adición al tratamiento efectivas en evitar o reducir el inicio de trastornos depresivos. Prevenir o evitar la aparición de esos trastornos contribuyen a la reducción de los costos económicos asociado a la enfermedad
------------------------------	--	---	---	---	---	--	--	---	---

						<p>basado en el chi cuadrado.</p> <p>También se calculó el Q estadístico y probamos el nivel de significación.</p> <p>El sesgo de publicación se puso a prueba mediante la inspección del gráfico en embudo en la medida de resultado primaria y por el procedimiento de Duval y Tweedie.</p> <p>Además, se realizó la prueba de Egger</p>			
8. Chunyu Li (2007) / III	Validity of the Patient Health Questionnaire 2 (PHQ-2) in identifying major depression in older people	Determinar el rendimiento del PHQ-2 contra los criterios estándar de diagnóstico de depresión mayor según DSM IV, y examinar este rendimiento por edad, sexo y grupos étnicos/raciales	Participantes en el NESARC (National Epidemiology Survey on Alcohol and Related Conditions) mayores de 65 años	8205	depressive disorder; major depression; aged; sensitivity and specificity; minority groups	Se examinaron los criterios de validez (sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo (VPP), y el área bajo la curva) y validez de constructo. Se calculó el índice de Youden J que va de 0 para una prueba sin valor a 1 para una prueba perfecta. La validez de constructo de la PHQ-2 en la identificación de la depresión mayor se examinó con el uso de las correlaciones de Spearman con SF-12 y	Criterios de validación del PHQ-2 (sensibilidad, especificidad y AUC desde el DSM IV) y la validación constructa (correlaciones de Spearman) de comparación con la escala SF-12	La validación del PHQ-2 fue bueno (sensibilidad 100% y especificidad del 77%, AUC=0.88). La especificidad aumenta con la edad y fue mayor en hombres con respecto a las mujeres, y difiere entre grupos raciales/étnicos	El PHQ-2 es un instrumento válido de cribado para la depresión mayor en las personas mayores que debe ser seguido por un proceso de diagnóstico más exhaustivo. A pesar de su especificidad es diferente según la edad, el sexo y los grupos raciales y étnicos, estas diferencias parecen ser de poca importancia clínica

					<p>el análisis de sensibilidad se realizó comparando el PHQ1 (estado de ánimo deprimido), la pHQ2 (anhedonia), la pHQ-2 tanto el estado de ánimo deprimido y anhedonia), PHQB (ambas respuestas positivas) con los criterios del DSM-IV para la depresión mayor.</p> <p>Se utilizaron pruebas de chi-cuadrado de Pearson (para las variables categóricas, como el sexo) y las pruebas de la t de Student (para variables continuas como la edad) para identificar diferencias significativas en los factores de riesgo para la depresión mayor.</p> <p>Los análisis se realizaron utilizando Stata versión 8.2 (Stata Corp, la estación de lege Col-, TX).</p>			
--	--	--	--	--	--	--	--	--

9. Christopher Bridle (2012)/ Ia	effect of exercises on depression severity in older people: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials	Estimar el efecto del ejercicio en los síntomas de depresión en las personas mayores y evaluar si los efectos del tratamiento varían según los criterios de depresión usados para determinar los participantes elegibles	Se encontraron 2933 citas y de ellos 2757 fueron excluidos durante la fase inicial. Se excluyeron los que tenían seguimiento menos de 3 meses, edad menor de 60, no intervención con ejercicio, por lo cual quedan 9 estudios	9 estudios	exercise, depression and age	La heterogeneidad del estudio fue medida por el I ² , la cual fue considerada con valores por encima del 40%. En la ausencia de heterogeneidad (menor del 40%) los efectos individuales fueron combinados estadísticamente usando la varianza inversa. El efecto del ejercicio en la severidad de la depresión fue estimado en sub grupos especificados.	Estudios randomizados controlados de ejercicio en la depresión en el adulto mayor, edades mayores de 60 años de artículos desde el 2011 de las bases de datos de CDSR, DARE, UK-NRR, CCT, HSRProj, CENTRAL, Medline; Embase, PsycINFO, SSCI, SportsDiscus, AMED, CINAHL, BioMed Central, HealthPromis, Index of Conference Proceedings, Theses, SIGLE and GreyLit, y utilizando MeSH con las palabras claves	Nueve ensayos cumplieron los criterios de inclusión y siete fueron meta-análisis. El ejercicio se asoció con una severidad de la depresión significativamente menor (diferencia de medias estandarizada (DME) = 70,34; IC del 95%: 70,52 a 70,17), con independencia de participantes que se determinó por el diagnóstico clínico (DME = 70,38; IC del 95%: 70,67 a 70,10) o síntomas (DME = 70,34; IC del 95%: 70,62-70,06).	Nuestros resultados sugieren que, para las personas mayores que se presentan con síntomas clínicamente significativos de depresión, la prescripción de ejercicio estructurado a la medida de la capacidad individual reducirá gravedad de la depresión.
10. Günter Klug (2010)/ Ib	Effectiveness of home treatment for elderly people with depression; randomised controlled trial	Probar la eficacia del tratamiento en el hogar para las personas de edad avanzada que viven de manera independiente	Fue un estudio controlado aleatorizado, realizado en Austria de pacientes mayores de 64 años con diagnóstico de depresión con CIE 10 con un funcionamiento global moderadamente disfuncional	Inicialmente 60 pacientes y al final 51, ya que 6 no concluyeron el estudio ya que se negaron, 2 con demencia y 1 falleció.	Tratamiento en el hogar Depresión Adulto mayor efectividad	Se utilizó el programa SPSS para Windows 16 para comparar los grupos de intervención y control. Se presentan las estadísticas descriptivas, con distribuciones de frecuencias y porcentuales para los datos categóricos y los medios, y para los datos continuos con desviaciones estándar o los intervalos de	60 pacientes en un periodo de seguimiento de 1 año vs tratamiento convencional. El punto principal era el nivel de síntomas depresivos después de 3 y 12 meses y los puntos secundarios funcionamiento global y calidad de vida subjetiva, admisión a casas de cuidado, duración de la estancia	Los pacientes que tuvieron en casa tratamiento presentaron menos síntomas depresivos, mejor funcionamiento global y mejor calidad de vida, y en 1 año tuvieron menos admisiones a casas de cuidado, disminuyó el costo y los ingresos a hospitales psiquiátricos.	El tratamiento en casa parece ser un modelo de servicio efectivo y costoefectivo para adultos mayores con depresión

			<p>con un GAF entre 21 y 60, y vivían independientemente</p>			<p>confianza del 95%, respectivamente. Los resultados sobre los síntomas depresivos, el funcionamiento global se compararon en los análisis de covarianza individuales (ANCOVAs) para las actividades de seguimiento a los 3 meses y los 12 meses. Las puntuaciones basales del criterio de resultado elegido se incluyeron como covariable. Las admisiones a hogares de ancianos psiquiátricos fueron analizadas utilizando una prueba de chi cuadrado. Para comparar los días en la atención psiquiátrica a pacientes internos y los costos de la atención, se aplicó un procedimiento de Bootstrap no paramétrico.</p>	<p>hospitalaria psiquiátrica y costos</p>		
--	--	--	--	--	--	---	---	--	--

<p>11. Yaser Tajalizade khoob (2011)/ Ib</p>	<p>The effect of low-dose omega 3 fatty acids on the treatment of mild to moderate depression in the elderly: a double-blind, randomized, placebo-controlled study</p>	<p>Determinar el efecto de los ácidos grasos de omega 3 en la depresión leve-moderada en los adultos mayores</p>	<p>1050 adultos mayores residentes de KCF</p>	<p>66 pacientes, 33 con suplementos de pescado y 33 con placebo</p>	<p>x-3 polyunsaturated fatty acids Fish oils Depression Elderly</p>	<p>Los análisis estadísticos se realizaron utilizando el software SPSS 17.0 (SPSS Inc., Chicago). Los valores inferiores a 0,05 se consideraron significativos. Para las evaluaciones de datos no paramétricos, se utilizó el chi-cuadrado y la prueba exacta de Fisher. Se utilizó una prueba t para comparar GDS-15 y las puntuaciones sin categorización entre los grupos. Se utilizó una prueba t pareada para comparar las puntuaciones al principio y el final del estudio en cada grupo. Una prueba repetida medida y una de dos vías ANOVA se utilizaron para ajustar el colesterol, índice de masa corporal, y la historia de las disfunciones de la tiroides para evaluar el efecto del tratamiento entre los grupos. El estadístico era ciego para los grupos de aceite de pescado y con placebo.</p>	<p>Estudio doble ciego aleatorizado y comparado contra placebo. Se utilizó como punto la GDS 15, entre los otros criterios de inclusión tomaron en cuenta que no tuvieran enfermedad terminal, Parkinson ni ninguna condición médica inestable, ni alergia a comidas, que no hubiera usado suplementos de pescado en los 3 meses previos, sin trastorno psiquiátrico excepto depresión y ansiedad, ni que presentaran retardo mental o demencia</p> <p>La dosis del ecosapentanoico de 180 mg y docosahexanoico 120 mg</p>	<p>Habían pacientes en tratamiento con ATC e IRSS</p> <p>Se tuvo que hacer un ajuste para equiparar ambos grupos</p> <p>Se obtuvo una disminución significativa del GDS, y se observó principalmente en las personas que no estaban tomando antidepresivos, por lo cual se sugiere que es útil en depresión leve-moderada. Hubo mejoría de base de todos los participantes, el GDS era de 7.24 en el grupo de intervención y en el placebo de 7.21, y eliminando a los que se encontraban sin antidepresivos tenían un promedio de 6.93 en el de intervención y 7.03 en el de placebo, y al final de todos los participantes, el grupo de intervención tenía un GDS de 6 y sin antidepresivos de 5,46 y en el grupo placebo mantuvieron 6,91 y sin antidepresivos de 6.95. La p fue significativa para ambos 0.02 y sin antidepresivos 0.001</p>	<p>El tratamiento con x-3 PUFAs fue clínicamente más eficaz en el tratamiento de la depresión en comparación con el placebo. En este estudio, a dosis bajas x-3 PUFAs en algunos tuvieron eficacia en el tratamiento de la depresión leve a moderada en los participantes de edad avanzada.</p>
--	--	--	---	---	--	--	--	--	---

<p>12. Ngairé Kerse (2010)/ Ib</p>	<p>Home based activities program for older people with depressive symptoms: DeLLITE-A A randomized controlled trial</p>	<p>valorar la efectividad de un programa de educación física en la casa en mejoría de la función, calidad de vida y afecto en pacientes mayores con síntomas depresivos</p>	<p>Pacientes del área central de Auckland de 75 años o más que hablaran inglés, sin demencia o inestabilidad de condiciones médicas que le imposibilitaran actividad física. Se hacían tres preguntas (sentimiento de tristeza/desesperanza, pérdida de interés y si desearía ayuda). Inclusión entre marzo del 2006 y enero del 2007</p>	<p>193 pacientes</p>	<p>Activities program Older people Depressive symptoms</p>	<p>Las características basales fueron descritas por los grupos de intervención y control. Los análisis de regresión se utilizaron para investigar si había una diferencia entre la intervención y el control de cambio de grupo en los resultados de más de 12 meses. Se utilizaron modelos mixtos lineales generalizados (GLMM). Los efectos aleatorios en los modelos se tenían que ajustar para parejas, ya que habían sido asignados al azar el mismo tratamiento, y para el médico de atención primaria de origen como una variable potencial. El uso de medicación antidepresiva se inscribió en el análisis de medidas repetidas como una covariable dependiente del tiempo cuando se examina el estado de ánimo como un resultado</p>	<p>estudio controlado aleatorizado, 193 pacientes de 75 años o más, con síntomas depresivos La intervención se refiere a un programa individualizado de actividad física o visitas a domicilio y se valoraron por 6 meses Los puntos principales eran: función, prueba de actividad física con balance y movilidad, y una escala de Nottingham y los puntos secundarios eran calidad de vida y escala de 36 ítems de resultados de historia médica, afecto y GDS 15, actividad física y Aucklan heart study physical activitie questionnaire y el reporte de caídas</p>	<p>La edad media de los participantes fue de 81 años y 59% eran mujeres. Todos los participantes se calificaron en la categoría de riesgo de depresión, el 53% tenía un diagnóstico del Manual de los Trastornos Mentales o Clasificación Internacional de Enfermedades, Décima Revisión diagnóstico de depresión mayor diagnóstico o más de 4 en el GDS-15 al inicio del estudio , indicando la depresión moderada o grave. Casi todos los participantes, 187 (97%), completaron el ensayo. En general, no hubo diferencias en el impacto de las 2 intervenciones en los resultados. Estado de ánimo y relacionados con la salud mental de la calidad de vida mejoró en ambos grupos.</p>	<p>El programa de actividades DeLLITE mejoró el estado de ánimo y la calidad de vida de las personas mayores con síntomas depresivos, tanto como el efecto de las visitas sociales. Las futuras intervenciones sociales y de actividad deben ser probadas en contra de un verdadero control de atención habitual.</p>
------------------------------------	---	---	---	----------------------	--	--	---	--	---

13. Nelleke van 't Veer-Tazelaar (2006)/IIb	Prevention of anxiety and depression in the age group of 75 years and over: a randomised controlled trial testing the feasibility and effectiveness of a generic stepped care programme among elderly community residents at high risk of developing anxiety and depression versus usual care							Una influencia positiva de la intervención, un programa de atención escalonado, en los síntomas de la depresión y la ansiedad y en la calidad de vida evaluada con el CES D, HADS A y SF36 respectivamente (es decir, la estabilización o mejoría de los síntomas)	
14. Javaid I. Sheikh (2004)/ Ib	Efficacy, Safety, and Tolerability of Sertraline in Patients with Late-Life Depression and Comorbid Medical Illness Clinical Trial; Journal Article; Multicenter Study; Randomized Controlled Trial; Research Support, Non-	Reportar la eficacia, seguridad y tolerabilidad de la sertralina en pacientes mayores con depresión con o sin comorbilidades médicas	752 pacientes se incluyeron los que tenían 17 puntos o más de la escala de Hamilton y un mínimo de 4 semanas de duración. Se excluyeron los que tenían un antecedente de depresión bipolar, esquizofrenia y otras psicosis,	752 pacientes de 60 años o más con diagnóstico de trastorno depresivo mayor según DSM IV	late-life; depression; comorbid illness	Las tres variables de resultado primarias fueron HAMD, CGI-S, y las puntuaciones CGI-I. al inicio, 2, 4, 6, y 8 semanas y cierre. El análisis de los modelos de covarianza se utilizó para comparar el cambio promedio desde el inicio hasta el punto final para las variables de resultado primarias. Se examinaron los efectos principales	Estudio randomizado, doble ciego, estudio placebo-control con sertralina (dosis flexibles de 50-100 mg) Las medidas de resultados incluyeron los 17 ítems de la Escala de Depresión de Hamilton, la Impresión Global Clínica (CGI), eficacia y seguridad, cuestionario	La sertralina fue superior respecto a placebo en las primeras tres mediciones. Además, la respuesta terapéutica de sertralina fue comparable en aquellos con o sin comorbilidades médicas. Sertralina también fue asociada con un mayor tiempo de respuesta rápida que el placebo en el grupo con comorbilidad. La sertralina en el grupo con comorbilidades tuvo	La sertralina fue eficaz en reducir la sintomatología depresiva, sin tomar en cuenta la presencia de comorbilidades médicas. La sertralina fue bien tolerada tanto en pacientes con o sin comorbilidades médicas

	U.S. Gov't		<p>un MME menor de 24 o con demencia, desorden mental orgánico o diagnóstico de retardo mental según DSM IV y cualquier condición médica inestable. Pacientes con enfermedades médicas estables o enfermedades crónicas se les permitió ingresar al estudio</p>			<p>para el grupo de comorbilidad y el grupo de tratamiento en general y de las posibles interacciones, con el valor de referencia utilizado como la covariable (con la excepción de CGI-I). Las estimaciones de Kaplan-Meier se utilizaron para estimar la distribución de tiempo de respuesta y la remisión. Se consideró p de 0.05 significativa.</p>	<p>de calidad de vida y satisfacción, y resultados médicos de 36 ítems de estado de salud</p>	<p>similares eventos adversos y discontinuación comparados con aquellos del grupo sin comorbilidades</p>	
--	------------	--	---	--	--	---	---	--	--

<p>15. G. A. Brenes (2007)/ III</p>	<p>Treatment of minor depression in older adults: A pilot study comparing sertraline and exercise</p>	<p>Determinar la eficacia de la sertralina y el ejercicio en el tratamiento de la depresión del adulto mayor</p>	<p>Participantes de 65 años o más con 2-4 síntomas de depresión, se excluyeron pacientes con MME menor de 22 o los que actualmente estaban medicados o que tuvieran contraindicación al medicamento o contraindicación médica (enfermedad ortopédica o enfermedad cardiopulmonar que limitara el ejercicio aeróbico), abuso de alcohol o drogas, desorden bipolar u otras enfermedades psiquiátricas (ejemplo esquizofrenia o psicosis).</p>	<p>37 pacientes</p>	<p>Treatment Minor depression Older adults</p>	<p>Las diferencias en las características basales entre los grupos de intervención fueron examinadas utilizando los t-test y 2 análisis. Se realizaron una serie de análisis de la varianza (ANOVA) para examinar diferencias entre los grupos en los diferentes resultados físicos y emocionales al inicio del estudio y después de cuatro meses. También se llevaron a cabo una serie de ANCOVAs para examinar diferencias entre los grupos, tras controlar los valores de referencia sobre el cambio de cuatro meses en estos resultados. Por último, para algunas variables de resultado seleccionados, los gráficos se trazan sobre la base de los análisis ANCOVA con ajuste para la puntuación de referencia para mostrar las diferencias de grupo en el cambio de cuatro meses en estos resultados. Los</p>	<p>Se aplicó el PHQ 9 para el diagnóstico de depresión menor. Las medidas fueron hechas al inicio y 4 meses posteriores al tratamiento elegido</p> <p>Intervenciones</p> <p>A. Medicación: 25 mg sertralina por 1 semana y luego 50 mg por 2 semanas. La dosis podía ser incrementada a 100 mg a la semana 4 y a 150 mg a la semana 8. Se utilizaba el PHQ para valorar la respuesta-dosis</p> <p>B. Ejercicio: 3 días por semana por 16 semanas. Ejercicios aeróbicos y de resistencia, sesiones de 1 hora distribuidos en 5 minutos de calentamiento, 15 minutos de ejercicio aeróbico, 20 minutos</p>	<p>Participantes en el grupo de sertralina y ejercicio mostraron disminución en las tasas de severidad de depresión. De la misma manera se mostró que en los dos grupos había una mejoría en el SF 36.</p> <p>Todos los participantes demostraron una disminución en la GDS 15. Con respecto a los cambios en la función física, hubo una tendencia en los pacientes con actividad física a experimentar una mayor mejoría desde su base. Los pacientes con tratamiento usual experimentaron menor mejoría en la funcionalidad física, mientras que los participantes con sertralina experimentaron una ligera declinación.</p>	<p>Se demostró que el ejercicio y la sertralina son superiores con respecto al tratamiento usual en reducir la severidad de los síntomas.</p> <p>Con respecto al componente mental del SF 36, hubo una mejoría mayor en el grupo de ejercicio comparado con el de tratamiento usual.</p>
-------------------------------------	---	--	--	---------------------	--	---	--	---	--

						tamaños del efecto de las intervenciones (ejercicio y medicación) se calcularon como la diferencia en el cambio de cuatro meses entre el grupo de intervención y la atención habitual, dividido por la desviación estándar del cambio de cuatro meses en ambos grupos.	de la fase de ejercicio de resistencia y 5 minutos del período de enfriamiento. Los ejercicios avalados por el colegio americano de medicina del deporte. C. Tratamiento usual		
16. Tarek K. Rajji (2008)/ III	Use of Antidepressants in Late-Life Depression	Determinar la eficacia de los antidepresivos en la edad adulta tanto en la etapa aguda como de mantenimiento.	6216 artículos	154 citas bibliográficas	Antidepressants Late life depression	Búsqueda de artículos y análisis de resultados	Se realizó una revisión sistemática de literatura en inglés desde 1996 a agosto del 2007 y se presentan resultados relevantes de la eficacia de antidepresivos en la etapa aguda y de mantenimiento de la depresión en edad tardía en la base de datos de MEDLINE, EMBASE, CINAHL y psycinfo. Se incorporaron pacientes mayores de 60 años y las estrategias de búsqueda fueron	En el tratamiento agudo se favorece el uso IRRS y usualmente se da por 4-6 semanas. También los tricíclicos han demostrado eficacia. En la depresión menor y distimia la paroxetina ha demostrado eficacia unido a tratamiento psicológico. La literatura sugiere la necesidad de 4 a 6 meses de continuación de la farmacoterapia para consolidar la remisión. Para el mantenimiento se ha establecido para pacientes con depresión recurrente por 3 años y en pacientes mayores con episodio único de depresión por 2 años. En la fase de mantenimiento	Se ha demostrado que el tratamiento de continuación y mantenimiento reducen las tasas de recurrencia o recaída

							diseñadas por la Universidad McMaster Hamilton Canadá. Con el tratamiento y estrategias se buscaron con alta sensibilidad y especificidad	también se ha recomendado el uso de IRRS y ATC; y los estudios mencionan principalmente la paroxetina y la nortriptilina	
--	--	--	--	--	--	--	---	--	--

<p>17. Philip Wilkinson (2008)/ IIb</p>	<p>A pilot randomised controlled trial of a brief cognitive behavioural group intervention to reduce recurrence rates in late life depression</p>	<p>Estandarizar la entrega de un grupo con terapia cognitiva conductual. Aplicar la intervención en el marco de investigación y su efecto en las tasas de recurrencia en adultos mayores deprimidos, en preparación para un estudio definitivo</p>	<p>Centro de reclutamiento de Oxford o Southampton con 75 adultos mayores</p>	<p>45 pacientes</p>	<p>cognitive behaviour therapy; depressive disorder; older adults</p>	<p>El análisis primario se realizó en participantes con datos completos al inicio del estudio, 6 meses y 12 meses, incluyendo los que no reciben el tratamiento asignado, que se llevó a cabo utilizando regresión de Poisson, ajustando los errores estándar estimados para la posible correlación entre los grupos de TCC, con un análisis más detallado de ajuste para el valor de referencia. El resultado secundario se analizó de manera similar.</p>	<p>45 adultos de edades de 60 años o más quienes tienen criterios por CIE10 para depresión mayor en el año previo y quienes estén tomando antidepresivos fueron randomizados en grupo con combinación de TCC/antidepresivos o antidepresivos solamente.</p> <p>La severidad de la depresión fue medida al inicio, a los 6 y 12 meses después de recibir la TCC con la escala de depresión de Montgomery</p>	<p>Las tasas de recurrencia a un año con la escala de Montgomery fueron alentadoramente bajas en participantes que recibieron terapia cognitivo conductual (27.8%) comparado con el grupo control (44.4%)</p>	<p>El uso de terapia cognitivo conductual en pacientes con depresión que toman tratamiento farmacológico, mejora las tasas de recurrencia</p>
---	---	--	---	---------------------	---	---	---	---	---

18. Kok RM (2009)/ IIb	Outcome of late-life depression after 3 years of sequential treatment	Estudiar los resultados de un protocolo de tratamiento secuencial en el adulto mayor, en pacientes severamente deprimidos	81 pacientes	81 pacientes	<p>Todas las comparaciones fueron hechas con SPSS 14.0 windows usando 2 tests y presentados con valores de p</p> <p>Con la remisión de la depresión y predictores de remisión usando análisis de supervivencia (proporción de hazard)</p>	<p>Se tomaron pacientes con diagnóstico de depresión y una escala de Montgomery con puntaje mayor de 20, tratados con venlafaxina (dosis inicial de 75 mg) o nortriptilina (25 mg inicial incrementando a 75 mg en los primeros 8 días) basado en la eficacia, tolerabilidad y niveles séricos (en el caso de la nortriptilina). Se randomizaron 40 pacientes con venlafaxina con una media de 158 mg/día y 41 con nortriptilina con una media de 94.5 mg/día. Posteriormente todos los pacientes participaron en 3 años de seguimiento con la apertura de un tratamiento secuencial si la respuesta era insuficiente</p>	<p>Estudio doble ciego controlado y randomizado, comparando venlafaxina con nortriptilina se invitaron a participar en el estudio de 3 años de seguimiento, 32 pacientes que no presentaron remisión, se les abrió el protocolo de aumento con litio, cambiados a inhibidor de la monoamino oxidasa o TEC</p>	<p>Se demostró que un 96.3% de los pacientes tuvieron una respuesta (reducción de más del 50% en la escala de Montgomery) y un 84% presentaron una remisión completa (score menor de 10 en la escala de Montgomery) entre los 3 años de tratamiento. El aumento con litio puede ser la mejor opción de tratamiento en adultos mayores deprimidos, sólo pocos pacientes reportaron efectos secundarios.</p>	<p>Nuestro estudio demostró la importancia de persistir con el tratamiento antidepresivo en adultos mayores que no responden al primer o segundo tratamiento</p>
------------------------	---	---	--------------	--------------	---	---	---	--	--

<p>19. Digna JF van Schaik (2007)/III</p>	<p>Interpersonal psychotherapy (IPT) for late-life depression in general practice: uptake and satisfaction by patients, therapists and physicians</p>	<p>Determinar la eficacia de la psicoterapia interpersonal en el tratamiento de la depresión en geriatría</p>	<p>6719 pacientes de atención primaria de Amsterdam que se encontraban dentro de las bases de datos y a quienes se les había aplicado la GDS 15</p>	<p>205 pacientes elegibles según criterios de inclusión y exclusión</p>	<p>Interpersonal psychotherapy}late life depression General practice Satisfaction Patients Therapists physicians</p>	<p>Todos los pacientes que participaron en el estudio tenían un diagnóstico DSM-IV de trastorno depresivo mayor según el PRIME-MD. No hubo diferencias entre el grupo de intervención y control en relación con las características sociodemográficas y clínicas basales. En el grupo de IPT, el 51% de los pacientes no tenía el diagnóstico de la depresión a los seis meses de seguimiento, en comparación con 34% en el grupo control ($X^2 [df] = 4,21 [1]; p = 0,04$). En un análisis posterior, se estratificó la muestra en los pacientes que tenían una depresión leve al inicio del estudio y en los pacientes que tenían una depresión moderada a severa. En el grupo con depresión moderada a severa el 54% de los pacientes en el grupo IPT no tenía el diagnóstico de la depresión a los seis meses, en comparación con 26% en el grupo control (X^2</p>	<p>La motivación y la evaluación de los pacientes, los médicos y terapeutas fueron grabadas y las barreras organizacionales se describen junto con un ensayo controlado aleatorio. IPT se comparó con el manejo del médico de cabecera habitual. Se incluyeron los pacientes ≥ 55 años que cumplían los criterios del DSM-IV para el trastorno depresivo mayor</p>	<p>Los pacientes fueron motivados por la intervención psicoterapéutica, de los 205 pacientes elegibles, 143 (70%) entraron en el estudio, y de los 69 pacientes que se les ofreció IPT, el 77% cumplieron con el tratamiento. La IPT demostró ser una terapia atractiva para los pacientes, así como para los terapeutas de las organizaciones de salud mental. Hubieron barreras de organización: no hay terapeutas IPT estaban disponibles; un entrenador de IPT y el supervisor tuvieron que ser capacitados y los materiales de capacitación tuvieron que ser desarrollados y traducidos. Además, había una falta de espacio de oficinas en algunas prácticas generales; y para los terapeutas de prácticas privadas no era factible participar debido a razones financieras. IPT fue superior a la atención habitual en los pacientes con depresión de moderada a severa.</p>	<p>Como tuvimos éxito en la entrega de IPT en la práctica de atención primaria, y como IPT fue superior a la atención habitual, existen motivos para apoyar la aplicación de la TIP para los pacientes ancianos con depresión en la práctica general, siempre que las prácticas tengan espacio para los terapeutas y los obstáculos financieros puedan ser superados.</p>
---	---	---	---	---	---	--	--	--	---

						<p>[df] = = 4,75 [1]; p = 0,03). En el grupo de pacientes con depresión leve estos porcentajes fueron del 49% y 40% respectivamente (X2 [df] = = 0,63 [1]; p = 0,43).</p>			
--	--	--	--	--	--	---	--	--	--

20. Pim Cuijpers (2006)/1a	Psychological treatment of late-life depression: a meta-analysis of randomized controlled trials	Analizar las diferentes terapias psicológicas que se utilizan para el manejo de la depresión en el adulto mayor	25 estudios	25 estudios	meta-analysis; depression; major depressive disorder; psychological treatment; older adults	Se calcularon los tamaños del efecto (d) restando (en post-test) de la puntuación media del grupo de control (Me) de la puntuación media del grupo experimental (Mc) y dividiendo el resultado por las desviaciones estándar combinadas de la experimental y control grupo (SDEC). Un tamaño del efecto de 0,5 indica, pues, que la media del grupo experimental es la mitad de una desviación estándar mayor que la media del grupo de control. Los tamaños del efecto de 0,56 a 1,2 se puede suponer que son grandes, mientras que los tamaños del efecto de 0,33 a 0,55 son moderados, y los tamaños del efecto de 0-0,32 son pequeñas. En los cálculos del tamaño del efecto sólo utilizamos los instrumentos que miden de forma explícita la depresión. Cuando no se informaron las medias y las desviaciones estándar, usamos otras	se realizó un metanálisis de estudios aleatorios sobre los tratamientos para la depresión en los adultos mayores	Se incluyeron 25 estudios, de los cuales 17 compararon una intervención psicológica con el manejo usual. La calidad de los estudios varió. Los tratamientos psicológicos tienen de moderada a grandes efectos sobre la depresión en los adultos mayores. La heterogeneidad fue muy baja. No se encontraron diferencias entre las diferentes intervenciones psicológicas	Las terapias psicológicas deben ser parte del tratamiento de la depresión
----------------------------	--	---	-------------	-------------	---	---	--	---	---

					<p>estadísticas (t-valor, p-valor) para calcular los tamaños del efecto. Si se utiliza más de una medida de la depresión, se calcula la media de los tamaños del efecto, por lo que cada estudio (o grupo de contraste) sólo tenían un tamaño del efecto. En algunos estudios, más de una condición experimental se comparó con una condición de control. En estos casos, el número de sujetos en la condición de control se dividió uniformemente sobre las condiciones experimentales de manera que cada sujeto se utilizó sólo una vez en los metanálisis. Para calcular los tamaños del efecto de medias agrupada, se utilizó el programa informático Comprehensive Meta-análisis (versión 2.2.021), desarrollado para el apoyo en el metanálisis. Como indicador de homogeneidad se calculó la Q estadística. También</p>			
--	--	--	--	--	--	--	--	--

						se calculó la I ² también como indicador de heterogeneidad en porcentajes. Un valor de 0% indicaba que no se observó heterogeneidad, con 25% baja, 50% moderada y 75% alta heterogeneidad			
21. Daniel S Reuland (2009)/ III	Diagnostic Accuracy of Spanish Language Depression-Screening Instruments	Revisar sistemáticamente la evidencia con respecto a la precisión diagnóstica de los instrumentos de la depresión de cribado en poblaciones de atención primaria de habla hispana.	495 citas potenciales	12 estudios	Diagnostic accuracy; Depression; Spanish language depression screening instruments	Los datos de los artículos publicados en inglés o español se resumieron por un autor directamente en tablas de evidencia. Un segundo autor confirmó la exactitud de la abstracción de datos. Se resumieron la sensibilidad y especificidad de datos. Los puntos de corte estándar para un instrumento de cribado dado variaron entre los estudios, sin embargo, se optó por un punto de corte común para permitir comparaciones entre estudios. Cuando fue necesario, se calculó el 95% intervalos de confianza (IC) de la sensibilidad y especificidad utilizando los datos de los artículos. También se resumió el área bajo la	Se realizaron búsquedas en PubMed, PsycINFO, CINAHL, EMBASE, y Cochrane desde el inicio hasta el 28 de mayo de 2008, para los estudios que examinan la precisión diagnóstica de los instrumentos de depresión en el idioma español aplicado a los pacientes ambulatorios de atención primaria. Dos autores evaluaron de forma independiente los estudios para su inclusión y calidad.	Doce estudios cumplieron los criterios de inclusión. En el cribado general de la atención primaria, la versión en español del Centro de Estudios Epidemiológicos Depresión (CES-D) tenía sensibilidades que van desde 76% a 92% y especificidades del 70% al 74%. No encontramos estudios estadounidenses de informar de la exactitud de la evaluación de Atención Primaria de los trastornos mentales (PRIME-MD-9) o el Cuestionario de Salud del Paciente (PHQ-9) en el módulo de la depresión en personas de habla hispana. Un estudio europeo y 1 estudio de mala calidad llevado a cabo en Honduras encuentra que	Para el cribado de la depresión en pacientes ambulatorios de habla hispana, la evidencia apoya la precisión diagnóstica de la CES-D y PRIME-MD-9 en la atención primaria en general, el GDS-15-español para los pacientes geriátricos, y las versiones en español de la EPDS o PDSS para los pacientes post-parto. El elemento ultracorto de 2 ítems de la versión de PRIME-MD puede carecer de especificidad en los Estados Unidos en pacientes que hablan español.

						<p>curva (AUC) como una medida global de la exactitud diagnóstica de un instrumento.</p>		<p>el PRIME-MD tenía sensibilidades que van desde 72% a 77% y especificidad desde 86% a 100%. El PRIME-MD fue 92% sensible, pero sólo el 44% específico para la depresión en un estudio estadounidense. En pacientes ambulatorios geriátricos, versión en español de la Escala de Depresión Geriátrica (GDS) de 15 ítems tenía sensibilidades que van desde 76% a 82%, y la especificidad que van desde 64% a 98%. En las mujeres después del parto, la versión en idioma español de la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS) fue del 72% al 89% de sensibilidad y 86% a 95% específico para la depresión mayor (2 estudios no estadounidenses). La versión en lengua española de la Escala de Detección de Depresión Post-parto (PDSS) fue 78% sensible y 85% específico para la depresión combinada mayor / menor (1 estudio en Estados Unidos).</p>	
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

<p>22. George S. Alexopoulos (2008)/ III</p>	<p>Problem solving therapy for the depression-executive dysfunction syndrome of late life</p>	<p>Determinar la eficacia de la terapia centrada en soluciones en el manejo de la depresión en el adulto mayor</p>	<p>53 citas bibliográficas</p>	<p>53</p>	<p>depression; executive dysfunction; problem solving therapy</p>	<p>Análisis bibliográficos de estudios y estudio preliminar</p>	<p>Este documento se centra en la terapia de resolución de problemas, ya que se dirige a los problemas concretos que pueden ser entendidas por los pacientes con la disfunción ejecutiva y entrena a los pacientes a hacer frente a ellos utilizando una herramienta fácil de comprender con enfoque estructurado.</p>	<p>Se sugiere que la Terapia Centrada en Soluciones es un tratamiento adecuado para los pacientes con el síndrome de disfunción ejecutiva de la depresión porque se ha encontrado eficaz en la depresión mayor geriátrica sin complicaciones y en otros trastornos psiquiátricos acompañados de disfunción ejecutiva grave. Por otra parte, la terapia puede abordar características clínicas específicas de los pacientes deprimidos con disfunción ejecutiva, especialmente para hacer frente a dificultades con la regulación del afecto, la iniciación y la perseverancia.</p>	<p>Un estudio preliminar sugiere que la terapia mejora la capacidad de resolver problemas, la depresión y la discapacidad en los pacientes de edad avanzada con el síndrome de disfunción ejecutiva de la depresión de la vejez, por lo que se puede llegar a ser una opción terapéutica para un gran grupo de pacientes ancianos con depresión que puedan ser resistentes a los medicamentos.</p>
--	---	--	--------------------------------	-----------	---	---	--	--	--

<p>23. Mi Lim Im (2014)/ IIb</p>	<p>Effects of art and music therapy on depression and cognitive function of the elderly</p>	<p>Determinar los efectos del arte y la musicoterapia como medida preventiva de la depresión en el adulto mayor</p>	<p>94 adultos mayores del área metropolitana de Japón captados de enero a marzo del 2013</p>	<p>94 adultos mayores</p>	<p>Art and music therapy, depression, cognitive function</p>	<p>SPSS / PC (SPSS, Inc., Chicago, IL) fue utilizado para el análisis de datos. Los siguientes son los detalles de la prueba: número real, porcentaje, desviación estándar.</p> <p>Los t-tests se utilizaron para determinar las diferencias entre los grupos de arte y musicoterapia y para medir los cambios en la depresión y habilidades cognitivas antes y después de los programas de arte y musicoterapia</p>	<p>Los participantes se ofrecieron como voluntarios para participar en el estudio después de ser presentados a los programas de arte y musicoterapia y no tenían ningún problema en participar en estos programas de ocio, ninguno de ellos tiene ninguna dificultad para caminar y con su capacidad visual y auditiva lo suficientemente buenas para participar en los programas. El número de participantes para el programa de arte era de 65 y para el programa de música, 29. El programa fue administrado por un terapeuta de arte y un musicoterapeuta. El tratamiento se llevó a cabo para un total de 12 veces durante 12 semanas a través de una vez a la semana sesión de 60 minutos.</p>	<p>El arte y la musicoterapia reduce los niveles de depresión pero no tiene efecto en las capacidad cognitiva</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Las puntuaciones de depresión en los sujetos eran estadísticamente bajas después de la terapia del arte. - Las puntuaciones de depresión en los sujetos eran estadísticamente bajas después de la musicoterapia. - Sobre la base de los métodos de la terapia, el grado de depresión fue significativamente bajo después de la terapia del arte.
----------------------------------	---	---	--	---------------------------	--	--	--	---	--

<p>24. Yuki Mukai (2009)/ la</p>	<p>Treatment of Depression in the Elderly: A Review of the Recent Literature on the Efficacy of Single- Versus Dual-Action Antidepressants</p>	<p>Examinar la eficacia de los inhibidores de la recaptación de la serotonina y dos clases de antidepressivos que tengan actividad más amplia en los receptores – antidepressivos tricíclicos y los inhibidores de la recaptación de la serotonina noradrenalina-</p>	<p>18 estudios</p>	<p>18 estudios</p>	<p>Treatment; depression; elderly; efficacy; single action; dual action; antidepressants</p>	<p>Análisis de resultados de cada uno de los ensayos de depresión, controlados aleatorizados, metanálisis de tratamientos con antidepressivos</p>	<p>Una revisión sistemática de MEDLINE, PsycINFO y PubMed (desde enero 2003 hasta enero 2009) se llevó a cabo utilizando los términos de antidepressivos, ISRS, IRSN, TCA, ensayos depresión, controlados aleatorios, ensayos en humanos, y los nombres de antidepressivos individuales. Los criterios para la inclusión en la revisión eran un diseño doble ciego, un control con placebo o grupo comparador activo, una población ≥59 años, y los pacientes con un diagnóstico de trastorno depresivo mayor.</p>	<p>La búsqueda en la literatura identificó 18 ensayos del tratamiento de la depresión en la tercera edad: 10 en comparación ISRS, ya sea cara a cara o frente a placebo, 2 ATC en comparación con los ISRS, y 6 con los IRSN (2 frente a placebo, 1 vs un TCA, y 3 vs ISRS). En 2 de frente a frente, una de las cuales se mide la eficacia en términos de cambio en la Hamilton Depression Rating Scale (HAM-D) y las tasas de respuesta, y el otro en términos de un IC del 90%, los ATC y los ISRS presentaron eficacia similar. Los datos de 5 estudios que utilizaron diferentes medidas (incluyendo cambios en la Montgomery-Asberg Depression Rating Scale, HAM-D, o la Escala de Depresión Geriátrica [GDS] ; las tasas de respuesta, y las tasas de remisión) sugirieron que no hubo ninguna eficacia adicional para la venlafaxina IRSN en comparación con los ISRS o ATC. En un único ensayo, la duloxetina fue significativamente más</p>	<p>Los datos disponibles, aunque limitados, sugieren que los agentes de acción dual (ATC y IRSN) no parecen conferir beneficios adicionales en eficacia sobre agentes de acción simple (ISRS) en el tratamiento de la depresión en los ancianos</p>
----------------------------------	--	---	--------------------	--------------------	--	---	--	---	---

								efectiva que el placebo en la reducción de los puntajes de la escala de Hamiltony GDS	
25. Doron Mazeh (2007)/ IIb	A randomized, single-blind, comparison of venlafaxine with paroxetine in elderly patients suffering from resistant depression	Comparar la eficacia de la paroxetina frente a la venlafaxina en el tratamiento de la depresión resistente	Pacientes hospitalizados en el Centro de Salud Mental Abarbanel en Bat-Yam, Israel	Treinta pacientes fueron incluidos en este estudio	Comparison Venlafaxine Paroxetine Elderly patients suffering Resistant depression	Los análisis se llevaron a cabo de acuerdo con el paradigma de intención de tratar, usando la última observación llevada adelante del método, en el que se le asignó la última puntuación de eficacia disponibles a partir de un paciente que se retiró del estudio para cada evaluación posterior. El análisis de varianza se utilizó para la prueba de la comparabilidad de los dos grupos de características demográficas y basales. Análisis de covarianza se realizó para examinar las diferencias entre los tratamientos con fármacos en las semanas 1-8 para los HAM-D, CGI, y GDS	El estudio se realizó entre junio de 2002 y Septiembre de 2005 en pacientes con depresión mayor, de 65 años o más. El diagnóstico de trastorno depresivo mayor fue de acuerdo con el Manual Diagnóstico y Estadístico de los criterios de Trastorno Mentales-IV. Ellos tenían una puntuación mínima de 18 en la 21- en la escala de Hamilton. Además, ellos no respondieron a dos tratamientos farmacológicos adecuados para la depresión durante este episodio depresivo. Todos los pacientes habían recibido un ISRS durante 8 semanas a una dosis equivalente de 20 mg / día de fluoxetina y un	Tasas de remisión: con venlafaxina 60% y con paroxetina 33% después de 8 semanas Tasas de respuesta: 20% pacientes de cada grupo respondieron sin alcanzar remisión a las 8 semanas Tasas de fallo: 26.7% pacientes con venlafaxina y 53.3% pacientes tratados con paroxetina fallaron a la respuesta.	Venlafaxina se encontró superior a la paroxetina. Ambas fueron bien toleradas

							antidepresivo adicional (tricíclico o heterocíclico) durante otras 8 semanas a una dosis equivalente de 150 mg / día de amitriptilina. Los pacientes no habían estado expuestas a la paroxetina o venlafaxina antes de la inscripción en este estudio		
26. Eric J Lenze (2012)/ IIb	Memantine for late-life depression and apathy after a disabling medical event: a 12-week, double-blind placebo-controlled pilot study	Examinar si la memantina podría reducir los síntomas de depresión y desmotivación que se manifiesta en los adultos mayores después de un evento médico incapacitante, mejorando así su recuperación funcional.	Pacientes de unidad de rehabilitación después de un evento médico incapacitante con síntomas depresivos o de apatía	35 adultos mayores	Memantine Late life depression Apathy Disabling medical event	Las características demográficas y clínicas basales de los tres grupos (memantina, el placebo, y del grupo de comparación de bajo riesgo) se presentan como medias con desviaciones estándar y se compararon mediante análisis de la varianza para las variables continuas y mediante la prueba exacta de Fisher para datos categóricos. Comparaciones post-hoc de Tukey se realizaron para diferencias significativas de grupo. Transformaciones apropiadas se utilizan para las variables	Se reclutaron sujetos de 60 años o más que habían sufrido recientemente un evento médico incapacitante y fueron ingresados en un centro de enfermería especializada para la rehabilitación. Los participantes con síntomas depresivos, definida como una puntuación Hamilton 10 o mayor, y / o síntomas apatía definida como una puntuación de apatía Escala de Evaluación de 40 o mayor, fueron asignados al azar a la memantina (10 mg / día durante 1 semana, a continuación, 10mg dos	Treinta y cinco adultos mayores con depresión y / o síntomas de apatía fueron asignados al azar, de los cuales 27 (77,1%) completaron el ensayo controlado aleatorio en 12 semanas. Ambos grupos mostraron una reducción en los síntomas de depresión (pero no una reducción significativa en los síntomas de apatía) y mejoró la función. Sin embargo, no hubo diferencias de grupo entre los participantes asignados al azar con memantina y placebo al azar en cualquier resultado.	La memantina no se asoció con superioridad o el resultado funcional en comparación con el placebo en los adultos mayores con depresión y síntomas de apatía en la unidad de rehabilitación

					<p>continuas distribuidas no normalmente. Se analizaron todas las medidas continuas (Hamilton Depression Rating Scale, Escala de Evaluación de la apatía, la puntuación de la recuperación funcional, la escala de impotencia) durante 12 semanas utilizando un modelo mixto de medidas repetidas para examinar el grupo, el tiempo y las interacciones grupo por tiempo. Se utilizó una matriz de varianza-covarianza no estructurada. Grupo de comparación de bajo riesgo fueron incluidos en los gráficos para examinar si los participantes deprimidos / apáticos mejoraron a un nivel consistente con la ausencia de síntomas depresivos y apatía. Los <i>t</i>-test compararon el efecto de la memantina frente a placebo en 12 meses de seguimiento.</p>	<p>veces al día) o placebo, por 12 semanas. También reclutaron participantes sin síntomas depresivos o apatía como grupo de comparación. Los síntomas depresivos y apatía síntomas fueron los resultados principales; la recuperación funcional, y la aparición de nuevos trastornos depresivos fueron los resultados secundarios.</p>	
--	--	--	--	--	---	--	--

<p>27. Biancamaria Bortolotti (2008)/la</p>	<p>Psychological intervention for major depression in primary care: a meta-analytic review of randomized controlled trials</p>	<p>Comparar la efectividad de la práctica usual con antidepresivos con las diferentes terapias psicológicas</p>	<p>RTCs incluidos en el análisis: 12</p>	<p>n=12</p>	<p>Psychologic al intervention; major depression; primary care</p>	<p>Se usó el RevMan software para analizar la efectividad de los estudios y usar solamente los más validados. La escala de Hamilton y el Inventario de Beck fueron apropiados. El efecto del tratamiento fue estimado usando un IC del 95% (resultados negativos indican resultados en favor de la terapia psicológica). El efecto del tamaño fue basado en la Cohen <i>d</i> estadística, siendo pequeño ≥ 0.20, mediano ≥ 0.50 y largo ≥ 0.80. La revisión presenta dos tipos de comparaciones: tratamiento psicológico versus tratamiento usual y tratamiento psicológico versus antidepresivos a corto plazo (1-6 meses) o largo plazo (≥ 6 meses). El test de heterogeneidad y sensibilidad fueron usados para la exploración clínica y heterogeneidad metodológica entre los estudios. El chi cuadrado se utilizó para evaluar la</p>	<p>Una búsqueda sistemática encontró 10 estudios randomizados comparando las diferentes formas de intervención de terapia psicológica con la práctica usual o medicaciones para la depresión mayor. Los procedimientos meta-analíticos fueron usados para examinar el impacto de las intervenciones psicológicas en atención primaria en depresión, y compararla con la atención usual y el tratamiento antidepresivo</p>	<p>Los análisis mostraron mayor efectividad de las intervenciones psicológicas sobre los cuidados usuales tanto a corto como largo plazo. La heterogeneidad no fue significativa en el corto plazo pero si fue significativa a largo plazo. La comparación entre las diferentes formas de intervención psicológica y la medicación antidepresiva no mostraron diferencias significativas en efectividad tanto a largo como corto plazo</p>	<p>Las diferentes formas de intervención psicológica están vinculadas a mejoría en los síntomas depresivos y puede ser usada suplementariamente en los cuidados de la atención usual.</p>
---	--	---	--	-------------	--	---	---	--	---

						heterogeneidad. Se calculó el valor de inconsistencia donde Q es el chi cuadrado estadístico y df son los grados de libertad			
28. Steven P. Roose (2005)/ III	The Efficacy of Antidepressants in the Treatment of Late-Life Depression	Determinar la eficacia de los antidepresivos en el manejo de la depresión en edades tardías	Estudios controlados-placebo y estudios de comparación; RTCs	21 referencias	Efficacy; antidepressants; treatment; late life depression	Análisis de resultados de diferentes artículos de estudios placebo-controlados, estudios ciegos y RTCs	No detallada	La respuesta a "son los antidepresivos más eficaces que el placebo cuando se les añade terapia psicológica?" la respuesta parece ser afirmativa. Este estudio confirma los hallazgos de un metanálisis de Cochrane. Se encontró la eficacia de la mayoría de los antidepresivos en la mayoría de estudios controlados versus placebo con un NNT pequeño de forma similar a la reportada en los jóvenes. Con base en la evidencia parece razonable mencionar que los inhibidores de la	Los antidepresivos son eficaces en el tratamiento de la depresión y dentro de ellos, los inhibidores de la recaptación de la serotonina y los antidepresivos tricíclicos y probablemente los de acción dual parecen ser eficaces en el tratamiento de la depresión

								recaptación de la serotonina y los antidepresivos tricíclicos y probablemente los de acción dual parecen ser eficaces en el tratamiento de la depresión en la vejez. A pesar de que los medicamentos antidepresivos son eficaces, hasta un 50% de los pacientes no logran una remisión con el primer tratamiento	
29. Robert A. Schoevers (2006)/ IIb	Prevention of Late-Life Depression in Primary Care: Do We Know Where to Begin?	Comparar dos modelos de prevención selectiva (personas con riesgo elevado) e indicado (aquellos con síntomas depresivos subsindrómicos) y determinar la estrategia óptima para la depresión en la tercera edad	Ámsterdam, personas entre 65-84 años, que no se encontraran institucionalizadas	1940	Prevention; late life depression; primary care	La asociación de los factores de riesgo con la incidencia de la depresión se expresa en las estimaciones del riesgo absoluto y relativo, número necesario a tratar, y fracciones poblacionales atribuibles. Se identificaron los modelos de prevención con la clasificación y el análisis de árboles de regresión.	El inicio se evaluó a los 3 años con el geriátrico mental AGE CAT en una cohorte seleccionada al azar de 1940 personas mayores no deprimidas y sin demencia en Ámsterdam. Se utilizaron factores de riesgo que pueden ser fácilmente identificados en la atención primaria	En el modelo de prevención indicada, los síntomas subsindrómicos de depresión se asociaron con un riesgo de casi el 40% de desarrollar depresión y un número necesario a tratar de 5,8, lo que representa el 24,6% de los nuevos casos. La adición de más factores de riesgo elevó el riesgo absoluto de 49,3%, con un menor número necesario a tratar. En el modelo de prevención selectiva, la muerte del cónyuge mostró el riesgo más alto, llegando a ser incluso mayor si los sujetos también tenían una enfermedad crónica. Sobre todo, los valores de fracción atribuible en	Considerando los costos y beneficios de ambos modelos en el contexto de la disponibilidad de intervenciones preventivas basadas en la evidencia indica que es preferible la prevención dirigida a las personas mayores con síntomas depresivos. El enfoque en el tratamiento debe redireccionarse; se necesita un nuevo enfoque, con un mayor énfasis en la prevención.

								el modelo indicado fueron altos, identificando a más personas en situación de riesgo.	
30. Robert C. Baldwin (2010)/ III	Preventing late-life depression: a clinical update	Comparar los diferentes tipos de prevención de depresión en edad tardía y su eficacia en la población adulta mayor	49 revisiones bibliográficas	Revisiones bibliográficas	Preventing; late life depression	No detallada	Una revisión de la literatura se llevó a cabo de estudios a partir de 2000; específicamente con relación en la prevención primaria de los trastornos depresivos en la edad avanzada o que la prevención primaria es un resultado secundario relevante.	Prevención primaria selectiva (dirigida a individuos en riesgo, pero que no expresan la depresión) ha demostrado ser eficaz para el accidente cerebrovascular y la degeneración macular, pero la fractura de cadera no. Nuevas pruebas de eficacia para la prevención indicada (en los identificados con depresión subumbral a menudo con otros factores de riesgo tales como la limitación funcional). A pesar de una serie de factores de riesgo prometedores (por ejemplo, la dieta, el ejercicio, los factores de riesgo vascular, la homocisteína y el insomnio), la prevención universal de la depresión tardía (que actúan para reducir el impacto de los factores de riesgo a nivel de la población) no tiene ninguna base de evidencia actual, aunque un enfoque poblacional	Las intervenciones que trabajan en la prevención de la depresión tardía incluyen medicamentos antidepressivos en dosis estándar y la terapia de resolución de problemas. Cuando se integra en un modelo de atención, tales como el cuidado colaborativo, la prevención es factible pero se necesitan estudios económicos.

								podría mitigar el suicidio.	
31. Siegfred Weyerer (2008)/ III	Prevalence and risk factors for depression in non-demented primary care attenders aged 75 years and older	Áreas urbanas de Alemania de atención primaria con ayuda de 138 médicos generales	3327	Estudio de sección transversal	Prevalence; risk factors; depression; non demented; primary care	Los datos fueron recolectados en ORACLE versión 9. Con relación a prevalencia se calcularon con IC de 95%. La asociación entre los factores de riesgo y depresión se analizaron usando análisis logísticos de regresión. Univariados Odds Ratios fueron generados para cada variable y la independencia de cualquier asociación fue controlada inicialmente por la edad y sexo. Un valor de p de 0.05 fue considerada estadísticamente significativa	Se incluyeron en el estudio seccional 3327 pacientes no demenciados de 75 años o más quienes fueron atendidos por los médicos generales (GP) (n=138) en un área urbana de Alemania. La GDS 15 se utilizó para medir la depresión. Asociaciones con factores de riesgo social fueron medidos por análisis de regresión	La prevalencia de la depresión fue de 9.7%. En un análisis univariado, las siguientes variables fueron asociadas a depresión: género femenino, incremento en la edad, vivir sólo, divorcio, bajo estado educacional, disfuncionalidad, enfermedades somáticas-comorbilidades, deterioro cognitivo leve, fumado y la abstinencia al alcohol. Después de ajustar las variables, los Odds Ratios para depresión fueron significativamente mayores en disfuncionalidad, fumado y deterioro cognitivo leve	Existen factores de riesgo modificables y detectables al momento de valorar un adulto mayor con depresión

<p>32. Kadri Suija (2012)/ III</p>	<p>Validation of the Whooley questions and the Beck Depression Inventory in older adults</p>	<p>Analizar las propiedades psicométricas de las preguntas Whooley y del Inventario de Beck de 21 ítems en los adultos mayores con depresión y problemas de salud crónicos.</p>	<p>Ciudad de Oulu, Finlandia. Adultos mayores de 73-74 años</p>	<p>474 adultos</p>	<p>Validation; Whooley Question; Beck Depression Inventory, older adults</p>	<p>Se compararon las características basales de los participantes de acuerdo a su estado de depresión (depresión mayor diagnosticada o no de acuerdo con el MINI) utilizando las estadísticas de chi-cuadrado de Pearson. Se calculó la sensibilidad, especificidad y cocientes de probabilidad positivos y negativos, así como el valor predictivo positivo y negativo con intervalos de confianza del 95% (IC) para el BDI-21, y para las preguntas Whooley para detectar depresión mayor. Para medir la efectividad de la escala y para seleccionar un valor de umbral óptimo (punto de corte), calculamos el índice de Youden 's y generamos una característica de funcionamiento del receptor debajo de la curva (ROC).</p>	<p>Estudio basado en la población</p>	<p>La prevalencia de depresión mayor según el DSM-IV fue del 5,3% (episodio único o recurrente) obtenido por la Mini Entrevista Neuropsiquiátrica (MINI). El BDI-21 era más capaz de identificar un episodio de depresión mayor con un punto de corte de 11. La sensibilidad y especificidad de este punto de corte fueron 88,0% (intervalo de confianza del 95% (IC del 95%) y 81,7% (IC del 95%), respectivamente. El área bajo la curva de características operativas del receptor (ROC) fue de 0,89 (IC 95% 0.83-0.96). Las dos preguntas de selección de Whooley tenían una sensibilidad del 62,5% (IC del 95% 40.6- 81.2) y cualquiera de las preguntas de cribado más la ayuda pregunta tuvo una sensibilidad del 66,7% (44.7- 84.4).</p>	<p>El Inventario de Depresión de Beck es un instrumento válido para el diagnóstico de la depresión en los adultos mayores. Como medida de cribado, el punto de corte óptimo debe ser 11 o superior. Nuestros resultados indican que la sensibilidad de las preguntas Whooley no es lo suficientemente alta como para ser utilizado como una escala de cribado entre los ancianos.</p>
------------------------------------	--	---	---	--------------------	--	--	---------------------------------------	--	---

33. Martin Smalbruggea (2008)/ III	Screening for depression and assessing change in severity of depression. Is the Geriatric Depression Scale (30-, 15- and 8-item versions) useful for both purposes in nursing home patients?	Determinar la eficacia de las versiones de la GDS de 30, 15 y 8 ítems para la evaluación y detección de los cambios en la gravedad de la depresión en los pacientes de hogares de ancianos	14 hogares de ancianos en el noreste de Nueva Zelanda	350 adultos mayores	Screening; depression; severity; Geriatric Depression Scale; assesing change	<p>Para evaluar la habilidad de las tres versiones de la escala de depresión geriátrica, la sensibilidad y especificidad fue comparada con el área bajo la curva (AUC) derivado desde la curva ROC.</p> <p>Para comparar la escala de Montgomery Asberg y la GDS (cambios en) severidad de la depresión, las diferencias entre las medias de los puntajes de las versiones de la GDS (30-15-8 ítems) y el puntaje medio de la escala de Montgomery entre los tres grupos (no deprimidos, depresión menor y depresión mayor) fueron medidos</p>	La GDS y la MADRS se administraron a 350 ancianos. La presencia de la depresión mayor o menor se evaluó con la Evaluación Clínica en Neuropsiquiatría. Receptor operador característica (ROC) curvas de los GDS- versiones se realizaron para medir la capacidad de detectar la depresión.	Las curvas ROC de las tres versiones de la GDS se desempeñaron bien. La escala de Montgomery mostró tamaños más grandes del efecto de las diferencias entre la depresión mayor, la depresión menor y no deprimidos que las versiones de la GDS. Los tamaños del efecto de las tres versiones de GDS fueron comparables.	Llegamos a la conclusión de que las tres versiones de la GDS se pueden utilizar para el cribado de la depresión. La MADRS es superior a los GDS para la evaluación de cambios en gravedad de la depresión, pero las versiones de la GDS también parecen ser un instrumento aceptable para este propósito y es aplicada en menos tiempo
34. Moonseong Heo, (2007)/ Ia	Relationship between the Hamilton Depression Rating Scale and the Montgomery-Asberg Depression Rating Scale in depressed elderly: A meta-	Determinar la sensibilidad de la escala de Hamilton y la escala de Montgomery y la validación de una ecuación que vincule los dos instrumentos	Medline, metanálisis reciente y recomendaciones de expertos		Relationship ; Hamilton Depression Rating Scale; Montgomery -Asberg Depression Scale, depressed elderly	Usamos calificaciones de referencia como una "construcción de modelos" de la muestra y calificaciones posteriores a la aleatorización como una muestra de "validación cruzada". El criterio para la elección de muestras de construcción y	Búsqueda de Literatura de este metanálisis se basó en tres fuentes: MEDLINE, un meta-análisis reciente, y expertos en ensayos con antidepressivos geriátricos. La búsqueda resultó en 11 estudios de prueba pertinentes geriátricos antidepressivos que	Las correlaciones fueron altas entre las puntuaciones de la línea de base media de la escala de Hamilton y de Montgomery y entre las calificaciones posteriores a la aleatorización. La diferencia entre lo observado y estimado de la escala de Hamilton en	A pesar de la generalización de los hallazgos en una población más amplia podría ser limitada, y los autores no podrían evaluar la concordancia de los cambios de determinadas construcciones de elementos entre las calificaciones de HDRS y

	analysis					validación era la independencia entre las unidades de datos. Por lo tanto, en la construcción de modelos, se prefirieron los datos de referencia debido a la independencia entre las unidades de datos. Para validar el modelo post randomización se aplicó en análisis de Bland-Altman	administran ambos instrumentos para las calificaciones de los síntomas. Los autores utilizaron puntuaciones basales como una muestra de la construcción de modelos y clasificaciones posteriores a la aleatorización como una muestra de validación. Puntuaciones de la escala de Hamilton de 17 ítems fueron prorrateados para su análisis. El desarrollo y la validación se basan en un número total de 1.874 sujetos.	una muestra de validación consiste en medios de seguimiento posterior a la asignación al azar de la escala de Hamilton que no dependían de sus magnitudes	MADRS, ambas calificaciones son comparables en la evaluación de los cambios en la gravedad general de los síntomas depresivos en respuesta a los antidepresivos en ancianos con depresión
35. Maren Nyer (2013)/ III	What is the role of alternative Treatments in late life depression?	Determinar las diferentes medidas alternativas en el tratamiento de la depresión en el adulto mayor descritas en la literatura	Revisión bibliográfica	Revisión bibliográfica	Role; alternative traetments; late life depression	No especificada	Revisiones de estudios reportados en la bibliografía de medidas alternativas en el manejo de la depresión del adulto mayor	Se han establecido diferentes medidas alternativas en el manejo de la depresión en el adulto mayor que son apoyadas por evidencia científicas, desde remedios naturales, musicoterapia, masaje terapia y ejercicio que pueden ser utilizadas en el manejo de la depresión del adulto mayor	Existen medidas alternativas en el manejo de la depresión del adulto mayor que pueden ser utilizadas en un primer nivel de atención

