



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA

Comunidad Educativa al Servicio del Pueblo

UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR

CARRERA DE MEDICINA

**“ENFOQUE DIAGNOSTICO Y TERAPEUTICO DE LA
DEPRESION EN EL ADULTO MAYOR”**

**TRABAJO DE TITULACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL
TÍTULO DE MÉDICO**

AUTOR: MATEO ANDRÉS UYAGUARI LLIVISACA.

DIRECTOR: DRA. ROSA ELIZABETH SOLÓRZANO BERNITA.

ASESOR: DRA. JENNY ALEXANDRA PACHECO SARMIENTO.

CUENCA - ECUADOR

2020

*Yo me gradué en
los 50 años de La Cato!
... y sostuve la Universidad*



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA

Comunidad Educativa al Servicio del Pueblo

UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR

CARRERA DE MEDICINA

**“ENFOQUE DIAGNOSTICO Y TERAPEUTICO DE LA
DEPRESION EN EL ADULTO MAYOR”**

**TRABAJO DE TITULACIÓN O PROYECTO DE INTEGRACIÓN
CURRICULAR PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE
MEDICO**

AUTOR: MATEO ANDRÉS UYAGUARI LLIVISACA

DIRECTOR: DRA. ROSA ELIZABETH SOLÓRZANO BERNITA

ASESOR: DRA. JENNY ALEXANDRA PACHECO SARMIENTO

CUENCA - ECUADOR

2020

*Yo me gradué en
los 50 años de La Cato!
... y sostuve la Universidad*

COMITÉ DE BIOÉTICA DE LA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA

Cuenca, 17 de noviembre de 2020

CERTIFICA

Informo que he conocido y revisado los aspectos éticos de la revisión bibliográfica, cuyo tema es: **"ENFOQUE DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO DE LA DEPRESIÓN EN EL ADULTO MAYOR. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA"** del Sr. estudiante: **MATEO ANDRÉS UYAGUARI LLIVISACA** con C.C.: **0106675796**.



MARIA SANTACRUZ VELEZ.Mgs.

CC: 0104206685

PRESIDENTE (E) DEL COMITÉ DE BIOÉTICA,
UNIVERSIDAD CATOLICA DE CUENCA

TABLA DE CONTENIDOS:

RESUMEN.....	1
ABSTRACT	2
INTRODUCCIÓN.....	3
OBJETIVOS.....	5
METODOLOGÍA.....	6
PRISMA	7
DESARROLLO.....	8
RESULTADOS	20
DISCUSIÓN.....	22
CONCLUSIONES.....	25
BIBLIOGRAFÍA:.....	26
ANEXOS:.....	31

RESUMEN

Antecedentes: El proceso de envejecimiento en varias ocasiones se ve afectado negativamente por discapacidades físicas y mentales, una de ellas es la depresión, esta condición causa deterioro del funcionamiento de la vida diaria y es poco diagnosticada y tratada en la atención primaria; además, aumenta la percepción de mala salud y la utilización de servicios de salud.

Objetivo: Establecer el mejor enfoque diagnóstico y terapéutico de la depresión en el adulto mayor.

Metodología: Se realizó una revisión bibliográfica de artículos científicos originales, revisiones sistemáticas de la literatura científica correspondientes a los últimos cinco años en idioma español e inglés y estructurada en buscadores calificados como: Cochrane Plus, Medline, Pubmed, Scielo, Elsevier.

Resultados: El manual DSM V es el principal referente para diagnóstico la escala de depresión geriátrica de Yesavage presenta mayor consistencia interna con un alfa de cronbach de 0,96. En el enfoque terapéutico se centra en los tratamientos farmacológicos y la terapia conductiva conductual.

Palabras clave: depresión, adulto mayor, diagnóstico, tratamiento

ABSTRACT

Background: The aging process on several occasions is negatively affected by physical and mental disabilities, one of them is depression. This condition causes deterioration in the functioning of daily life and is little diagnosed and treated in primary care; In addition, the perception of poor health and the use of health services increases.

Objective: Establish the best diagnostic and therapeutic approach to depression in the elderly.

Methodology: A bibliographic review of original scientific articles, systematic reviews of the scientific literature corresponding to the last five years in Spanish and English will be carried out and structured in qualified search engines such as: Cochrane Plus, Medline, Pubmed, Scielo, Elsevier.

Results: The DSM V manual is the main reference for diagnosis, the Yesavage geriatric depression scale presents greater internal consistency with a cronbrach alpha of 0.96. In the therapeutic approach it focuses on pharmacological treatments and behavioral conductive therapy.

Key words: depression, elderly, diagnosis, treatment.

INTRODUCCIÓN

Los datos epidemiológicos alrededor del mundo dejan ver que para el 2050 la proporción de personas de la tercera edad casi se duplicará, pasando de 12 a 22 %, es decir el aumento previsto es de 900 millones a 2000 millones de personas mayores de 60 años. En base a ello se puede decir que las patologías y problemas asociados al envejecimiento poblacional aumentaran entre ellos los problemas físicos y mentales (1).

“Es sabido que la esperanza de vida aumentado en las últimas décadas y ello debe ir de la mano de una mejor calidad de vida para este grupo poblacional. en la actualidad, la esperanza de vida es de 72,7 años en hombres y 78,1 años en mujeres” (2). En Ecuador se estima que 7% de la población es mayor de 65 años, el dato concuerda con la estadística mundial (3).

El proceso de envejecimiento en varias ocasiones se ve afectado negativamente por discapacidades físicas y mentales, una de ellas es la depresión, esta condición causa deterioro del funcionamiento de la vida diaria y es poco diagnosticada y tratada en la atención primaria; además, aumenta la percepción de mala salud y la utilización de servicios de salud (4)(5).

La prevalencia de depresión en el adulto mayor cambia de acuerdo a los países de residencia por ejemplo se reportó 8,8% de depresión en Islandia y 23,6% en Alemania, en Suecia se reporta una prevalencia de 12 a 14% y en Taiwán 21,2 % (6). En una investigación se pudo determinar que la depresión en el adulto mayor es del 2,3% en Puerto Rico, 13,8% en República Dominicana, 4,9% en Cuba, 0,3% en China urbana, 0,7% en China rural, 3,9% India urbana, 12,6% India rural y 0,5% en Nigeria (7).

El diagnóstico depresión en el adulto mayor empieza desde que el paciente muestra su preocupación por su estado emocional, en otros casos este diagnóstico se complica pues existe una depresión enmascarada lo cual hace que el personal de salud no se percate a tiempo de este problema y sea abordado con la brevedad que se merece, tanto en diagnostico como el abordaje terapéutico (8).

Cuando se habla de depresión dentro de los criterios diagnósticos se encuentran la ansiedad, desesperación, llanto fácil, irritabilidad, frustración, aislamiento, inclusive mencionan que han tenido pensamientos de muerte, los adultos mayores a más de ellos presentan alteraciones en sus actividades cotidianas tales como alimentación, sueño, autocuidado y hasta la sexualidad. A estos síntomas de los suele englobar en las características del envejecimiento, no obstante, se trata de una patología mayor que tiene índices similares de presentación que las enfermedades crónicas y en múltiples casos es una enfermedad subyacente a estas (9).

Justificación:

La salud mental y emocional de este grupo poblacional se ve afectada por aspectos como: maltrato físico, sexual, psicológico, emocional, económico o material. También el abandono, falta de atención y respeto desencadenan depresión por ello, es importante saber cuáles son los factores que se asocian ella y como también saber diagnosticarla a tiempo con instrumentos apropiados para luego tener un abordaje terapéutico óptimo y adaptado a la realidad del paciente (10).

El impacto que tiene la depresión en estos pacientes son la agravación de las comorbilidades, aumenta el uso de servicios médicos y la discapacidad, deteriora la calidad de vida, aumenta el consumo de drogas y el riesgo de suicidio. (11)

La depresión es una realidad latente en una amplia proporción de adultos mayores, así mismo se relaciona con las condiciones sociodemográficas y culturales de ellos. Por ello, se hace necesario el abordaje de estos componentes desde la salud pública con un enfoque multidisciplinario con el fin de lograr una mejor calidad de vida para esta población (11).

En base a estos datos nace a la pregunta de investigación:

¿Cuál es el mejor enfoque diagnóstico y terapéutico de la depresión en el adulto mayor?

OBJETIVOS

GENERAL

- Establecer el mejor enfoque diagnóstico y terapéutico de la depresión en el adulto mayor.

ESPECÍFICOS

- Describir los principales instrumentos utilizados para el diagnóstico de la depresión en el adulto mayor.
- Identificar los principales enfoques terapéuticos de la depresión en el adulto mayor.
- Relacionar los diagnósticos y tratamientos de la depresión en el adulto mayor.

METODOLOGÍA

Diseño

Se realizará una revisión bibliográfica de artículos científicos originales dedicados al estudio e investigación de la depresión en el adulto mayor.

Para realizar la revisión bibliográfica se seleccionarán los términos específicos o palabras clave reconocidas como DECS,

Estrategia de búsqueda

Se efectuará una búsqueda electrónica de la evidencia científica disponible, durante, en las bases de datos MEDLINE (a través de PubMed), LILACS, CINALH y ProQuest, además de recursos adicionales como el buscador de Science Direct Journal. Las estrategias de búsqueda serán: 1) “depresión”; 2) “adulto mayor” AND “depresión”; 3) “baterías” AND “diagnóstico”, “depresión” AND “adulto mayor”; 4) “diagnostico” AND “depresión 2” NOT “type 1” AND “adulto mayor”.

Criterios de selección

Criterios de inclusión

- Artículos publicados entre 2015 y 2020.
- Artículos escritos en inglés y/o español.
- Trabajos originales experimentales: ensayos clínicos aleatorizados y controlados.
- Estudios que incluyan a Sujetos mayores a 65 años diagnosticados con depresión.

Criterios de exclusión

- Estudios que no especificasen las variables establecidas

Organización de la información

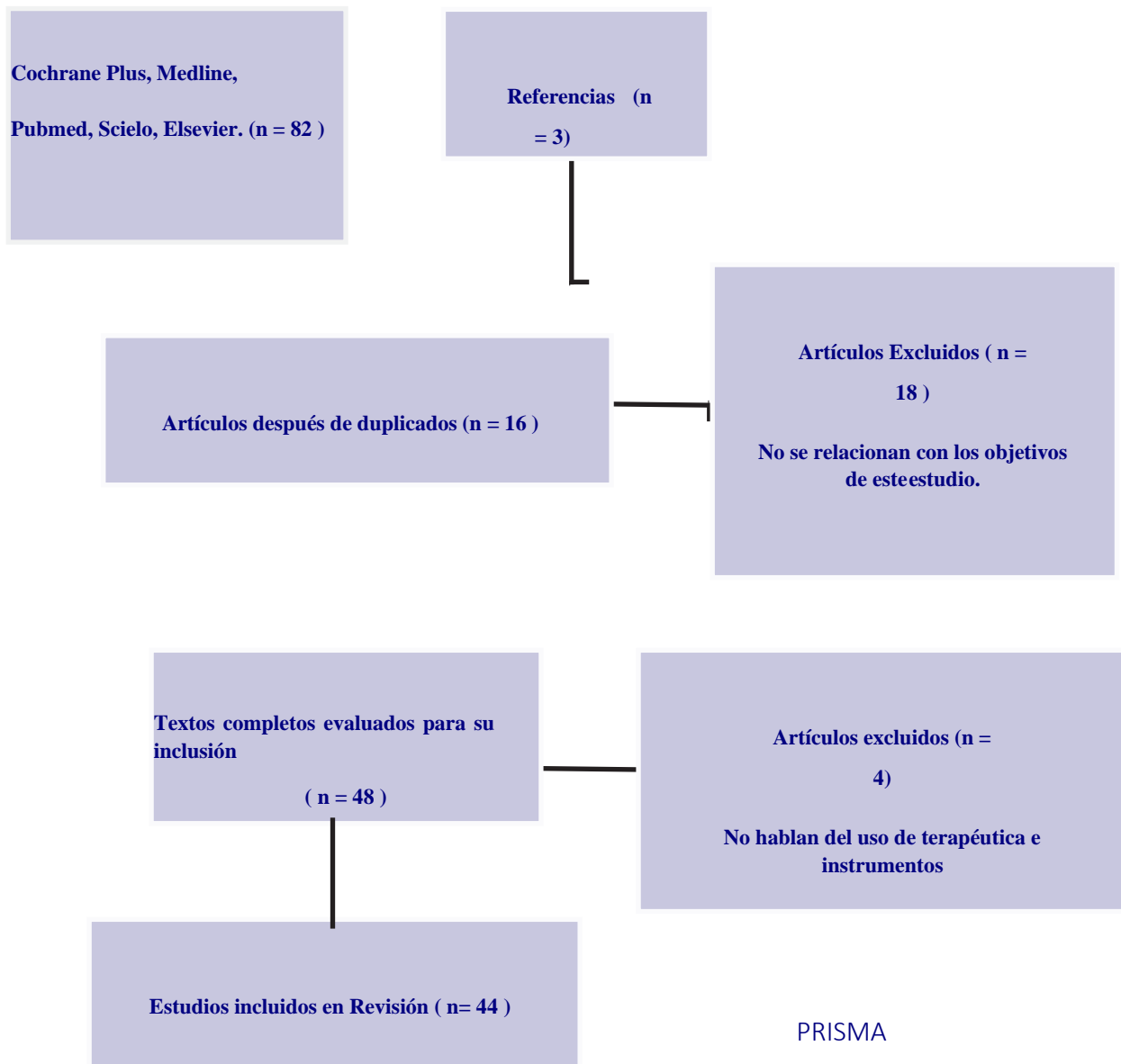
El proceso de búsqueda y selección de los documentos contará de 4 fases: identificación, screening, elegibilidad e inclusión.

La fase de identificación, se incluirán los documentos identificados a través de la búsqueda en base de datos y aquellos hallados en otras fuentes ajenas. En la

segunda fase, screening, se excluirán aquellos los artículos duplicados y evaluados según el título y el resumen, con la ayuda del programa de gestión de citas Mendeley. En la tercera fase se analizarán los documentos a texto completo. Finalmente, la cuarta fase, se incluirá aquellos que cumplan los criterios de inclusión.

RESULTADOS

A continuación, se presenta el diagrama PRISMA para mostrar el proceso de selección de los estudios



DESARROLLO

Diagnóstico de la depresión en el adulto mayor.

Se han propuesto diversos métodos para el diagnóstico de depresión en adultos y adultos mayores. Entre ellos, los criterios del DSM-V. (Manual de la asociación psiquiátrica de diagnóstico y estadística de desórdenes mentales, quinta edición) (12).

- Depresión unipolar mayor.
- Desorden depresivo persistente.
- Desorden premenstrual disfórico.
- Depresión inducida por sustancias/ medicamentos.
- Depresión producto de otra condición médica.
- Otras depresiones especificadas (ej. Depresión menor)
- Depresión no especificada.

Confiabilidad diagnóstica: la confiabilidad del diagnóstico, la cual evalúa la concordancia del diagnóstico en 2 momentos diferentes, es fundamental en la depresión unipolar. Un metaanálisis con 35 estudios de confiabilidad examinó la concordancia entre evaluaciones realizadas por el mismo evaluador, o por otros; y encontró que la confiabilidad era buena. Aunque la heterogeneidad entre estudios era amplia (13).

DEPRESIÓN UNIPOLAR MAYOR:

Cuando sospechar del desorden

- Estado de ánimo depresivo y/o pérdida de interés o placer en casi todas las actividades.
- Sentimiento de impotencia y/o desesperanza.
- Irritabilidad
- Ansiedad
- Fobias
- Preocupación excesiva por la salud física
- Quejas de acerca de síntomas de dolor.
- Presencia de factores de riesgo como historia familiar de depresión, y eventos muy estresantes (14).

Criterio diagnóstico: la depresión unipolar mayor es caracterizada por una historia de episodios depresivos mayores sin antecedentes de manía o hipomanía (1). Un episodio de depresión mayor se manifiesta con más de 5 de los siguientes síntomas en al menos 2 semanas consecutivas; y por lo menos uno de los síntomas debe ser tristeza o falta de interés/ placer:

- Estado de ánimo triste/ depresivo la mayor parte del día, casi todos los días.
- Pérdida de interés o placer en la mayoría o todas las actividades, casi todos los días.
- Insomnio casi todos los días.
- Pérdida de peso significativa o ganancia de peso, o disminución/aumento de apetito casi todos los días
- Lentitud psicomotora o agitación observable por otros, casi todos los días.
- Fatiga o falta de energía, casi todos los días.
- Capacidad de concentración reducida, pensar, o tomar decisiones. Casi todos los días.
- Pensamientos de inutilidad o culpa excesiva, casi todos los días
- Pensamientos recientes de muerte o suicidio, o intento de suicidio (3).

Adicionalmente, los síntomas causan estrés considerable o problemas psicosociales, y no son el resultado directo de una sustancia o condición médica.

Ninguno de estos nueve síntomas de depresión unipolar mayor es únicos de este desorden, y cada síntoma puede ocurrir en otras condiciones psiquiátricas. Además, los episodios pueden variar en el mismo paciente (15).

DEPRESIÓN INDUCIDA POR SUSTANCIAS/ MEDICACIÓN:

Consisten en desórdenes del humor caracterizados por la persistencia de un estado de ánimo irritable, o menor interés o placer en la mayoría de actividades. Este desorden se desarrolla durante o un poco después del uso de sustancias para propósitos recreacionales o por el uso de medicamentos prescritos; las sustancias/medicamentos se catalogan como capaces de causar perturbaciones en el estado de ánimo (16).

La depresión inducida por sustancias/ medicamentos es diagnosticada en las siguientes situaciones:

- La alteración en estado de ánimo es precedida por el inicio de una intoxicación/ abandono por uso de sustancias/ medicación.
- La alteración en el estado de ánimo persiste por un largo periodo de tiempo (ejm: un mes) después de una intoxicación aguda o abandono de sustancias.
- Hay una historia de episodios depresivos recurrentes

Los síndromes depresivos pueden ser causados por intoxicación/abandono de un gran número de sustancias y se encuentran clasificadas entre las enfermedades adictivas relacionadas con sustancias. Incluyen: alcohol, anfetaminas, cannabis, cocaína y estimulantes

Los trastornos depresivos asociados al uso de sustancias son denominados como “depresión secundaria” (17)

Trastornos depresivos secundarios a otras condiciones médicas

Los adultos mayores son un grupo etario expuestos varias condiciones concomitantes, en este caso la depresión consiste en alteraciones en el estado de ánimo que son caracterizadas por un comportamiento depresivo persistente o irritable, pérdida de interés/ placer en la mayoría de actividades (14). Los hallazgos de la historia clínica, examinación física, tests de laboratorio, indican que el trastorno está causado por otras condiciones médicas (ej. Enfermedad de Huntington, hipotiroidismo, mononucleosis, esclerosis múltiple, apnea obstructiva del sueño, Parkinson, lupus eritematoso sistémico, insuficiencia nutricional- vitamina B12, etc.). La depresión ocurre generalmente durante el primer mes del inicio de alguna condición antes mencionada. Aunque, un metaanálisis también concluye que el hipotiroidismo subclínico puede no estar relacionado con la depresión en adultos mayores, pero sí en adultos jóvenes. En ocasiones, los síndromes depresivos representan una manifestación de otras patologías (17).

Consideraciones especiales para el diagnóstico de depresión en adultos mayores frágiles

Hacer el diagnóstico en adultos mayores puede ser especialmente difícil, especialmente en los ancianos físicamente frágiles, pues múltiples factores complican el diagnóstico como:

- Comorbilidades que presentan sintomatología similar a la depresión (fatiga, letargo psicomotor, pérdida de apetito, insomnio, pérdida de deseo sexual, problemas de memoria).
- Efectos secundarios de medicación
- Dificultad de comunicación por parte de los adultos mayores
- Presentación del paciente con múltiples síntomas somáticos.
- Falta de tiempo en la evaluación clínica para considerar los problemas psicológicos en pacientes con condiciones médicas complejas.
- Negligencia por parte del tratante al considerar que la depresión es parte del paciente o familia.
- Negación por parte del paciente para reconocer una afección psicológica, debido a miedo de estigma de enfermedad mental (18).

El diagnóstico de depresión en el adulto mayor con fragilidad: el estado de ánimo puede ser menos confiable como indicador de depresión en el adulto mayor de 85 años. Los criterios de depresión deberían enfatizar un cambio en el humor o interés en al menos 2 semanas de duración, síntomas no físicos y regresión/incapacidad social. Sin embargo, estos síntomas se tornan muy difíciles de evaluar en el adulto mayor con fragilidad. Aunque la depresión es menos probable de estar presente, si el paciente responde a las muestras de afecto de familiares y cuidadores, mantiene su humor, espera visitas y acepta ayuda y cuidados (18).

Instrumentos para el Diagnóstico de depresión en el adulto mayor

Como se ha visto en párrafos anteriores el diagnóstico de la depresión en adultos mayores abarca una serie de procesos, como criterios diagnósticos clínicos, diagnósticos diferenciales e instrumentos de medición psicométrica (19); en

este punto y se afirma que varios son los instrumentos psicométricos (Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg, Escala de Hamilton para la Depresión (HDRS), Escala de Depresión de Montgomery- Asberg (MADRS), Escala Autoaplicada para la medida de la Depresión de Zung y Conde, Inventario de Depresión de Beck (BDI), el Patient Health Questionnaire (PHQ), y la Escala de Depresión Geriátrica (GDS) de Yesavage) utilizados para apoyarse en el diagnóstico y contribuyen a observar la evolución y la respuesta terapéutica (20)(21).

Cano et al presenta Escala de Depresión de Montgomery - Asberg (MADRS) como una buena opción para diagnosticar depresión en adultos mayores, pues en su validación más reciente para la población colombiana, pues obtuvo una sensibilidad, 98%; especificidad, 96 el instrumento presento un Se muestran resultados Alfa de Cronbach de 0,9168 (22). Así también, Hernández et al, realizaron un metaanálisis donde quisieron conocer cuáles son los instrumentos más fiables para el diagnóstico de la depresión en el adulto mayor, ellos analizaron 9 escalas, en cuanto a la confiabilidad, sensibilidad y especificidad los instrumentos de evaluación del estado depresivo: GDS y el CESD-20, muestran ser instrumentos confiables, congruentes y precisos para la medición de los síntomas depresivos en la población adulta mayor (23).

En su estudio Agilar et al, el cuestionario ENASEM para medir depresión en adultos mayores, en este estudio participaron 199 individuos de edad media de 79.5 años. El resultado del cuestionario de la ENASEM estuvo significativamente correlacionado con el diagnóstico clínico de depresión, la consistencia interna fue la adecuada con un coeficiente alfa de 0.74 (24). En su investigación Cheolmin et al evaluó tres etapas de depresión geriátrica usando la escala de depresión geriátrica de 15 ítems (GDS-15). Los puntos de corte óptimos se seleccionaron en función del volumen bajo la superficie ROC (VUS) y el índice de Youden; obtuvieron que la precisión diagnóstica general basada en el índice de Youden fue superior a la basada en el VUS en el GDS-15 (25).

Autor	Número de participantes	Tipo de estudio.	Instrumentos	Resultados
Cano et al (22).	22	Validación	Escala de Depresión de Montgomery-Asberg (MADRS)	El punto de corte para depresión moderada fue 20 (sensibilidad, 98%; especificidad, 96%) y para grave, 34 (sensibilidad, 98%; especificidad, 92%). Se evidenció que el instrumento es unidimensional y posee buena consistencia interna (CI = 0,9168). Los hallazgos de las pruebas de confiabilidad e interevaluadores demostraron que el instrumento es altamente confiable (coeficiente de correlación intraclass = 0,9833). El instrumento tiene buena sensibilidad al cambio
Hernández et al (23).	6 artículos	Meta análisis	Escala de Depresión Geriátrica (GDS) de Yesavage CESD-20	La utilidad psicométrica de la escala de Yesavage tiene una validez y especificidad que van desde el 69 - 100 y 78 - 97% respectivamente y con un alfa de Cronbach de 0.85 a 0.90. De los estudios seleccionados se analizaron 9 escalas de valoración para la detección de la depresión y se observó que solo GDS y el CESD-20 mostraron mejores resultados en cuanto a la confiabilidad, sensibilidad y especificidad.
Agilar et al (24)	199	Validación	ENASEM	El resultado del cuestionario de la ENASEM estuvo significativamente correlacionado con el diagnóstico clínico de depresión ($p < 0.001$) y el puntaje de la EDG ($p < 0.001$). La consistencia interna fue la adecuada (coeficiente alfa de 0.74). El punto de corte =5/9 puntos tienen una sensibilidad y especificidad de 80.7% y 68.7%, respectivamente, para el diagnóstico de depresión. La confiabilidad prueba contra prueba fue excelente (Coeficiente de Correlación Intraclass de 0.933). Finalmente, los límites de acuerdo

				entre la prueba y contra prueba muestran una diferencia de 0.22 puntos porcentuales. Conclusiones. El cuestionario ENASEM constituye un instrumento válido y confiable para cribar la presencia de depresión en adultos mayores.
Cheolmin et al (24).	774	Validación	Usefulness of the 15-item geriatric depression scale (GDS-15) for classifying minor and major depressive disorders among community-dwelling elders	En los resultados de los análisis de clasificación multicategorica, se obtuvo VUS del GDS-15 de 0,61, y puntos de corte óptimos del GDS-15 para múltiples etapas de depresión de 4 (entre normal y MnDD) y 11 (entre MnDD y MDD) se derivaron. El índice de Youden para el GDS-15 fue de 0,49 y los puntos de corte óptimos derivados fueron 5 y 10, para las etapas múltiples, respectivamente. La precisión diagnóstica general basada en el índice de Youden fue superior a la basada en el VUS en el GDS-15

Enfoques terapéuticos y tratamientos de la depresión en el adulto mayor.

Elección de tratamiento: varios estudios aleatorizados han encontrado que una combinación de tratamientos es más efectiva que cualquier intervención separada. Sin embargo, no se ha establecido la superioridad de cualquier medicación específica/ tratamiento psicológico (24).

Los antidepresivos por sí solos, han sido estudiados y usados más frecuentemente que en combinación o psicoterapia sola, debido a que los antidepresivos están más disponibles y pueden probarse de manera más conveniente que la psicoterapia, además algunos pacientes prefieren la farmacoterapia. Además, hay otros factores para escoger un régimen de tratamiento, como las comorbilidades y costos (25).

El uso de la farmacoterapia junto con la psicoterapia, farmacoterapia sola, o psicoterapia sola para la depresión unipolar mayor es consistente con las guías de práctica clínica de la American Psychiatric Association y del United Kingdom National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Sin embargo, las guías del NICE recomiendan la psicoterapia como el tratamiento inicial para los pacientes con depresión moderada, basados en la justificación de que la relación coste-beneficio para la farmacoterapia no está justificada para los síntomas moderados (26).

Eficacia de los antidepresivos: estos medicamentos pueden ayudar a los pacientes con depresión mayor. Entre ellos están descritos: agomelatina, amitriptilina, citalopram, duloxetina, escitalopram, imipramina, mirtazapina, paroxetina, sertralina, inhibidores de la oxidasa monoamina y tricíclicos (27) (17).

Por ejemplo, un metaanálisis que incluyó 37 estudios aleatorizados (n > 8400 pacientes con adultos mayores con depresión) comparó la fluoxetina (con dosis de 20 mg diarios) o venlafaxina (con dosis entre 75-150 mg diarios) con un placebo por 6 semanas; la remisión ocurrió mayormente en los pacientes quienes recibieron la medicación sobre el placebo (43 vs 29%). El ligero beneficio extra de los antidepresivos sobre el placebo en pacientes con depresión, se atribuyen en parte a las condiciones no específicas del efecto placebo; recibir un placebo en los estudios aleatorizados no es equivalente a no recibir ningún tratamiento. Así, en el mismo metaanálisis, se observe una remisión del 29 % en los pacientes tratados con placebo (30).

Eficacia de la psicoterapia: se han descrito estudios aleatorizados que la recomiendan como el tratamiento inicial. Aunque hay que considerar que algunos estudios parecen sobreestimar el beneficio clínico en casi todos los tipos de psicoterapia para el tratamiento de la depresión, y este efecto se ha visto criticado debido a los estudios de mala calidad incluidos, así como el sesgo de publicación (31).

Efecto de antidepresivos comparados con psicoterapia: para los pacientes con depresión unipolar mayor, la evidencia indica que la eficacia de los antidepresivos comparada con la psicoterapia al final del tratamiento es generalmente comparable (32).

CONSIDERACIONES PARA EL TRATAMIENTO DE LA DEPRESIÓN EN EL ADULTO MAYOR

Un tratamiento exitoso depende de muchos factores: abordaje de comorbilidades, manejo adecuado de intervenciones farmacológicas considerando su relación costo-beneficio. La consulta con un profesional de la salud mental debería ser considerado para los pacientes que no han respondido favorablemente a la terapia farmacológica o quienes tengan una preferencia por un manejo no farmacológico.

Una historia clínica completa será la mejor guía del tratamiento. Entre los aspectos con especial importancia están:

- Evaluación de ideas/ intenciones suicidas.
- Evaluación de síntomas psiquiátricos como desesperación, insomnio y mal nutrición.
- Determinación de si el paciente está usando medicación que tengan como efectos secundarios la depresión (benzodiazepinas, depresores del sistema nervioso central, opioides, otras medicaciones para el dolor) o si abusa del alcohol.
- Considerar otras condiciones médicas comúnmente asociadas con síntomas depresivos, especialmente una enfermedad tiroidea no reconocida, o diabetes. Adicionalmente, los síndromes dolorosos pueden ser una barrera para el tratamiento en la depresión y deberían ser tratados en conjunto.
- Determinación de antecedentes de depresión, edad de inicio de depresión, uso anterior de drogas y resultados, y la duración de la remisión.
- Determinación de antecedentes familiares de depresión. Los pacientes mayores con síntomas depresivos moderados y un familiar en primer grado con diagnóstico confirmado de depresión, son 1,5-3 veces más propensos a sufrir depresión en comparación con la población en general (33).

Los tratamientos de primera línea para la depresión consisten en psicoterapia y terapia somática (medicación o terapia electroconvulsiva). Un metaanálisis con

89 estudios controlados con adultos mayores diagnosticados con depresión de grados variables, encontró que los estudios propiamente realizados de manera aleatoria, eran limitados, pero que el efecto general de la psicoterapia o la medicación fue moderado a muy efectivo y prácticamente equivalente. El tratamiento de elección dependerá de la severidad, tipo, y cronicidad del episodio depresivo, contraindicaciones de medicación, acceso a tratamiento, y preferencias del paciente. La psicoterapia y farmacoterapia pueden usarse en combinación (34).

Los antidepresivos son efectivos para la depresión en adultos mayores, por ejemplo, un metaanálisis con 7 estudios aleatorizados (n=2283) comparó los antidepresivos (bupropión, citalopram, duloxetina, escitalopram, fluoxetina o paroxetina) con placebo, y encontró que la respuesta (reducción de los síntomas $\geq 50\%$) sucedió en más pacientes que recibieron el tratamiento en comparación con el placebo (49 versus 40%) (34).

Psicoterapia: la psicoterapia es una herramienta muy útil, pero usada infrecuentemente en el tratamiento de depresión en adultos mayores. Por ejemplo, en un metaanálisis realizado el 2015 con 27 estudios (n>2000 pacientes) comparó varias psicoterapias con diferentes grupos control y encontró un efecto clínicamente significativo, de moderado a fuerte, a favor de la psicoterapia, sin embargo, la heterogeneidad en los estudios era sustancial y el sesgo de publicación significativo (36).

Los tratamientos a corto plazo incluyen: la terapia cognitiva conductual, psicoterapia interpersonal, y la terapia orientada a la solución de problemas, las cuales son llevadas a cabo en un periodo de 2-4 meses y se consideran efectivas para los adultos mayores. La terapia cognitivo conductual es el método más estudiado. Un metaanálisis con 10 estudios aleatorizados (380 pacientes adultos mayores con depresión) encontró efectos clínicamente significativos a favor de la terapia cognitiva conductual sobre el tratamiento usual o los pacientes en el grupo de control de la lista de espera (35).

Otra revisión sistemática del 2018 concluye que hay evidencia moderada mostrando que la psicoterapia agregada al cuidado usual (con antidepresivos) es beneficiosa para la depresión y para la remisión de sus síntomas a corto

plazo. También, no hay evidencia que muestre que cambiar a la psicoterapia es más beneficioso para este grupo poblacional, aunque se describe que la psicoterapia puede ser un tratamiento muy efectivo para mejorar la calidad de vida en adultos mayores (36).

Jiménez et al en su estudio deja ver que el tratamiento con antidepresivos se recomienda que no sea inferior a 9 meses, siendo algo superior en ancianos, si bien debería valorarse su retirada después de 6 meses tras la remisión del episodio y solo mantenerlo en función del número de episodios previos, presencia de síntomas residuales, comorbilidad o problemática psicosocial concomitante (37).

En su estudio Sims et al dejan ver que la intervención psicológica mejora la depresión en el adulto mayor pues mejoró el estado de ánimo de las personas estudiadas (38).

Dentro de las terapias alternativas tenemos naturopatía, acupuntura, homeopatía, ejercicios, yoga, etc. Cai et presenta un estudio experimental sobre terapia alternativa que compara la acupuntura manual (MA) y medicina occidental. Dos grupos de participantes, unos recibieron 12 sesiones de acupuntura durante 4 semanas, asociado a tratamiento farmacológico; mientras que otros participantes solo tomaron 20 mg de fluoxetina por vía oral al día durante 4 semanas; con resultados de mejoría en el estado de ánimo de los pacientes que recibieron terapia alternativa. (39).

Autor	Número de participantes	Tipo de estudio.	Tratamiento	Resultados
Jimenez Et al (37).	53 estudios	Revisión	Antidepresivos	Dentro de los distintos tipos de antidepresivos ^{19,28} , los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina han demostrado menor tasa de abandono y de RAM que los tricíclicos, aunque hay que recordar que su eficacia en los cuadros más leves no difiere de

				placebo, por lo que sería un indicador para su retirada. Los criterios STOPP23 recomiendan no iniciar o suspenderlos tratamientos con antidepresivos tricíclicos en pacientes con demencia, glaucoma de ángulo estrecho, defectos de la conducción cardíaca, prostatismo o antecedentes de retención urinaria.
Sims et al (38).	12	Estudio de intervención	Psicoterapia y terapia cognitiva	La intervención psicológica demostró ser eficaz ya que los niveles de depresión establecidos inicialmente se redujeron a leves y los considerados menores a no depresión; por tanto, se afirma que su aplicación modificó el estado de ánimo de las personas mayores involucradas en la muestra.
Cai et al (39).	144	Experimental	Terapia alternativa	En los pacientes recibieron tratamiento farmacológico asociado a terapia alternativa se modificó el estado de ánimo de las personas mayores en relación a los pacientes que recibieron el tratamiento farmacológico únicamente con fluoxetina.

RESULTADOS

Con el fin de evitar el error de sesgo se han incluido artículos entre los cuartiles 4 a 1 de evidencia científica, con el fin de analizar artículos que cumplan con la inclusión y objetivos esperados.

En cuanto al diagnóstico de depresión en el adulto mayor los artículos dejan ver que debe ser dinámica y abarcar aspectos que van desde la clínica, criterios diagnósticos he instrumentos psicométricos. El manual DMS-V brinda criterios que permiten a los profesionales de la salud identificar si existe depresión y su grado en los adultos mayores, así mismo varios estudios han demostrado la importancia de realizar diagnósticos diferenciales.

Los instrumentos psicométricos constituyen un elemento clave en la detección de la depresión, pues permiten realizar diagnósticos medibles y objetivos; varios estudios se han dedicado a validarlos en sus contextos y en l agrupo etario que comprende los adultos mayores los más importantes citados que cuentan con una buena consistencia interna se muestran en la tabla 1.

Tabla 1. Instrumentos usados para el dx de depresión en el adulto mayor.

Instrumentos	Alfa de crombach (consistencia interna)
Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg	0,80
Escala de Hamilton para la Depresión (HDRS)	0,84
Escala de Depresión de Montgomery- Asberg (MADRS)	0,79
Escala Autoaplicada para la medida de la Depresión de Zung y Conde	0,76
Inventario de Depresión de Beck (BDI)	0,90
Patient Health Questionnaire (PHQ)	0,81
Escala de Depresión Geriátrica (GDS) de Yesavage	0,96
ENASEM	0.74
CESD-20	0,91

En cuanto al tratamiento de la depresión en adultos mayores se ha podido que los artículos refieren en una tendencia bidireccional entre tratamiento

farmacológico (tabla 2) y un enfoque terapéutico centrado en la psicoterapia, terapia conductiva conductual o una mezcla de las dos; que cuentan con evidencia científica que respalda su efectividad, no obstante, como complemento se plantean terapias alternativas como lúdicas, deportes relajación yoga entre otras, (tabla 3).

Tabla 2. Tratamientos farmacológico más usado en adultos mayores.

Tipo de tratamiento	Modo de acción
Tricíclicos	Inhibición de la recaptura de 5-HT, de NA, o mixta.
ISRS	Inhibición selectiva de la recaptación de la 5-HT.
ISRN	Inhibición selectiva de la recaptación de la NA.
Inhibidores de la recaptura de la noradrenalina y serotonina	Inhibidores mixtos de los transportadores de la recaptura de la NA y 5-HT.
Inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAO)	Inhibición de la monoaminoxidasa. Impiden que la 5-HT y la NA se metabolicen.
Antidepresivos atípicos	Aunque estos fármacos han supuesto mecanismos basados en las monoaminas estas acciones no son necesariamente los mecanismos que subyacen los beneficios de la droga

Tabla 3. Enfoques terapéuticos más usados.

Técnica
Terapia conductiva conductual
Psicoterapia
Actividades lúdicas
Psicoterapia y medicación
Terapia conductiva conductual y medicación
Terapias alternativas.

DISCUSIÓN

La depresión en el adulto mayor es un fenómeno compuesto de diversos factores personales como medioambientales, pues se trata de una edad de cambios, patologías concomitantes y abandono de los familiares en varios casos (40); por lo antes mencionado el diagnóstico oportuno y bien realizado constituye un factor importante en la toma de decisiones para el futuro tratamiento y la calidad de vida del adulto mayor, varios estudios mencionan la importancia de utilizar los criterios diagnósticos del manual DMS-V e instrumentos psicómetros validados, esto dependerá de las necesidades pacientes y el criterio del examinador, pues en este punto , en una revisión bibliográfica se analizaron elementos de evaluación para depresión en adultos mayores y concluyeron que ninguna técnica diagnóstica puede considerarse adecuada para todas las situaciones (41).

Otro estudio deja ver que al momento de elegir un método diagnóstico es importante tomar en cuenta que este validado para los adultos mayores, pues en muchos casos al usar métodos incorrectos, no se obtiene colaboración de los examinados por la excesiva complejidad y larga duración que agota e impacienta al adulto mayor. Tan solo el 28,7 % de los psiquiatras no encuentra ninguna dificultad para diagnosticar depresión; este número que desciende al 9,5 % en médicos generales. A pesar de que la literatura expone que las escalas psicométricas y los cuestionarios de diagnósticos son herramientas muy útiles al momento del diagnóstico, haciendo énfasis en la escala de Yesavage, curiosamente ambos, ya sean especialistas o médicos generales basan mayoritariamente sus detecciones en la entrevista y el estudio de la sintomatología (42).

Los artículos incluidos en esta revisión dejan ver que la terapéutica usada para tratar la depresión en adulto mayor son los fármacos, con mayor uso y eficacia los fármacos tricíclicos, psicoterapia y terapia conductiva conductual. En este punto Machmutow en su estudio confirma que aparte los tratamientos de farmacoterapia, existen tratamientos como la terapia cognitiva y la psicoterapia interpersonal para la depresión mayor, y que han sido reportados como tratamientos eficaces, ya sea aplicados en forma separada o en combinación con el tratamiento farmacológico (43).

Para reforzar esta idea se puede citar a Xu que en su estudio recoge información que asocia a la terapia cognitiva con resultados clínicos eficaces como los de cualquier otro tratamiento para la depresión mayor y con efectos potenciales a largo plazo más fuertes que la farmacoterapia (44). La terapia alternativa puede complementarse al tratamiento farmacológico y psicológico, ya que mejora el estado de ánimo del paciente.

Los estudios realizados en Ecuador son escasos, la mayor parte de ellos en adultos mayores hospitalizados o residentes de asilos; no se cuenta con estudios a nivel de comunidad o en pacientes jubilados; debido a esto y a los problemas descritos a los que se asocia la depresión, se deben realizar más estudios sobre esta patología y de esta manera obtener información real de la misma en nuestro país, de igual manera prepararnos a futuro ya que se estima que la población adulta mayor aumentara progresivamente durante los próximos años.

Los gastos en salud de los pacientes con depresión incrementan generalmente por complicaciones de patologías crónicas de base características de este grupo etario, en Ecuador el adulto mayor es usuario frecuente de los servicios de salud, 7 de cada 10 adultos mayores acuden a servicios médicos para ser atendidos, las consultas médicas son mayores en pacientes deprimidos, representando además un impacto económico en los mismos, ya sean usuarios del sistema de salud pública o privada.

En base a lo recabado en esta investigación se constata que la depresión es una de las patologías más frecuentes en el adulto mayor, esto varía según el desarrollo socio económico de los países; la depresión en el adulto mayor tiene características propias y el impacto sobre la calidad de vida, las comorbilidades y la ideación suicida es evidente por eso el saber diagnosticar y brindar tratamientos adecuados marcaran un precedente en a la calidad de vida de estos pacientes.

Limitaciones del estudio

Las limitaciones se centran en la falta de estudios que realicen un diagnóstico diferencial entre depresión en grupos etarios, pues los factores asociados a la vejez deben ser analizados por separado.

CONCLUSIONES

- El manual DSM V es el principal referente para diagnóstico para depresión en adultos mayores y la escala de depresión geriátrica de Yesavage presenta mayor consistencia interna con un alfa de cronbrach de 0,96.
- Los tratamientos farmacológicos y la terapia conductiva conductual han demostrado eficacia en el tratamiento de depresión en el adulto mayor, a su vez son el enfoque terapéutico más usado.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Alomoto Mera María, Calero Morales Santiago, Vaca García Mario Rene. Intervention with physical-recreational activity to anxiety and depression in the elderly. *Rev Cubana Invest Bioméd* [Internet]. 2018 Mar [citado 2020 Ago 12]; 37(1): 47-56. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03002018000100005&lng=es.
2. Calderón M Diego. Epidemiología de la depresión en el adulto mayor. *Rev Med Hered* [Internet]. 2018 Jul [citado 2020 Ago 12]; 29(3): 182-191. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1018-130X2018000300009&lng=es. <http://dx.doi.org/https://doi.org/10.20453/rmh.v29i3.3408>
3. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. Resultados censo. Quito: Instituto Nacional de Estadísticas y Censos; 2016. [citado 2020 Ago 12]; Disponible en: <https://www.ecuadorencifras.gob.ec/institucional/home/>
4. World Health Organization. Salud mental de adultos mayores. WHO [Internet]. el 12 de diciembre de 2017 [citado el 1 de septiembre de 2019]; Disponible en: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-of-older-adults>.
5. Baldeón-Martínez Paola, Luna-Muñoz Consuelo, Mendoza-Cernaqué Sandra, Correa-López Lucy E. Depresión del adulto mayor peruano y variables sociodemográficas asociadas: análisis de ENDES 2017. *Rev. Fac. Med. Hum.* [Internet]. 2019 Oct [citado 2020 Ago 20]; 19(4): 47-52. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2308-05312019000400008&lng=es
6. Guerra M, Prina AM, Ferri CP, et al. A comparative cross-cultural study of the prevalence of late life depression in low and middle income countries. *J Affect Disord.* 2016; 190:362-8. [citado 2020 Ago 20]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4679114/>
7. Organización Mundial de la Salud. Estadísticas Mundiales: una mina de información sobre salud pública mundial. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2014. [citado 2020 Ago 20]. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/112817/WHO_HIS_HSI_14.1_spa.pdf?sequence=1
8. HERNÁNDEZ, Pedro Enrique Trujillo. Depresión en el adulto mayor: un instrumento ideal para su detección. *NURE investigación: Revista Científica de enfermería*, 2017, vol. 14, no 89, p. 3. [citado 2020 Ago 30]. Disponible en: <https://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/view/1136>
9. LORENZO DIAZ, José Carlo. Calidad de vida su vínculo con la depresión en el adulto mayor. *Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río*, 2020, vol. 24, no 3. [citado 2020 Ago 30]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942020000300004

10. PÉREZ QUINTERO, Ana Carolina; GÓMEZ TORRES, Luz Enélida. Factores de riesgo asociados a la depresión en el adulto mayor. 2020. [citado 2020 Ago 30]. Disponible en: <http://smshungama.in/handle/10946/4597>
11. SEGURA-CARDONA, Alejandra, et al. Depresión en el adulto mayor: Un estudio en tres ciudades de Colombia. *Salud Uninorte*, 2018, vol. 34, no 2, p. 409-420. [citado 2020 Sep 8]. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/331145978_Depresion_en_el_adulto_mayor_Un_estudio_en_tres_ciudades_de_Colombia
12. Moran M. APA Advocacy Wins Coverage of DSM Codes in 12 States, D.C. *Psychiatr News*. 2016 Jul;51(13):1–1. [citado 2020 Sep 12]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3777342/>
13. Santelmann H, Franklin J, Bußhoff J, Baethge C. Test-retest reliability of schizoaffective disorder compared with schizophrenia, bipolar disorder, and unipolar depression-a systematic review and meta-analysis. *Bipolar Disord* [Internet]. 2015 Nov 1 [cited 2020 Oct 7];17(7):753–68. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26498139/>
14. Moran M. APA Advocacy Wins Coverage of DSM Codes in 12 States, D.C. . *Psychiatr News*. 2016 Jul;51(13):1–1. [citado 2020 Oct 12]. Disponible en: https://ijma.journals.ekb.eg/article_65787_45fb8ad68fc71311c19b4a0f2b561c86.pdf
15. Cosci F, Fava GA, Sonino N. Mood and anxiety disorders as early manifestations of medical illness: A systematic review [Internet]. Vol. 84, *Psychotherapy and Psychosomatics*. S. Karger AG; 2015 [cited 2020 Oct 7]. p. 22–9. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25547421/>
16. Solomon CG, Park LT, Zarate CA. Depression in the primary care setting. *N Engl J Med* [Internet]. 2019 Feb 7 [cited 2020 Oct 8];380(6):559–68. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30726688/>
17. Rotenstein LS, Torre M, Ramos MA, Rosales RC, Guille C, Sen S, et al. Prevalence of burnout among physicians a systematic review [Internet]. Vol. 320, *JAMA - Journal of the American Medical Association*. American Medical Association; 2018 [cited 2020 Oct 8]. p. 1131–50. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30326495/>
18. Schwenk TL, Gold KJ. Physician burnout-a serious symptom, but of what? [Internet]. Vol. 320, *JAMA - Journal of the American Medical Association*. American Medical Association; 2018 [cited 2020 Oct 8]. p. 1109–10. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30422283/>
19. Carbonell MM, Pérez Díaz R. Valor diagnóstico de la Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg (EAD-G) en adultos cubanos* Diagnostic usefulness of Anxiety and Depression Scale Goldberg (EAD-G) in Cuban adults antonio riquelMe Marín ****. 2016 [cited 2020 Oct 8];(1):177–92. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.11144/>
20. Díaz RP, Carbonell MM, Marín AR. Depresión y factores psicosociales en personas mayores cubanas y españolas. Vol. 13, *Revista del Hospital Psiquiátrico de La Habana* . 2017 Jan. [citado 2020 Ago 12].

- Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=70195>
21. Arrieta J, Aguerrebere M, Raviola G, Flores H, Elliott P, Espinosa A, et al. Validity and Utility of the Patient Health Questionnaire (PHQ)-2 and PHQ-9 for Screening and Diagnosis of Depression in Rural Chiapas, Mexico: A Cross-Sectional Study. *J Clin Psychol* [Internet]. 2017 Sep 1 [cited 2020 Oct 8];73(9):1076–90. Disponible en: <http://doi.wiley.com/10.1002/jclp.22390>
 22. Vitores Leibar O. El impacto de la soledad sobre la ansiedad, depresión y calidad de vida en una muestra de personas mayores institucionalizadas [Internet]. Euskal Herriko Ubibertsitatea/Universidad del País Vasco; 2019 [cited 2020 Oct 8]. Disponible en: <https://addi.ehu.es/handle/10810/38272>
 23. Aguilar-Navarro SG, Fuentes-Cantú A, Ávila-Funes JA, García-Mayo EJ. Validity and reliability of the screening questionnaire for geriatric depression used in the Mexican Health and Age Study. *Salud Publica Mex*. 2017;49(4):256–62. [citado 2020 Ago 12]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumenl.cgi?IDARTICULO=16681>
 24. Nelson CJ, Cho C, Berk AR, Holland J, Roth AJ. Are gold standard depression measures appropriate for use in geriatric cancer patients? A systematic evaluation of self-report depression instruments used with geriatric, cancer, and geriatric cancer samples. Vol. 28, *Journal of Clinical Oncology*. 2018. p. 348–56. [citado 2020 Ago 12]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19996030/>
 25. Practice guideline for the treatment of patients with major depressive disorder, third edition *Clinical Practice Guidelines* [Internet]. [cited 2020 Oct 8]. Disponible en: <https://www.guidelinecentral.com/summaries/practice-guideline-for-the-treatment-of-patients-with-major-depressive-disorder-third-edition/#section-date>
 26. Driessen E, Hollon SD, Bockting CLH, Cuijpers P, Turner EH, Lu L. Does publication bias inflate the apparent efficacy of psychological treatment for major depressive disorder? A systematic review and meta-analysis of US National Institutes of health-funded trials. *PLoS One* [Internet]. 2015 Sep 30 [cited 2020 Oct 8];10(9). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26422604/>
 27. Amick HR, Gartlehner G, Gaynes BN, Forneris C, Asher GN, Morgan LC, et al. Comparative benefits and harms of second generation antidepressants and cognitive behavioral therapies in initial treatment of major depressive disorder: Systematic review and meta-analysis. *BMJ* [Internet]. 2015 Dec 8 [cited 2020 Oct 8];351. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26645251/>
 28. Pinquart M, Duberstein PR, Lyness JM. Treatments for later-life depressive conditions: A meta-analytic comparison of pharmacotherapy and psychotherapy [Internet]. Vol. 163, *American Journal of Psychiatry*. American Psychiatric Association; 2016 [cited 2020 Oct 8]. p. 1493–501. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16946172/>

29. Davies P, Ijaz S, Williams CJ, Kessler D, Lewis G, Wiles N. Pharmacological interventions for treatment-resistant depression in adults. Vol. 2019, Cochrane Database of Systematic Reviews. John Wiley and Sons Ltd; 2019. [citado 2020 Oct 8]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31846068/>
30. Areán PA, Cook BL. Psychotherapy and combined psychotherapy/pharmacotherapy for late life depression. In: Biological Psychiatry [Internet]. Biol Psychiatry; 2002 [cited 2020 Oct 8]. p. 293–303. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12182934/>
31. Wilson KCM, Mottram PG, Vassilas CA. Psychotherapeutic treatments for older depressed people [Internet]. Cochrane Database of Systematic Reviews. John Wiley and Sons Ltd; 2018 [cited 2020 Oct 8]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18254062/>
32. Medline ® Abstract for Reference 124 of “Diagnosis and management of late-life unipolar depression” - UpToDate [Internet]. [cited 2020 Oct 8]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/diagnosis-and-management-of-late-life-unipolar-depression/abstract/124>
33. Kiosses DN, Ravdin LD, Gross JJ, Raue P, Kotbi N, Alexopoulos GS. Problem adaptation therapy for older adults with major depression and cognitive impairment: A randomized clinical trial. JAMA Psychiatry [Internet]. 2015 Jan 1 [cited 2020 Oct 8];72(1):22–30. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25372657/>
34. Richards DA, Ekers D, McMillan D, Taylor RS, Byford S, Warren FC, et al. Cost and Outcome of Behavioural Activation versus Cognitive Behavioural Therapy for Depression (COBRA): a randomised, controlled, non-inferiority trial. Lancet. 2016 Aug 27;388(10047):871–80. [citado 2020 Oct 12]. Disponible en: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(16\)31140-0/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(16)31140-0/fulltext)
35. Ijaz S, Davies P, Williams CJ, Kessler D, Lewis G, Wiles N. Psychological therapies for treatment-resistant depression in adults [Internet]. Vol. 2018, Cochrane Database of Systematic Reviews. John Wiley and Sons Ltd; 2018 [cited 2020 Oct 8]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29761488/>
36. Fulton JJ, Newins AR, Porter LS, Ramos K. Psychotherapy targeting depression and anxiety for use in palliative care: A meta-analysis [Internet]. Vol. 21, Journal of Palliative Medicine. Mary Ann Liebert Inc.; 2018 [cited 2020 Oct 8]. p. 1024–37. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29676960/>
37. Cuijpers P, Karyotaki E, Eckshtain D, Ng MY, Corteselli KA, Noma H, et al. Psychotherapy for Depression across Different Age Groups: A Systematic Review and Meta-analysis. Vol. 77, JAMA Psychiatry. American Medical Association; 2020. p. 694–702. [citado 2020 Oct 12]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32186668/>
38. Fulton AT. Treating depression in the older adult. Med Health R I. 2019;92(6):214–6. [citado 2020 Oct 12]. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0924977X19304237>

39. Jonsson U, Bertilsson G, Allard P, Gyllensvärd H, Söderlund A, Tham A, et al. Psychological treatment of depression in people aged 65 years and over: A systematic review of efficacy, safety, and cost-effectiveness [Internet]. Vol. 11, PLoS ONE. Public Library of Science; 2016 [cited 2020 Oct 8]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27537217/>
40. Machmutow K, Meister R, Jansen A, Kriston L, Watzke B, Härter MC, et al. Comparative effectiveness of continuation and maintenance treatments for persistent depressive disorder in adults. Vol. 2019, Cochrane Database of Systematic Reviews. John Wiley and Sons Ltd; 2019. [citado 2020 Oct 12]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6526465/>
41. Casey DA. Depression in Older Adults: A Treatable Medical Condition [Internet]. Vol. 44, Primary Care - Clinics in Office Practice. W.B. Saunders; 2017 [cited 2020 Oct 8]. p. 499–510. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28797375/>
42. Xu T, Jiao J, Zhu C, Li F, Guo X, Li J, et al. Prevalence and Potential Associated Factors of Depression among Chinese Older Inpatients. *J Nutr Heal Aging*. 2019 Dec 1;23(10):997–1003. [citado 2020 Oct 12]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31781730/>

ANEXOS:

1. Escala de Yesavage

Escala de Yesavage		
Escala de depresión geriátrica de Yesavage		
Ítem	Pregunta a realizar	1 punto si responde:
1	¿Está básicamente satisfecho con su vida?	NO
2	¿Ha renunciado a muchas de sus actividades e intereses?	SI
3	¿Siente que su vida está vacía?	SI
4	¿Se encuentra a menudo aburrido?	SI
5	¿Tiene esperanza en el futuro?	NO
6	¿Tiene molestias (malestar, mareo) por pensamientos que no pueda sacarse de la cabeza?	SI
7	¿Tiene a menudo buen ánimo?	NO
8	¿Tiene miedo de que algo le esté pasando?	SI
9	¿Se siente feliz muchas veces?	NO
10	¿Se siente a menudo abandonado?	SI
11	¿Está a menudo intranquilo e inquieto?	SI
12	¿Prefiere quedarse en casa que acaso salir y hacer cosas nuevas?	SI
13	¿Frecuentemente está preocupado por el futuro?	SI
14	¿Encuentra que tiene más problemas de memoria que la mayoría de la gente?	SI
15	¿Piensa que es maravilloso vivir?	NO
16	¿Se siente a menudo desanimado y melancólico?	SI
17	¿Se siente bastante inútil en el medio en que está?	SI
18	¿Está muy preocupado por el pasado?	SI
19	¿Encuentra la vida muy estimulante?	NO
20	¿Es difícil para usted poner en marcha nuevos proyectos?	SI
21	¿Se siente lleno de energía?	NO
22	¿Siente que su situación es desesperada?	SI
23	¿Cree que mucha gente está mejor que usted?	SI
24	¿Frecuentemente está preocupado por pequeñas cosas?	SI
25	¿Frecuentemente siente ganas de llorar?	SI
26	¿Tiene problemas para concentrarse?	SI
27	¿Se siente mejor por la mañana al levantarse?	NO
28	¿Prefiere evitar reuniones sociales?	SI
29	¿Es fácil para usted tomar decisiones?	NO
30	¿Su mente está tan clara como lo acostumbraba a estar?	NO
Puntuación total:		
0 - 10: Normal.		
11 - 14: Depresión (sensibilidad 84%; especificidad 95%).		
> 14: Depresión (sensibilidad 80%; especificidad 100%).		

Informe de antiplagio TURNITIN:

DEPRESION EN ADULTO MAYOR

INFORME DE ORIGINALIDAD

8 %	%	%	8 %
INDICE DE SIMILITUD	FUENTES DE INTERNET	PUBLICACIONES	TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

ENCONTRAR COINCIDENCIAS CON TODAS LAS FUENTES (SOLO SE IMPRIMIRÁ LA FUENTE SELECCIONADA)

3%

★ Submitted to CONACYT

Trabajo del estudiante

Excluir citas Activo
Excluir bibliografía Activo

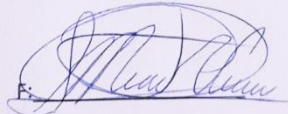
Excluir coincidencias Apagado

Permiso de autor:

**AUTORIZACIÓN DE PUBLICACIÓN EN EL
REPOSITORIO INSTITUCIONAL**

Yo, **MATEO ANDRÉS UYAGUARI LLIVISACA**, portador(a) de la cédula de ciudadanía **No.0106675796**. En calidad de autor/a y titular de los derechos patrimoniales del trabajo de titulación **"ENFOQUE DIAGNOSTICO Y TERAPEUTICO DE LA DEPRESIÓN EN EL ADULTO MAYOR"** de conformidad a lo establecido en el artículo 114 del Código Orgánico de la Economía Social de los Conocimientos, Creatividad e Innovación, reconozco a favor de la Universidad Católica de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos. Así mismo, autorizo a la Universidad para que realice la publicación de este trabajo de titulación en el Repositorio Institucional de conformidad a lo dispuesto en el artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca, 09 de diciembre de 2020



Mateo Andrés Uyaguari Llivisaca
C.I. 0106675796