

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE DEPRESIÓN EN LOS ADULTOS MAYORES

Amilcar Espinosa-Aguilar¹, Jorge Caraveo-Anduaga², Miguel Zamora-Olvera³, Alicia Arronte-Rosales⁴, Ernesto Krug-Llamas⁵, Roberto Olivares-Santos³, Hortensia Reyes-Morales¹, Mario Tapia-García⁶, José García-González⁷, Svetlana Doubova⁸, Abel Peña-Valdovinos¹

SUMMARY

Introduction

Depression is growing in importance every day. It is estimated that by the year 2020 it will be worldwide the second cause for the loss of healthy life years and the first in developed countries. Considering this, an adequate and opportune diagnosis will allow for a complete handling of the disorder. This should include adequate psychotherapy and medical treatment which will in turn improve significantly the prognosis and life quality of depressed individuals.

In the primary care area, sub-diagnosis and delays to identify depression are common. These have a negative effect on the individuals' well-being, in public health and in the direct and indirect costs of health services. It is not uncommon for primary care practitioners to consider everyday complaints, the inability to cope with family stress, social isolation, role change and money problems as «causes» for depression. Thus, they deem depression «justified» and fail to offer treatment when actually this very inability is often caused by depression.

Depression is among the most frequent psycho-geriatric ailments. In Mexico, its overall prevalence is 9.5% in women and 5% in men age 60 or more. In most instances, it goes undiagnosed given its atypical expression or the false belief which considers it part of the normal aging process. In the elderly, depression may conceal somatic symptoms, be it as expressions of the depressive syndrome or because these same symptoms aggravate symptoms from other concomitant diseases. Secondary cognitive symptoms are more frequent among this age group.

Objective

To provide physicians at primary care a guideline with enough technical-medical elements to facilitate the timely diagnosis and integral treatment of elderly with depression.

Method

This study comprised two phases: design and validation of the guideline.

Evidence selection

1. Key words for search: depression, elderly, clinical guidelines, prevalence, primary care, assessment, treatment, suicide risk.
2. Data bases used: Cochrane, Pub-Med and Medline for the 1990-2006 period.
3. Twenty-six references for major depression in the elderly were found: eight random meta-analysis, two random clinical, one cohort, twelve descriptive non-experimental, and three book articles (DSM-IV_[HRMI] TR; CIE 10, Psycho-geriatrics Manual).
4. Evidence category and strength of recommendation. This indicates the user about the origin of recommendations issued.

In the algorithm from the clinical guide, the concepts or support for each recommendation are identified. In this guide, the diagnosis of depression is based on the CIE-10 and its ranking may be comparable to that for major depression in the DSM-IV TR. Differential diagnosis; criteria for referring a patient to the psychiatrist; guidelines for pharmacological, psychotherapeutic and psychosocial treatment; onset phase and maintenance phase are included.

Thus, the clinical practice guide proposed is based on a strict methodology. It offers enough elements for the general practitioner to assess an opportune and complete treatment for elderly people with depression. In addition, it incorporates criteria based on scientific evidence, which will allow updating it, and evaluating its solidity in the face of new evidence, which will in turn maintain its validity.

Key words: Depression, elderly, clinical guidelines, prevalence, primary care, assessment, treatment, suicide risk.

¹Coordinación de Políticas de Salud, Dirección de Prestaciones Médicas, IMSS.

²Unidad de Investigación de Estudios Epidemiológicos y Psicosociales, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente.

³Hospital de Psiquiatría con Unidad de Medicina Familiar # 10, IMSS.

⁴Unidad de Investigación en Gerontología de la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, UNAM.

⁵Unidad de Salud Pública, IMSS.

⁶Unidad de Medicina Familiar # 78, IMSS.

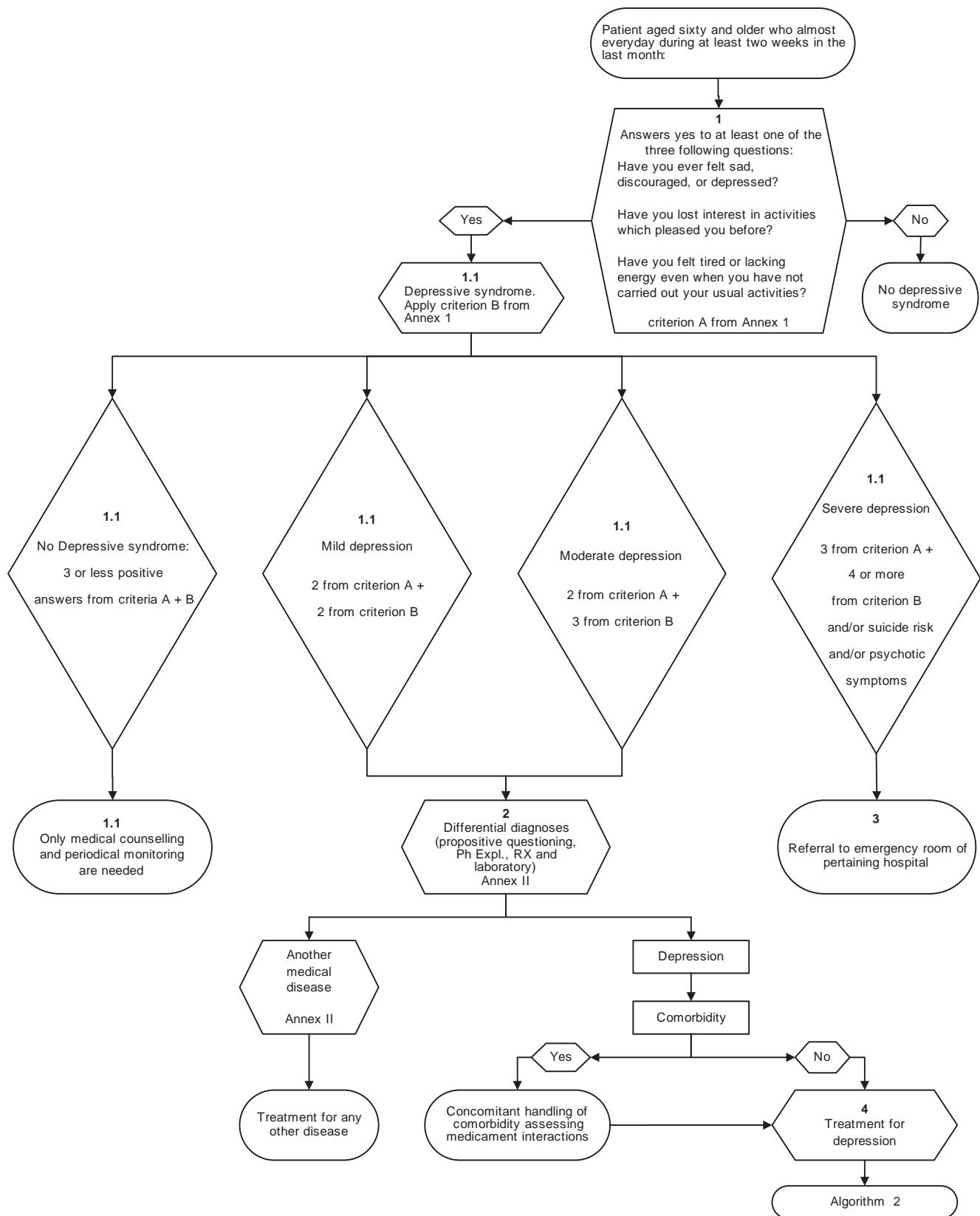
⁷Hospital General de Zona # 1, Querétaro, IMSS.

⁸Unidad de Investigación Epidemiológica y en Servicios de Salud, Centro Médico Nacional siglo XXI, IMSS.

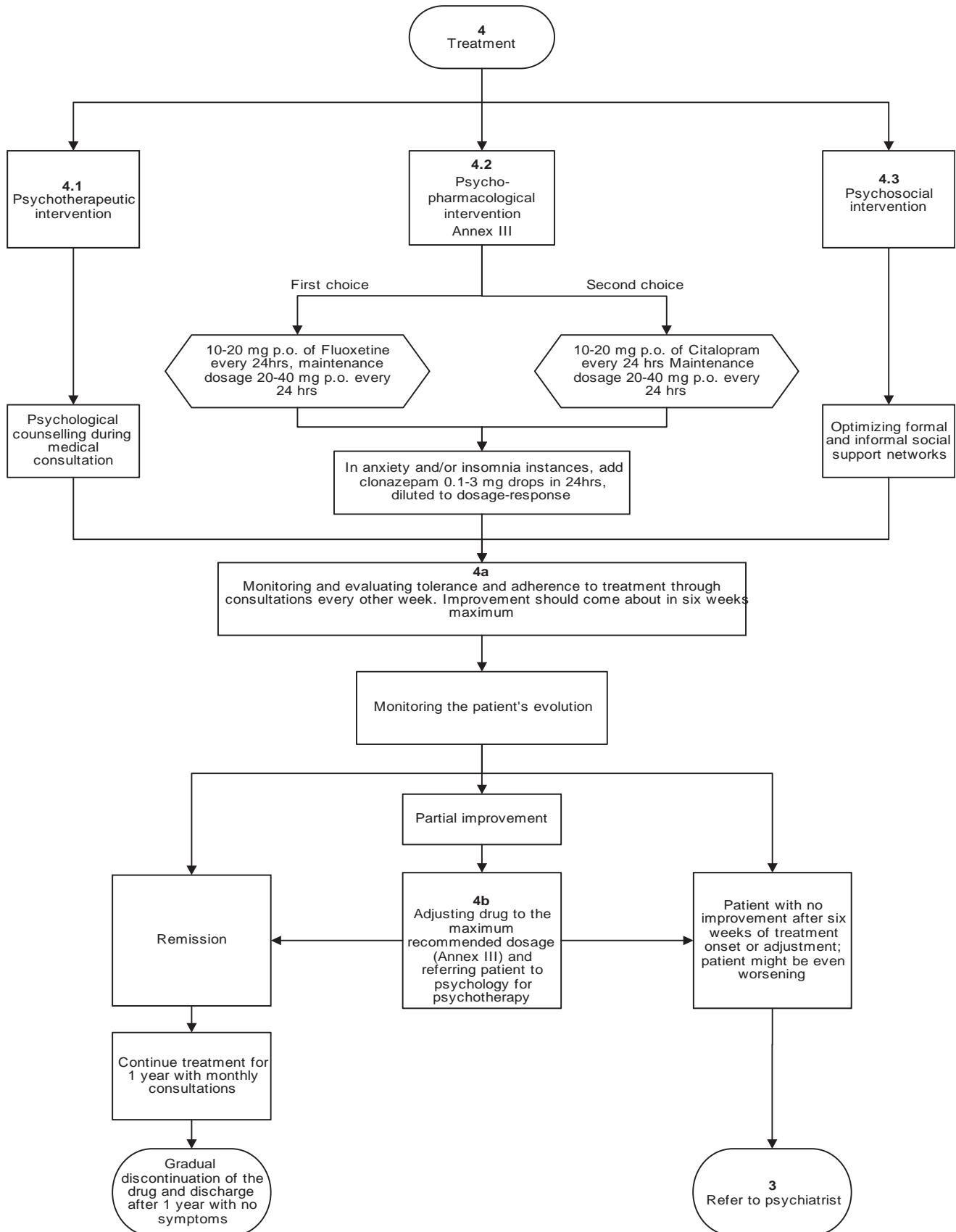
Correspondencia: Dr. Amilcar Espinosa-Aguilar. Paseo de la Reforma 476, 3er piso, Colonia Juárez, 06600 México D. F. teléfono 5238-2700 extensión 10411, fax 2538-2709.

Recibido: 5 de junio de 2007. Aceptado: 30 de julio de 2007.

Algorithm 1. Is the elderly patient depressed?



Algorithm 2. Treatment for depressed elderly patients.



RESUMEN

Introducción

La depresión cada día cobra mayor importancia, y se estima que en el año 2020 será la segunda causa de años de vida saludable perdidos a escala mundial y la primera en países desarrollados, por lo que el diagnóstico adecuado y oportuno permitirá brindar un manejo integral que incluya psicoterapia y tratamiento médico adecuado, lo que mejorará de manera significativa la calidad de vida y el pronóstico de estas personas.

En atención primaria existe sub diagnóstico y retraso en la identificación de la depresión, por lo que, desde el inicio del tratamiento, impacta negativamente en el bienestar de los individuos, en la salud pública y en los costos directos e indirectos de los servicios sanitarios. Es frecuente que el médico de atención primaria considere como "causa" de la depresión las quejas de la vida cotidiana, la incapacidad para hacer frente al estrés familiar, el aislamiento social o el cambio de roles y los problemas financieros; por lo tanto la considera "justificada" y evita proporcionar tratamiento, cuando en realidad esta incapacidad suele ser ocasionada por la misma depresión.

La depresión es uno de los padecimientos psicogeriatricos más frecuentes y en México su prevalencia global es de 9.5% en mujeres y 5% en hombres mayores de 60 años. En la mayoría de los casos no es diagnosticada por la presentación atípica de la misma o por la falsa creencia de que forma parte del envejecimiento normal, puesto que en el adulto mayor la depresión se puede esconder en síntomas somáticos, ya sea como manifestaciones del síndrome depresivo o porque a causa de éste se acentúan los síntomas de otras enfermedades concomitantes. Los síntomas cognitivos secundarios se presentan con más frecuencia en este grupo etario.

Objetivo

Proporcionar a los médicos de primer nivel de atención, una guía de práctica clínica con los elementos técnico-médicos suficientes que faciliten el diagnóstico y tratamiento integral de adultos mayores con depresión.

Usuarios. La guía está dirigida a los médicos del primer nivel de atención.

Población blanca Hombres y mujeres de 60 años de edad en adelante.

Método

El estudio comprendió dos fases: el diseño y la validación de la guía clínica.

Selección de evidencia

1. Las palabras clave para la búsqueda fueron: Depresión, adulto mayor, guías clínicas, prevalencia, atención primaria, valoración, tratamiento, riesgo de suicidio.
2. Bases de datos consultadas: Cochrane, Pub-Med y Medline, en el período de 1990-2006.
3. Se encontraron 26 referencias para depresión mayor en adulto mayor: ocho meta análisis de estudios clínicos aleatorizados, dos clínicos aleatorizados, uno de cohorte, 12 descriptivos no experimentales y tres artículos de libros (DSM-IV TR; CIE 10, Manual de psicogeriatría).
4. Categoría de evidencia y fuerza de recomendación, indica al usuario el origen de las recomendaciones emitidas.

En el algoritmo de la guía clínica se identifican los conceptos o el sustento de cada una de las recomendaciones. En la presente guía el diagnóstico de depresión se fundamenta en la CIE 10 y su gradación podría ser comparable con la depresión mayor del DSM IV TR. Se incluye el diagnóstico diferencial, los criterios de referencia al psiquiatra, los lineamientos para el tratamiento farmaco-

lógico, psicoterapéutico y psicosocial; fase de inicio y fase de mantenimiento.

Conclusión

La guía de práctica clínica propuesta se basa en metodología rigurosa, da al médico elementos suficientes para realizar el diagnóstico oportuno, así como el tratamiento integral en adultos mayores con depresión, e incorpora criterios con base en evidencia científica que permitirán actualizarla y evaluar su solidez ante el surgimiento de nueva evidencia, manteniendo así su validez.

Palabras clave: Depresión, adulto mayor, guías clínicas, prevalencia, atención primaria, valoración, tratamiento, riesgo de suicidio.

INTRODUCCIÓN

La depresión cada día cobra mayor importancia; se estima que en el año 2020 será la segunda causa de años de vida saludable perdidos a escala mundial y la primera en países desarrollados, por lo que el diagnóstico adecuado y oportuno permitirá brindar manejo integral que incluye psicoterapia y tratamiento médico adecuado, lo que mejora de manera significativa la calidad de vida y el pronóstico de estas personas (13).

En atención primaria existe sub diagnóstico y retraso en la identificación de la depresión y, por lo tanto, en el inicio del tratamiento, lo que impacta negativamente en el bienestar de los individuos, en la salud pública y en los costos directos e indirectos de los servicios sanitarios. Es frecuente que el médico de atención primaria considere como "causa" de la depresión las quejas de la vida cotidiana, la incapacidad para hacer frente al estrés familiar, el aislamiento social o el cambio de roles y los problemas financieros, por lo cual la considera "justificada" y evita proporcionar tratamiento, cuando en realidad esta incapacidad suele ser ocasionada por la misma depresión (3, 5, 13, 14).

La depresión es uno de los padecimientos psicogeriatricos más frecuentes y en México su prevalencia global es de 9.5% en mujeres y 5% en hombres mayores de 60 años (4). En la mayoría de los casos no es diagnosticada por la presentación atípica de la misma, o por la falsa creencia de que forma parte del envejecimiento normal. En el adulto mayor la depresión se puede esconder en síntomas somáticos, ya sea como manifestaciones del síndrome depresivo o porque, a causa de éste, se acentúan los síntomas de otras enfermedades concomitantes. Los síntomas cognitivos secundarios se presentan con más frecuencia en este grupo etario (21).

OBJETIVO

Proporcionar a los médicos de primer nivel de atención una guía de práctica clínica con los elementos técnico-

médicos suficientes que faciliten el diagnóstico y tratamiento integral de adultos mayores con depresión.

USUARIOS

La guía está dirigida a los médicos del primer nivel de atención.

POBLACIÓN BLANCO

Hombres y mujeres de 60 años de edad en adelante.

DEFINICIONES OPERATIVAS

Depresión: Estado de ánimo caracterizado por pérdida de la capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas, disminución de la vitalidad que lleva al paciente a la reducción de su nivel de actividad y a un cansancio exagerado que aparece incluso tras un esfuerzo mínimo, casi todos los días, durante dos semanas consecutivas o más. Se deberán presentar también al menos dos de los siguientes síntomas: Disminución de la atención y concentración, pérdida de la confianza en sí mismo y sentimientos de inferioridad, ideas de culpa y de ser inútil, perspectiva sombría del futuro, pensamientos y actos suicidas o de autoagresiones, trastornos del sueño y pérdida del apetito (25).

Depresión "enmascarada". Se habla de ella cuando un estado depresivo es suplido por uno o varios síntomas, por ejemplo: Dolores crónicos que no han respondido al tratamiento o quejas desproporcionadas o manifestaciones somáticas no sistematizadas que ocultan el trastorno afectivo en el curso de la depresión (21).

Trastorno depresivo inducido por abuso o dependencia de alcohol y otras sustancias: Se distingue del episodio depresivo mayor por el hecho de que una droga, medicamento o tóxico se considera etiológicamente relacionado con la alteración del estado de ánimo (1).

Trastorno bipolar: Se caracteriza por uno o más episodios maníacos o mixtos, habitualmente acompañados por episodios depresivos mayores.

La diferencia con episodio depresivo mayor es que éste es sólo uno de sus componentes (1, 2).

Episodio maníaco: Período durante el cual el estado de ánimo es anormal y persistentemente elevado, expansivo o irritable (1).

Trastorno distímico: Se caracteriza porque por lo menos durante dos años se han tenido más días con estado de ánimo depresivo que sin él, acompañado además de otros síntomas depresivos, pero que no cumplen los criterios para un episodio de depresión (1).

Trastorno psicótico breve o brote psicótico: Cuadro clínico en el que se presentan uno o más de los siguientes síntomas: ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje desorganizado, comportamiento catatónico o desorganizado durante episodios inferiores a un mes (1).

Riesgo suicida: Grado de probabilidad de que una persona atente contra su propia vida, valorado por la presencia del pensamiento de auto agresión, de intentos previos, así como la intencionalidad y letalidad de éstos (25).

Duelo: Es una reacción afectiva esperada ante una pérdida importante que habitualmente empieza a disminuir a partir del tercer mes y antes de los 18 meses, sin gran afectación del patrón funcional (11).

Respuesta parcial al tratamiento o mejoría parcial: Proceso de disminución de la intensidad y número de síntomas depresivos, sin desaparecer (15).

Remisión: Periodo que se inicia en el momento en que desaparecen totalmente los síntomas y hasta seis meses después (22).

Recuperación: Período mayor a seis meses durante el cual el paciente esté asintomático (22).

Recaída: Reaparición o agravamiento de los síntomas depresivos durante la remisión o la recuperación (22).

Recurrencia: Reaparición de la enfermedad, después de un período de recuperación mínimo de seis meses (22).

SELECCIÓN DE EVIDENCIA

1. Las palabras clave para la búsqueda fueron: Depresión, adulto mayor, guías clínicas, prevalencia, atención primaria, valoración, tratamiento, riesgo de suicidio.

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

Modificado de: Shekelle P, Woolf S, Eccles M, Grimshaw J. Clinical guidelines. Developing guidelines. BMJ 1999; 318:593.

2. Bases de datos consultadas: Cochrane, Pub-Med y Medline, en el período de 1990-2006.
3. Se encontraron 26 referencias para la depresión mayor en el adulto mayor: ocho meta análisis de estudios clínicos aleatorizados, dos estudios clínicos aleatorizados, uno de cohorte, 12 descriptivos no experimentales, tres artículos de libros (DSM-IV TR; CIE 10, Manual de psicogeriatría).
4. Categoría de evidencia y fuerza de recomendación (22), indica al usuario el origen de las recomendaciones emitidas.

ANOTACIONES A LOS ALGORITMOS

La numeración consecutiva que aparece en el algoritmo de la guía clínica identifica los conceptos o el sustento de las recomendaciones. Los números romanos identifican la categoría de la evidencia y las letras la fuerza de la recomendación.

1. Diagnóstico

Se establece con base en el interrogatorio propositivo y examen mental (anexo I, criterios A y B).

En el adulto mayor las quejas somáticas, el deterioro cognitivo y los trastornos del sueño suelen predominar, siendo éstos los principales motivos de demanda de atención. Más de la mitad de los pacientes que acuden a medicina familiar con trastornos de ansiedad y depresión mayor refieren síntomas somáticos más que psicológicos (20) (III,C).

1.1. Criterios para las especificaciones de gravedad para el episodio depresivo

- **Síndrome depresivo:** Para realizar el diagnóstico deben estar presentes 3 o menos síntomas del criterio A + criterio B (25) (IV,D). Aunque en la presente guía el diagnóstico se fundamenta en CIE 10, se agrega esta salida para alertar al médico de primer contacto de la existencia de pacientes en riesgo de síndrome depresivo que amerite manejo psicofarmacológico y la necesidad de darles consejería médica con vigilancia periódica.
- **Depresión (25) (IV, D):** (Esta gradación del CIE 10, podría ser comparable con Depresión mayor del DSM IV TR).
- **Leve (25) (IV, D):** Para realizar el diagnóstico, deben estar presentes dos de los tres síntomas del criterio A (2,21) (III,C; IV,D), más dos de los síntomas complementarios del criterio B (1) (IV,D). Además, puede presentarse alguna dificultad para llevar a cabo su actividad laboral y social, aunque es probable que no la deje por completo.
- **Moderada (25) (IV,D):** Para realizar el diagnóstico, de-

ben estar presentes al menos dos de los tres síntomas del criterio A, más tres de los síntomas complementarios del criterio B. Además de grandes dificultades para poder continuar desarrollando su actividad social, laboral o doméstica.

- **Grave (25) (IV,D):** Para realizar el diagnóstico, deben estar presentes los tres síntomas del criterio A, y por lo menos cuatro de los síntomas complementarios del criterio B; porque no es probable que el enfermo sea capaz de continuar con su actividad laboral, social o doméstica más allá de un grado muy limitado, y el riesgo suicida está presente, o porque pudo haber realizado intentos suicidas.
- **Con síntomas psicóticos:** Además de los criterios para episodio depresivo mayor grave, presenta: ideas delirantes que suelen incluir temas de pecado, ruina o catástrofes inminentes de los que el enfermo se siente responsable; alucinaciones auditivas u olfatorias que suelen ser en forma de voces difamatorias o acusatorias y/o cacosmia; inhibición psicomotriz grave que puede progresar hasta estupor depresivo. El riesgo suicida es elevado.
- O sin síntomas psicóticos.

2. Diagnóstico diferencial

Se debe recordar que el diagnóstico de depresión mayor es de exclusión y, en general, es cuando a pesar de interrogatorio propositivo (1) (IV,D):

- No puede explicarse por el uso de sustancias y medicamentos.
 - No puede explicarse por otras enfermedades.
 - No puede explicarse por duelo no complicado.
- Presencia de alteración como consecuencia fisiológica directa de una enfermedad médica. El empleo de un medicamento está etiológicamente relacionado con la alteración. (Anexo II) (1) (IV, D).

3. Criterios de referencia al psiquiatra

- Paciente con depresión que ha recibido en el primer nivel de atención el manejo psicoterapéutico, psicosocial y psicofarmacológico con dosis terapéuticas (anexo III), por lo menos durante 6 semanas, pero sin mejoría o que empeora (5) (III, C).
- Depresión grave con deterioro psicosocial significativo.
- Pacientes con riesgo suicida (25) (IV, B): daño auto inflingido deliberadamente, pensamientos y/o conductas suicidas; manejo previo con diferentes antidepresivos; pacientes manejados con antidepresivos a dosis superiores a las terapéuticas; pacientes manejados con dosis sub-terapéuticas de antidepresivos por más de 30 días; pacientes manejados con fluoxetina y que además consumen por iniciativa propia alcohol y/o drogas de abuso (12) (IIb, B).

- Síntomas psicóticos.

Los dos últimos puntos se consideran condiciones de urgencia médica, y se debe valorar el manejo hospitalario.

4. Tratamiento

El tratamiento debe iniciar al momento de realizarse el diagnóstico (20) (III, C). Los pacientes deprimidos tratados con antidepresivos tienen una mejoría significativamente mayor que aquellos tratados con placebo o no tratados (9,14,19) (Ib, A; Ib, A; Ia, A), pero si se agregan al manejo los aspectos psicológicos, incrementa su efectividad (5) (III, C).

Las metas del tratamiento son: mejorar el humor y la calidad de vida, reducir la morbilidad y mortalidad, prevenir la recurrencia del trastorno, minimizar los efectos adversos del tratamiento así como reestablecer y/o mejorar la funcionalidad física, mental y social (8, 14, 20, 24) (Ib, A; Ib, A; III, C; III, C).

El estándar de tratamiento incluye tres intervenciones en conjunto: psicofarmacológica, psicoterapéutica y psicosocial, con citas a consulta de vigilancia cada dos semanas durante las primeras seis semanas en el primer nivel de atención. Esto ha evidenciado la mejora del apego al tratamiento hasta 40% (80% de mejoría para pacientes con triple manejo y 40% para pacientes sólo con manejo psicofarmacológico además de consultas mensuales) (14) (Ib, A).

4.1. Intervención psicoterapéutica. Es la educación sobre la enfermedad y el apoyo emocional, que el médico dará a su paciente durante su consulta habitual. El usar sólo esta medida, no es efectivo para el manejo de la depresión (5) (III, C).

4.2. Intervención psicofarmacológica (anexo III). Para decidir el tratamiento de elección se recomienda verificar siempre las posibles interacciones medicamentosas y contraindicaciones; en enfermedades crónicas se debe evaluar la función renal con la fórmula de Cockcroft-Gault. ($CL_{Cr} = [140 - \text{edad (años)}] \times \text{peso (kg)} / [72 \times \text{niveles de creatinina sérica (mg/dL)}] \times 0.85$ en mujeres), para hacer el ajuste correspondiente (7).

Los antidepresivos tricíclicos (ADT) (imipramina y amitriptilina) tienen más efectos secundarios (anticolinérgicos y cardiotóxicos) que los antidepresivos heterocíclicos o inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina (ISRS), y se administran tres veces al día (7, 17) (Ia, A; Ia, A); por lo que su uso no se recomienda en el primer nivel de atención y debe reservarse para indicación exclusiva del médico especialista en psiquiatría (17) (Ia, A).

Los ISRS son de mayor costo económico, menos efectos secundarios y se administran una vez al día (23) (Ia, A), por lo que existe mayor apego al tratamiento (10, 16) (Ia, A; Ia, A) y en el paciente ambulatorio adulto mayor, la combinación de ISRS y terapias

psicológicas es el tratamiento más efectivo para la depresión mayor leve o moderada (18) (III, C).

Los medicamentos sugeridos en esta guía son: fluoxetina (fluoxac, prozac), o citalopram (seropram), o paroxetina (aropax, paxil)(en ese orden de recomendación), los tres en presentación de tabletas o cápsulas orales de 20 miligramos.

En los pacientes que además presenten ansiedad y/o insomnio se sugiere utilizar clonazepam (rivotril) en gotas para un mejor control de dosis, ya que las modificaciones se podrán realizar a micro dosis de 0.1 mg = 1 gota, en dosis respuesta, debiendo suspenderse al desaparecer la ansiedad o insomnio; en todos los casos debe existir monitorización frecuente por la posible aparición de sedación como efecto secundario, adecuando la dosis a las necesidades de cada paciente.

4.3. Intervención psicosocial. Es el tercer punto de la terapia combinada y se refiere a mantener un contexto social sano, debido a que no es posible sanar a un individuo si permanece enfermo el ambiente social que le rodea. Para lograrlo se pueden recomendar actividades que mejoren la salud psicosocial del individuo como la incorporación a grupos de ayuda mutua o grupos de voluntarios en clubes de adultos mayores, casas de la cultura, unidades operativas de prestaciones sociales, unidades de medicina familiar, organizaciones no gubernamentales, etc., con el fin de favorecer el establecimiento de redes de apoyo social formales e informales (20) (III, C).

4a. Fase de inicio (Anexo III)

El estándar vigente de eficacia se representa en el tratamiento farmacológico con dosis útiles, considerando las características particulares de cada paciente. No está indicado el empleo de vitamínicos ya que no han demostrado ninguna utilidad en el tratamiento de la depresión mayor (9) (Ia, A).

Se cita al paciente cada 14 días para evaluar adherencia terapéutica hasta obtener remisión de síntomas y estabilidad clínica. La intervención se complementa con la intervención psicoterapéutica durante la consulta médica habitual, es decir la educación sobre la enfermedad y el apoyo emocional (10, 17) (III, C; Ia, A).

Se debe considerar la incapacidad médica en caso de deterioro significativo de la actividad laboral, ya sea por efecto de la depresión o de los medicamentos (1)(IV, D).

4b. Fase de mantenimiento

Se inicia al obtener remisión de la sintomatología, que en caso de un apego adecuado al tratamiento debe ser de 4 a 6 semanas, antes de pensar en reajustar las dosis de cualquiera de los medicamentos recomendados, mediante el incremento a 40 miligramos en 24 horas (dosis máxima) o cambiar tratamiento; debe mantenerse la intervención farma-

cológica con dosis útiles durante un período de 9 a 12 meses con el fin de evitar recaídas, así como también las intervenciones de consejería psicosocial y psicoterapia (con psicólogo) en caso de mejoría parcial (6) (III, C).

REFERENCIAS

1. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders TR (DSM-IV-TR)*. 4th ed. Washington, 2000.
2. BANDEIRA CA, LIMA MS, GEDDES J, GUEDES VP y cols.: Carbamazepine for bipolar affective disorders [protocol]. Cochrane Depression Anxiety & Neurosis Group. The Cochrane Database of Systematic Reviews. Issue 1, 2006.
3. BEEKMAN A, COPELAND J, PRINCE M: Review of community prevalence of depression in later life. *Br J Psychiatry*, 174:307-11, 1999.
4. BELLO M, PUENTES-ROSAS E, MEDINA-MORA M, LOZANO R: Prevalencia y diagnóstico de depresión en población adulta en México. *Mex Public Health*, S1:S4-S11, 2005.
5. CHURCHILL R, DEWEY M, GRETTON V, DUGGAN C y cols.: Should general practitioners refer patients with major depression to counselors? A review of current published evidence. *Br J Gen Pract*, 49:737-743, 1999.
6. COHEN S, WILLS T: Stress, social support and the buffering hypothesis. *Psych Bull* 1985; 98(2):310-357.
7. Drug Information Branch, Center for Drug Evaluation and Research: *Guidance for Industry: Pharmacokinetics in patients with impaired renal function—Study design, data analysis, and impact on dosing and labeling*. 1998.
<http://www.fda.gov/cder/guidance/index.htm>
8. ELKIN I, SHEA MT, WATKINS JT, IMBER SD y cols.: National Institute of Mental Health treatment of depression collaborative research program: general effectiveness of treatments. *Arch Gen Psychiatry*, 46:971-982, 1989.
9. GILL D, HATCHER S: Antidepressants for depression in medical illness. [Systematic Review] Cochrane Depression Anxiety & Neurosis Group Cochrane Database of Systematic Reviews. Issue 1, 2006.
10. HOTOPF M, HARDY R, LEWIS G: Discontinuation rates of SSRIs and tricyclic antidepressants: a meta-analysis and investigation of heterogeneity. *Br J Psychiatry*, 170:120-129, 1997.
11. DE LA SERNA DE PEDRO I: *Manual de Psicogeriatría Clínica, Psiquiatría Médica*, Ed. Masson, cap. 6, pp. 220, 2001.
12. JICK S, DEAN A, JICK H: Antidepressants and suicide. *BMJ*, 310:215-218, 1995.
13. KATON W, SCHULBERG H: Epidemiology of depression in primary care. *Gen Hosp Psychiatry*, 14:237-247, 1992.
14. KATON W, VON KORFF M, LIN E: Collaborative management to achieve treatment guidelines: impact on depression in primary care. *JAMA*, 273:1026-1031, 1995.
15. KÜPFER D: Long-term treatment of depression. *J Clin Psychiatry*, 52(S5):28-34, 1991.
16. LIMA MS, MONCRIEFF J, SOARES B: Drugs versus placebo for dysthymia. [Systematic Review] Cochrane Depression Anxiety & Neurosis Group. The Cochrane Database of Systematic Reviews. Issue 1, 2006.
17. LOONEN AJ, PEER PG, ZWANIKKEN GJ: Continuation and maintenance therapy with antidepressive agents: metaanalysis of research. *Pharm Week Sci*, 13:167-175, 1991.
18. MCCUSKER J, COLE M, KELLER E, BELLAVANCE F, BERARD A: Effectiveness of treatments of depression in older ambulatory patients. *Arch Intern Med*, 158(7):705-712, 1998.
19. MONCRIEFF J, WESSELY S, HARDY R: Meta-analysis of trials comparing antidepressants with active placebos. [dagger] (papers). *Br J Psychiatry*, 172(3):227-231, 1998.
20. PEREZ-FRANCO B, TURABIAN-FERNANDEZ J: ¿Es válido el abordaje ortodoxo de la depresión en atención primaria? *Aten primaria*, 37(1):37-39 2006.
21. SAIZ J, IBAÑEZ A: Diagnóstico de equivalentes depresivos. *Rev Clin Esp*, 2:88-90, 2002.
22. SECRETARIA DE SALUD: Proyecto de Modificación a la Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-1994 para la Prevención, Tratamiento y Control de la Diabetes. *Rev Med IMSS*, 38(6):477-495, 2000.
23. SONG F, FREEMANTLE N, SHELDON T, HOUSE A y cols.: Selective serotonin reuptake inhibitors: meta-analysis of efficacy and acceptability. *BMJ*, 306(6879):683-687, 1993.
24. THASE M, GREENHOUSE J, FRANK E, REYNOLDS Ch y cols.: Treatment of major depression with psychotherapy or psychotherapy-pharmacotherapy combinations. *Arch Gen Psychiatry*, 54(11):1009-1015, 1997.
25. WORLD HEALTH ORGANIZATION: *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorders*. Ginebra, 1992.

ANEXO I. DIAGNÓSTICO DE DEPRESIÓN MAYOR EN EL ADULTO MAYOR

Criterio A

En este último mes, durante al menos 2 semanas, casi todos los días:

Síntomas	Preguntas
Estado de ánimo bajo con presencia de consternación, tristeza, melancolía y pesadumbre, desesperanza y desamparo, apatía, falta de iniciativa y/o irritabilidad.	¿Se ha sentido triste, desanimado o deprimido?
Pérdida de capacidad para disfrutar actividades previamente placenteras (Anhedonia).	¿Ha perdido el interés en las actividades que antes le ocasionaban placer?
Pérdida de energía o fatiga; con una reducción significativa del nivel de actividad.	¿Se ha sentido con falta de energía o cansado todo el tiempo, aun cuando no haya realizado sus actividades habituales?

- Si al menos una de las tres preguntas anteriores es contestada afirmativamente, el paciente se considera con posible depresión, y está indicado pasar a las preguntas del criterio B, para diagnóstico de certeza y grado en caso de existir.

- Si todas las respuestas son negativas, no continuar con la entrevista.

Criterio B

En este último mes, durante al menos 2 semanas, casi todos los días: (Se evalúa por síntomas positivos, y las preguntas sirven para explorar los síntomas; una o más respuestas positivas de las preguntas de un síntoma lo hacen positivo):

Síntomas	Preguntas
Disminución de la atención y concentración	¿Ha presentado dificultad para pensar o concentrarse en actividades como leer, platicar, ver la televisión, o realizar sus tareas domésticas? ¿Ha presentado dificultad para tomar sus propias decisiones, en cosas que antes no le costaban trabajo?
Pérdida de confianza en sí mismo y sentimiento de inferioridad	¿Se ha sentido inferior a otras personas? ¿Ha perdido la confianza en usted mismo a un grado que no se atreve a opinar acerca de nada?
Ideas de culpa y de ser inútil	¿Se ha sentido culpable por todo lo que le pasa o todo lo que sucede a su alrededor? ¿Se siente inútil para realizar las actividades que habitualmente realiza?
Perspectiva sombría del futuro	¿Ha perdido la esperanza en el futuro?
Alteraciones en el apetito y peso (disminución o incremento).	¿Ha notado que ha aumentado o disminuido su apetito? ¿Ha notado que ha perdido o ganado peso por lo menos un kilogramo por semana o más sin utilizar dieta alguna?
Trastornos de sueño (Insomnio o hipersomnia)	¿Ha presentado dificultad para empezar a dormir en el momento de acostarse? ¿Ha presentado dificultad para permanecer dormido o se ha despertado más temprano de lo habitual? ¿Permanece dormido más tiempo del habitual? ¿Le cuesta trabajo despertar por la mañana, después de haber dormido el tiempo habitual?
Pensamientos y actos suicidas o autoagresiones	¿Ha pensado usted en morir o desaparecer? ¿Ha pensado usted en querer matarse?

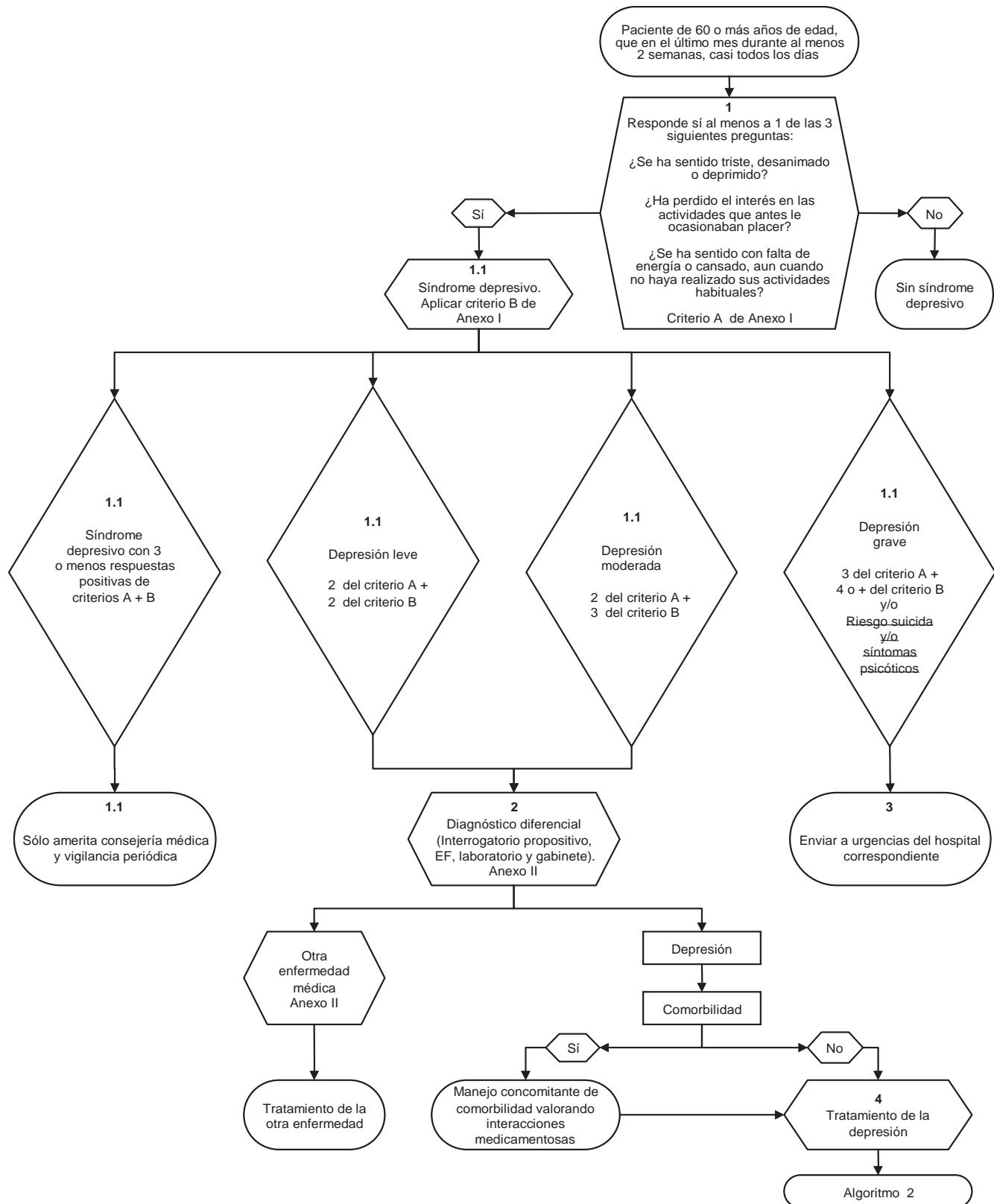
ANEXO II. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE DEPRESIÓN

Enfermedades metabólicas Malnutrición Deficiencia de vitamina B12 Deficiencia de folato	Enfermedades endocrinas Enfermedad de Cushing Hiperparatiroidismo Hipotiroidismo
Enfermedades neurológicas Esclerosis lateral amiotrófica Trastornos de movimiento Enfermedad cerebro-vascular	Enfermedades autoinmunes Polimialgia reumática Artritis reumatoide Síndrome de Sjögren Arteritis temporal
Neoplasias De cualquier tipo	Infecciones virales Hepatitis Infecciones por VIH
Otros padecimientos psiquiátricos Trastorno bipolar I Trastorno bipolar II Trastorno distímico Trastorno psicótico Demencia de cualquier tipo (incluida la enfermedad de Alzheimer) Trastorno inducido por abuso o dependencia de alcohol y otras sustancias	Medicamentos Benzodiacepinas Alfa-metildopa Cimetidina Clonidina Corticosteroides Digitálicos Terapia de reemplazo hormonal Hidralazina Propoxifeno Propranolol Reserpina Antineoplásicos

ANEXO III. INTERVENCIÓN PSICOFARMACOLÓGICA EN EL ADULTO MAYOR CON DEPRESIÓN

Presentación	Dosis inicial	Dosis de mantenimiento	Eventos adversos	Interacciones y contraindicaciones
1 ^a elección Fluoxetina 20 mgs. (ISRS)	10 o 20 mgs. vía oral c/24 hrs. Matutina por 1 semana	20-40 mgs. c/24 hrs.	Ansiedad, cefalea, hiporexia, temblor y disfunción sexual	Difenilhidantoina, carbamacepina, haloperidol, diacepam, alprazolam, litio, warfarina. Contraindicación: uso de inhibidores de la monoaminooxidasa.
2 ^a elección Citalopram 20 mgs. (ISRS)	10 o 20 mgs. vía oral c/24 hrs. Matutina por 1 semana	20-40 mgs. c/24 hrs.	Resequedad de mucosa (boca seca, estreñimiento, disminución en la producción de lágrima), mareo, náusea, ansiedad, insomnio, cefalea, vértigo y disfunción sexual.	Interacciones: Triptanos para tratamiento de migránea (sumatriptam). Contraindicación: uso de inhibidores de la monoaminooxidasa.
3 ^a elección Paroxetina 20 mgs. (ISRS)	10 o 20 mgs. vía oral c/24 hrs. Matutina por 1 semana	20-40 mgs. c/24 hrs.		Interacciones: Difenilhidantoina, haloperidol, diacepam, litio, warfarina. Contraindicaciones: consumo de alcohol, y otros psicótropicos, uso de inhibidores de la monoaminooxidasa.
<i>En caso de ansiedad y/o insomnio:</i>				
Clonazepam	0.1 mg. vía oral gotas 2.5mgs/ml.	De 0.1 a 3 mgs. en 24 hrs vía oral diluido, a dosis respuesta	Sedación, hiporreflexia, fatiga fácil, debilidad y estado confusional.	Contraindicaciones: Manejo de máquinas de precisión o vehículos. Consumo de alcohol. Hipersensibilidad. Miastenia gravis. Glaucoma de ángulo cerrado.

Algoritmo 1. Diagnóstico del paciente adulto mayor con depresión



Algoritmo 2. Tratamiento del paciente adulto mayor con depresión

