

CONSENSO sobre
la DEPRESIÓN
en el ANCIANO

2ª edición

SEPG Sociedad Española
de Psicogeriatría



www.sepg.es



Edita:

© Marketing Aid Systems & Services SL

Fotocopiar es un delito (Art 270 CP)

Para que existan libros es necesario el trabajo de un importante colectivo (autores, traductores, dibujantes, correctores, impresores, editores...). El principal beneficiario de este esfuerzo es el lector que aprovecha su contenido. Quien fotocopia un libro, en las circunstancias previstas por la ley, delinque y contribuye a la no existencia de nuevas ediciones. Además, a corto plazo, encarecer el precio de las ya existentes.

Este libro está legalmente protegidos por los derechos de propiedad intelectual. Cualquier uso fuera de los límites establecidos por la legislación vigente, Sin el consentimiento del editor, es ilegal. Esto se aplica en particular a la reproducción, fotocopia, traducción, grabación o cualquier otro sistema de recuperación de almacenaje de información.

ISBN: 978-84-09-13470-0

Coordinación editorial:

Marketing Aid Systems & Services SL

Gomis 34, 08023 Barcelona

info@massconsultoria.com

Diseño y maquetación: Silvia Blanco Gondra

design@massconsultoria.com

CONSENSO sobre
la DEPRESIÓN
en el ANCIANO
2ª edición

SEPG Sociedad Española
de Psicogeriatría



www.sepg.es

Dirección y Coordinación
Luis F. Agüera Ortiz

Dirección y Coordinación

Luis F. Agüera Ortiz

Comité Científico

Luis F. Agüera Ortiz

María Dolores Claver Martín

María Dolores Franco Fernández

Jorge López Álvarez

Manuel Martín Carrasco.

Isabel Ramos García

Manel Sánchez Pérez

Asesoría Metodológica

y Estadística

Fernando Caballero Martínez

Secretaría Técnica y Monitorización

Teresa Giné Matas

MASS+

www.massconsultoria.com

Comité de Expertos

Luis F. Agüera Ortiz

Luisa Baladón Higuera

Manuel Bousoño García

Ana Catalán Martínez

María Dolores Claver Martín

Jorge Cuevas Esteban

Pilar de Azpiazu Artigas

José de Blas Soto

María Jesús del Yerro Álvarez

María Dolores Franco Fernández

Manuel A. Franco Martín

Carmen García Orallo

Alfredo Guerrero Morcillo

Celso Iglesias García

Paul Ivanov

Jorge López Álvarez

Manuel Martín Carrasco

Raimundo Mateos Álvarez

José Ignacio Mendezona

Jesús Monforte Porto

Carmen Moreno Menguiano

Ángel Moríñigo Domínguez

Javier Olivera Pueyo

Carmelo Pelegrín Valero

Francisco de Asís Pérez Crespo

Jorge Pla Vidal

Santiago Posik Rosati

Joaquim Pujol Puigdomènech

Isabel Ramos García

José Joaquín Roldán Larreta

Elena Ros Cucurull

Pedro Roy Millán

Manel Sánchez Pérez

Virginia Soria Tomás

Mikel Urretavizcaya Sarachaga

PRÓLOGO

La depresión geriátrica, por su frecuencia, implicaciones clínicas y por el importante sufrimiento que produce, puede ser considerada como un verdadero problema de salud pública. Desafortunadamente, el grado de conocimiento sobre la misma alcanzado hasta el presente por la comunidad científica y el de los propios agentes sanitarios implicados en su diagnóstico y tratamiento está lejos de ser el deseable.

La creciente demanda asistencial que viene de la mano de los irrefutables datos epidemiológicos relacionados con el aumento de la población de personas mayores y la alta prevalencia de depresión en este grupo de edad, requiere respuestas eficientes y basadas en la evidencia. Sin embargo, solo hasta recientemente, esta enfermedad está recibiendo la atención que merece por parte de los médicos, sean éstos de Atención Primaria o especialistas. Los profesionales reclaman información, pero ésta es escasa en la literatura especializada, tanto en la forma de artículos, libros o guías de práctica clínica.

La investigación que se genera en este campo es también claramente insuficiente. A ello ha de añadirse la frecuente exclusión de los ancianos en los ensayos clínicos farmacoterapéuticos. Todo esto obliga al Psiquiatra a la continua toma de decisiones clínicas en estos ámbitos con ausencia de sólidas bases científicas, o empleando información extrapolada de poblaciones no geriátricas.

Por todo ello la Sociedad Española de Psicogeriatría generó un documento de Consenso sobre depresión geriátrica que vio la luz en 2011. Pasados unos años de ese trabajo, se hace necesario proceder a una actualización de sus propuestas y contenidos. El objetivo común de ambos proyectos fue y sigue siendo consensuar una propuesta de criterios profesionales y recomendaciones clínicas que mejore la incertidumbre clínica en el diagnóstico y tratamiento de los pacientes ancianos con trastornos depresivos.

Con este fin se ha solicitado y analizado el criterio experto de profesionales de reconocido prestigio por su conocimiento y experiencia profesional en la depresión geriátrica con el fin de ayudar a dilucidar las controversias existentes y completar las lagunas informativas actuales. Al igual que en la primera edición del Consenso, se ha utilizado la versión más actual de la técnica Delphi, un procedimiento de acuerdo experto, fiable y con larga tradición de uso en biomedicina.

En esta monografía se presentan los resultados y conclusiones obtenidas, esperando que resulten de interés práctico no sólo para los especialistas en Psiquiatría sino también para otros profesionales que atienden a personas mayores como Geriatras, médicos de Atención Primaria, de Residencias, Neurólogos o Psicólogos.

ÍNDICE

1 - Introducción y objetivos	9
2 - Metodología de Consenso Delphi	11
• Definición	11
• Método	11
• Fases	12
• Valoración de los ítems	13
• Análisis de resultados e interpretación del consenso	14
3 - 2ª edición del Consenso sobre depresión en el anciano	17
• Desarrollo del presente consenso Delphi	17
• Resultados globales	18
4 - Área temática 1. Conceptos, clínica y factores de riesgo	21
5 - Área temática 2. Cribado y Diagnóstico de la depresión	27
6 - Área temática 3. Depresión psicótica	31
7 - Área temática 4. Depresión y demencia	37
8 - Área temática 5. Tratamiento farmacológico	41
9 - Área temática 6. Terapia electroconvulsiva	
y otros tratamientos biológicos no farmacológicos	47
10 - Área temática 7. Tratamientos psicoterapéuticos	51
11 - Área temática 8. Comorbilidad física y prevención	55
12 - Área temática 9. Capacitación profesional para abordar	
la depresión del anciano	59
13 - Elección del fármaco antidepresivo en función	
de las comorbilidades médicas existentes	63
14 - Estrategias para la depresión resistente o con insuficiente	
respuesta al tratamiento antidepresivo	67
Bibliografía	71
Anexo	75

1 - Introducción

INTRODUCCIÓN

La investigación clínica y experimental en Psiquiatría tiene algunos condicionantes metodológicos intrínsecos que dificultan de forma específica el desarrollo de la misma, como son entre otros la validez de los criterios e instrumentos diagnósticos empleados en el reclutamiento de casos, la adecuación del uso de las escalas de valoración clínica empleadas, o la estandarización de las intervenciones ensayadas. Por ello, existen en este ámbito profesional frecuentes controversias sobre los resultados discrepantes de la investigación disponible, que justifican, al menos en parte, la variabilidad de criterio profesional y de hábitos clínicos de los profesionales de la Psiquiatría. En otros casos la realidad es que la investigación es simplemente insuficiente o no existe. Todos estos factores adquieren singular relevancia en el caso específico de la depresión geriátrica.

El objetivo de este proyecto es explorar la opinión de un panel clínico de expertos en Psicogeriatría a nivel nacional, y alcanzar un consenso profesional suficiente en torno a una batería de criterios y recomendaciones sobre el manejo de la depresión en pacientes ancianos, a la luz del conocimiento científico disponible y la experiencia clínica acumulada por el panel.

2 - Metodología de Consenso Delphi

DEFINICIÓN

El método Delphi se engloba dentro de los métodos de prospectiva, que estudian el futuro, en lo que se refiere a la evolución de los factores del entorno tecno-socio-económico y sus interacciones. Es un método de estructuración de un proceso de comunicación grupal por parte de miembros generalmente dispersos geográficamente, que es efectivo a la hora de permitir a un grupo de individuos, como un todo, tratar un problema complejo. La capacidad de predicción del Delphi se basa en la utilización sistemática de un juicio intuitivo emitido por un grupo de expertos.

El objetivo de los cuestionarios sucesivos, es disminuir el espacio intercuartil, esto es, cuánto se desvía la opinión del experto de la opinión del conjunto, precisando la mediana, de las respuestas obtenidas.

El **método Delphi modificado** se desarrolla mediante dos rondas sucesivas de una encuesta estructurada con respuestas cerradas llevada a cabo por el panel de expertos. Entre ambas rondas cada participante recibe el procesamiento de los resultados intermedios logrados y los comentarios emitidos por el panel, lo que ofrece la oportunidad de contrastar la opinión personal con la de los restantes panelistas y reconsiderar su posicionamiento.

Existen tres tipos de participantes en una encuesta Delphi, con distintas responsabilidades:

- **El Comité Científico** es el encargado de la revisión sistemática del tema de estudio, de la definición de contenidos de los cuestionarios, de la selección del panel de expertos y de la redacción del documento de conclusiones finales.

- **El Panel de Expertos** es el conjunto de panelistas de reconocido prestigio profesional a los que se solicita opinión durante el proceso.

- **El Equipo Técnico** es el responsable de la implantación del método (edición y difusión del primer cuestionario; análisis de respuestas de la primera circulación, informe provisional y difusión del segundo cuestionario; análisis del segundo cuestionario; interpretación estadística del consenso logrado).

MÉTODO

El desarrollo de un estudio tipo Delphi tiene las siguientes características:

- **Anonimato:** Durante el Delphi ningún experto conoce la identidad de los otros que componen el grupo de panelistas y por tanto se facilita la defensa de las opiniones individuales.

- **Iteración y realimentación controlada:** La iteración se consigue al presentar dos o más veces el mismo cuestionario, lo que permite disminuir el espacio intercuartil, ya que se consigue que los expertos vayan conociendo los diferentes puntos y puedan ir modificando su opinión. Es decir, se brinda la

oportunidad de reflexionar y reconsiderar la opinión propia por parte de cada participante entre la primera y las rondas sucesivas, existiendo la posibilidad de cambiar de criterio, si los argumentos presentados así lo justifican, sin que resulte manifiesto ante el resto del panel.

- **Respuesta del grupo en forma estadística:** La información que se presenta a los expertos no es solo el punto de vista de la mayoría sino que se presentan todas las opiniones indicando el grado de acuerdo que se ha obtenido así como la validación estadística del resultado final.

- **Heterogeneidad:** Pueden participar expertos de determinadas ramas de actividad sobre las mismas bases.

Las principales ventajas del método Delphi son que permite obtener información de puntos de vista sobre temas muy amplios o muy específicos ya que el horizonte de análisis puede ser variado. Permite la participación de un gran número de personas de forma ordenada y ayuda a explorar de forma sistemática y objetiva problemas que requieren la concurrencia y opinión cualificada, eliminando o aminorando los efectos negativos de las reuniones de grupo *cara a cara*.

Entre sus inconvenientes se encuentra que el tiempo de ejecución desde el período de formulación hasta la obtención de los resultados finales puede ser largo, con la posibilidad de deserciones de panelistas a lo largo de este tiempo. La elección del grupo de panelistas puede sufrir sesgos de selección que influirían en los resultados y se requiere una masiva participación para que los resultados tengan significatividad estadística.

FASES

- **Definición de objetivos:** En esta primera fase se plantea la formulación del problema y un objetivo general que estaría compuesto por el objetivo del estudio, el marco espacial de referencia y el horizonte temporal para el estudio.

- **Selección de expertos:** Esta fase presenta dos dimensiones:

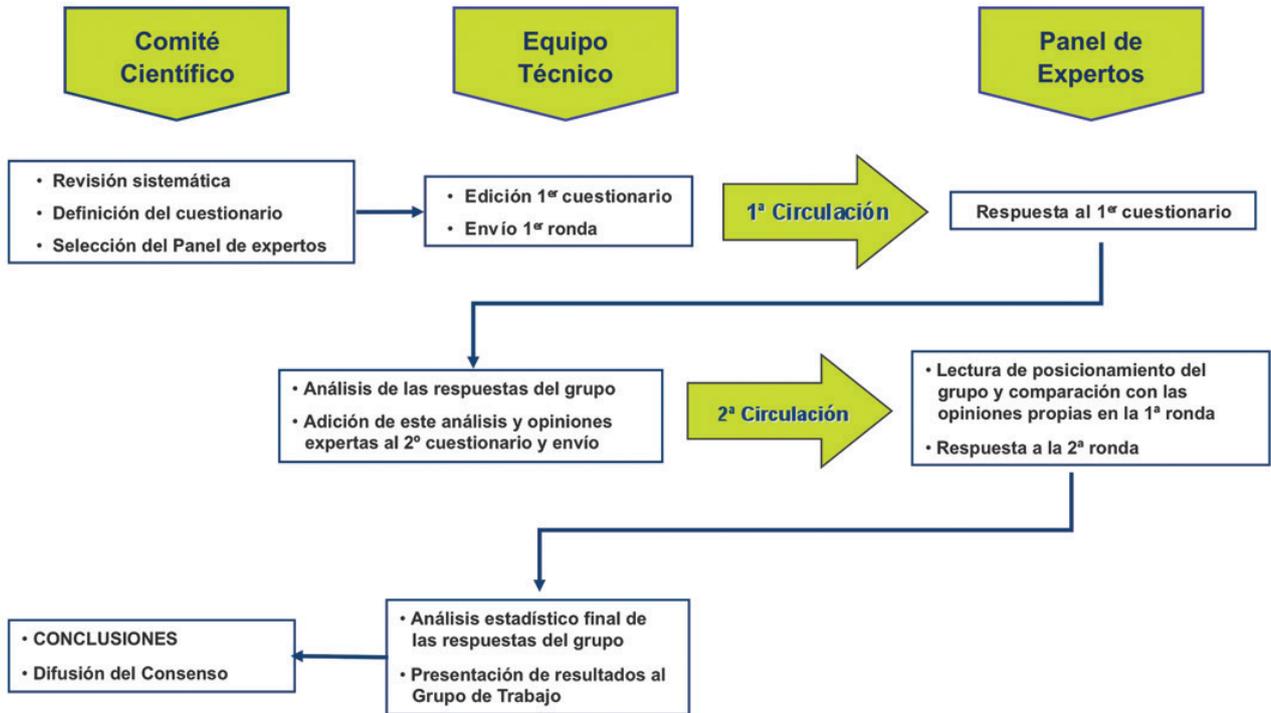
- **Dimensión cualitativa:** Se seleccionan en función del objetivo prefijado y atendiendo a criterios de experiencia, posición, responsabilidad, acceso a la información y disponibilidad.

- **Dimensión cuantitativa:** Elección del tamaño de la muestra en función de los recursos y tiempo disponible.

- **Elaboración y lanzamiento de los cuestionarios** (fig. 1): Los cuestionarios se elaboran de manera que faciliten la respuesta por parte de los encuestados. Las respuestas son cuantificadas y ponderadas. El objetivo de los cuestionarios sucesivos es disminuir la dispersión y precisar la opinión media consensuada. En el segundo envío del cuestionario, los expertos son informados de los resultados de la primera consulta, debiendo dar una nueva respuesta. Todo este proceso se basó en una web construida ex profeso y el apoyo de comunicación a través de correo electrónico.

- **Explotación de resultados:** Se extraen las razones de las diferencias y se realiza una evaluación de ellas. Si fuera necesario se realizaría una tercera oleada. Se elabora un informe con las conclusiones.

FIGURA1: FASES DEL DESARROLLO DEL ESTUDIO DELPHI



VALORACIÓN DE LOS ÍTEMS

Para la valoración de las cuestiones/items se utiliza una única escala ordinal de tipo Likert de nueve puntos, según el formato UCLA-Rand Corporation empleado usualmente en la evaluación de tecnologías sanitarias. Las categorías de respuesta se describen mediante calificadores lingüísticos de acuerdo/desacuerdo con las propuestas presentadas.

ESCALA DE PUNTUACIÓN DE ÍTEMS



Criterios de Valoración:

- **1-3:** Estoy en desacuerdo con la afirmación (cuanta menor puntuación, mayor grado de desacuerdo).

- **4-6:** Ni acuerdo ni desacuerdo con la afirmación; no tengo un criterio totalmente definido sobre la cuestión (elegir 4 o 6 si se está más bien cerca del desacuerdo o del acuerdo, respectivamente).

- **7-9:** Estoy de acuerdo con la afirmación (cuanta mayor puntuación, mayor grado de acuerdo).

ANÁLISIS DE RESULTADOS E INTERPRETACIÓN DEL CONSENSO

Para cada ítem de encuesta se calcula la media de puntuaciones de los panelistas y el intervalo de confianza al 95% del promedio.

Para la interpretación por estimadores estadísticos se emplean los siguientes **criterios expresos de consenso logrado o fallido**:

- Cuanto mayor sea el promedio (más próximo a 9) en cada ítem, mayor será el acuerdo del grupo con la propuesta expresada en el ítem.

- Cuanto menor sea el promedio (más próximo a 1) en cada ítem, mayor será el desacuerdo del grupo con la propuesta expresada en el ítem.

- Cuanto menor sea el intervalo de confianza, mayor unanimidad existirá en las opiniones de acuerdo o desacuerdo del grupo.

- Si el intervalo de confianza engloba el valor 5 (“Ni acuerdo ni desacuerdo”), el grupo no logra un consenso unánime en una u otra dirección. En este caso se describirán las causas del motivo del no consenso: o bien existen opiniones marcadamente diferentes entre los panelistas, o bien la mayoría del grupo opina no tener un criterio definitivo sobre el ítem.

Para analizar la opinión grupal y el tipo de consenso alcanzado sobre cada cuestión planteada, se emplea la posición de la mediana de puntuaciones del grupo (región de puntuación: [1-3] [4-6] [7-9]) y el “nivel de concordancia” alcanzado por los encuestados, según los siguientes criterios:

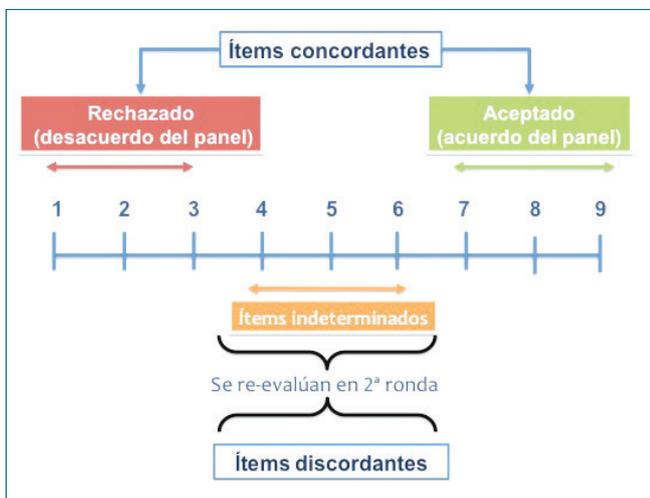
Se considera consensuado un ítem cuando existe “**concordancia**” de opinión en el panel, esto es, cuando los expertos que puntúan fuera de la región de tres puntos ([1-3], [4-6], [7-9]) que contiene la mediana son menos de la tercera parte de los encuestados. En tal caso, el valor de la mediana determina el consenso grupal alcanzado: “**desacuerdo**” mayoritario con el ítem, si la mediana ≤ 3 , o “**acuerdo**” mayoritario con el ítem si la mediana ≥ 7 . Los casos en los que la mediana se encuentra en la región 4-6, son considerados ítems “**dudosos**” para una mayoría representativa del grupo.

Por el contrario, se establece que existe “**discordancia**” de criterio en el panel cuando las puntuaciones de un tercio o más de los panelistas están en la región [1-3] y de otro tercio o más en la región [7-9]. Los ítems restantes en los que no se observa concordancia ni discordancia se consideran con un nivel de consenso “**indeterminado**”.

Todos los ítems en los que el grupo no alcanza un consenso manifiesto a favor o en contra de la cuestión planteada (los ítems dudosos, aquellos en los que se aprecia discordancia y los que mostraron un nivel de consenso indeterminado) se proponen a la reconsideración del panel en la segunda ronda Delphi. También se someten a reevaluación los ítems en los que se aprecia una alta dispersión de opiniones entre los encuestados, con un rango intercuartílico ≥ 4 puntos (rango de puntuaciones contenidas entre los valores p25 y p75 de la distribución).

Entre ambas rondas, los panelistas son informados de la distribución detallada de las respuestas del grupo en la primera encuesta (mediante gráficos de barras), facilitándose los comentarios y aclaraciones aportadas por cada participante. Tras revisar esta información, se les solicita una nueva valoración personal de los ítems no consensuados en la primera ronda.

DECISIONES SOBRE ÍTEMES SEGÚN OPINIÓN GRUPAL



En la presentación de resultados se utiliza un **Código de colores** que informa sobre el posicionamiento final de la opinión grupal ante cada ítem valorado (un criterio o recomendación clínica):

Representación de resultados:

- **ÍTEMES CONSENSUADOS EN ACUERDO** (el grupo ACEPTA el ítem)
- **ÍTEMES NO CONSENSUADOS TRAS LAS DOS RONDAS DE INTERACCIÓN** (el grupo no tiene una opinión suficientemente homogénea)
- **ÍTEMES CONSENSUADOS EN DESACUERDO** (el grupo RECHAZA el ítem)



3 - 2ª edición del Consenso sobre depresión en el anciano

DESARROLLO DEL PRESENTE CONSENSO DELPHI

Para la segunda edición de este Consenso, el Comité de Expertos fue constituido por 7 miembros destacados de la Sociedad Española de Psicogeriatría. El Panel de Expertos lo conformaron 35 Psiquiatras con experiencia clínica y reconocimiento profesional específico en el abordaje de la depresión en pacientes ancianos, seleccionados bajo el criterio del Comité de Expertos. Una parte de ellos, pero no todos, ya había participado en la primera edición.

El Comité Científico redactó una serie de ítems para la encuesta, contruidos a modo de aseveraciones (afirmativas y negativas). Los ítems que constituyeron la encuesta final fueron objeto de un proceso de consenso tras la interacción entre los miembros por correo electrónico y en una reunión presencial.

En su versión definitiva la encuesta contiene 78 ítems estructurados en nueve áreas temáticas:

ÍTEMS POR ÁREA TEMÁTICA

Área temática	Número de ítems
• Conceptos, clínica y factores de riesgo	12
• Cribado y Diagnóstico	7
• Depresión Psicótica	17
• Depresión y Demencia	5
• Tratamiento farmacológico antidepresivo	18
• Tratamientos biológicos no farmacológicos (Fundamentalmente TEC)	5
• Tratamientos Psicoterapéuticos	4
• Comorbilidad y otros aspectos	6
• Capacitación profesional para abordar la depresión del anciano	4
TOTAL	78

RESULTADOS GLOBALES

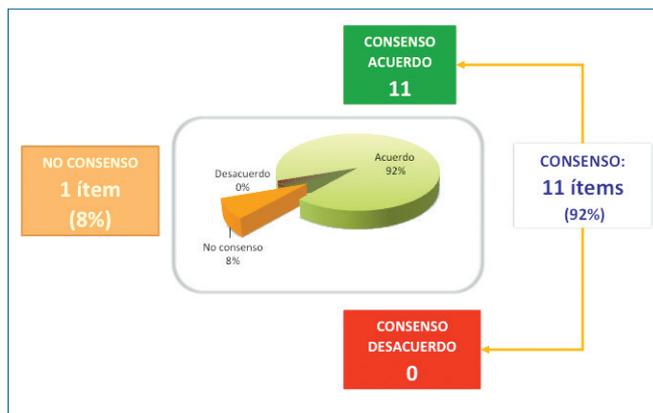
Tras las dos rondas definidas en el proceso Delphi, de los 78 ítems en que consistía la encuesta, se llegó a un consenso en 59 de ellos (75,6%). Este porcentaje está compuesto por el 60,2% en que hubo consenso en aceptar la formulación propuesta por el ítem y el 15,4% en que hubo consenso en rechazarla. En 19 ítems (24,4%) no se pudo lograr un consenso.

Los resultados de los diferentes bloques se exponen a continuación:

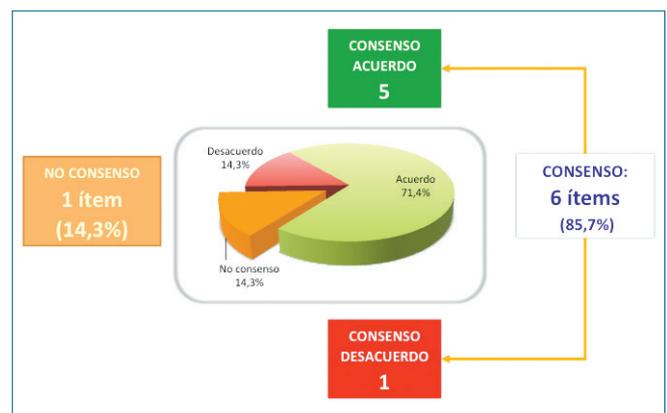
RESULTADO GLOBAL: GRADO DE CONSENSO (78 ÍTEMS)



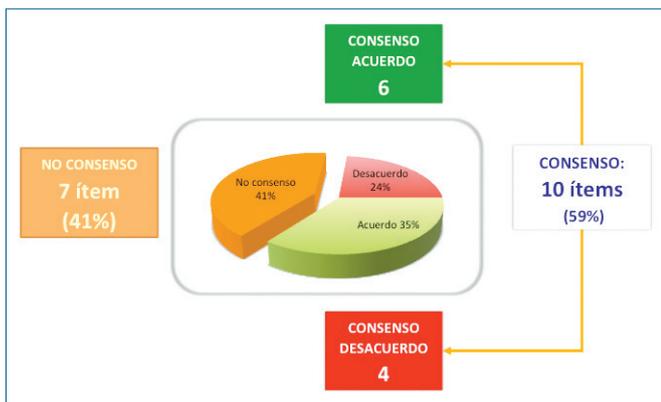
RESULTADOS ÁREA 1. CONCEPTOS Y CLÍNICA (12 ÍTEMS)



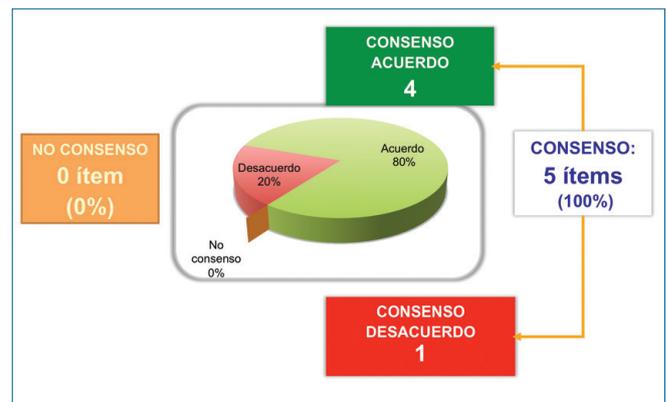
RESULTADOS ÁREA 2. CRIBA Y DIAGNÓSTICO (7 ÍTEMS)



RESULTADOS ÁREA 3. DEPRESIÓN PSICÓTICA (17 ÍTEMS)



RESULTADOS ÁREA 4. DEPRESIÓN Y DEMENCIA (5 ÍTEMS)



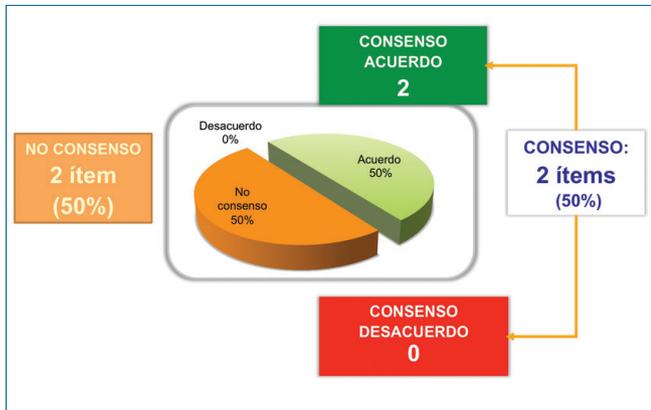
RESULTADOS ÁREA 5. TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO (18 ÍTEMS)



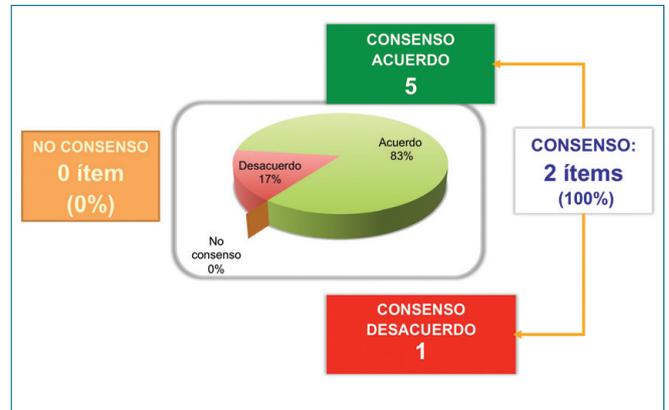
RESULTADOS ÁREA 6. TEC EN ANCIANOS (5 ÍTEMS)



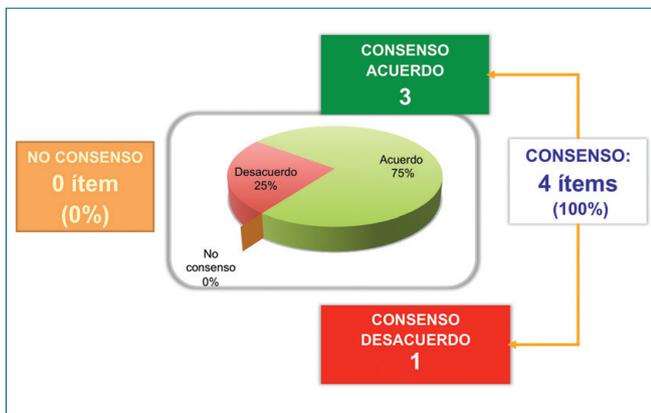
RESULTADOS ÁREA 7. PSICOTERAPIA (4 ÍTEMS)



RESULTADOS ÁREA 8. COMORBILIDAD (6 ÍTEMS)



RESULTADOS ÁREA 9. CAPACITACIÓN PROFESIONAL ASISTENCIAL (4 ÍTEMS)

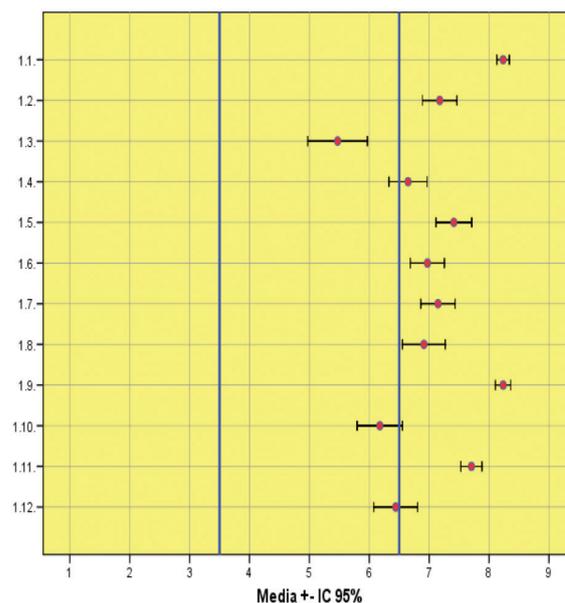


4 - Área temática 1.

Conceptos, clínica y factores de riesgo

VALORACIÓN DEFINITIVA DE CADA ÍTEM EN EL ÁREA 1

Área temática 1. Conceptos, clínica y factores de riesgo		DESACUERDO	NO CONSENSO	ACUERDO
1.1	El concepto de depresión de inicio tardío (primer episodio en la vejez, frente a depresión de inicio en la edad adulta) tiene utilidad clínica en Psiquiatría.			■
1.2	El concepto de depresión vascular tiene utilidad clínica en Psiquiatría.			■
1.3	El concepto de pseudodemencia depresiva tiene utilidad clínica en Psiquiatría.		■	
1.4	La depresión en el anciano, en comparación con el adulto, presenta de forma más específica mayores niveles de ansiedad.			■
1.5	La depresión en el anciano, en comparación con el adulto, presenta de forma más específica mayores niveles de sintomatología hipocondríaca.			■
1.6	La depresión en el anciano, en comparación con el adulto, presenta de forma más específica menos expresión de tristeza.			■
1.7	La depresión en el anciano, en comparación con el adulto, presenta de forma más específica mayores niveles de ideación suicida.			■
1.8	La depresión en el anciano, en comparación con el adulto, presenta de forma más específica mayor repercusión en la vida diaria.			■
1.9	Los estados de fragilidad, en la transición de la autonomía a la dependencia, suponen un factor de riesgo significativo para la depresión en el anciano.			■
1.10	La revelación del diagnóstico de demencia es un factor de riesgo significativo para la depresión en ancianos.			■
1.11	Las enfermedades físicas graves en ancianos constituyen un factor de riesgo de suicidio mayor en hombres que en mujeres.			■
1.12	Los ancianos no deprimidos con ideas de muerte requieren atención clínica.			■



Media aritmética (IC 95%) de cada ítem en el área 1.

Este bloque de preguntas tiene un gran interés dentro del Consenso, ya que la valoración clínica constituye la herramienta fundamental de trabajo en la práctica asistencial. Una característica llamativa de este conjunto de cuestiones es el alto grado de consenso en el acuerdo alcanzado, de manera que sólo en uno de los ítems de los 12 propuestos, el 1.3, no se alcanzó consenso tras las dos rondas de aplicación del Cuestionario.

El ítem 1.1 establece el acuerdo en torno a la utilidad clínica del concepto de depresión de inicio tardío (DIT) – en la vejez – frente a la depresión de inicio en edades más tempranas. Aunque los síntomas de la DIT no se diferencian en lo fundamental de la depresión de inicio más temprano, al menos desde el

punto de vista clínico (Grayson L y Thomas A, 2013), hay una tendencia a la aparición de síntomas cognitivos más prominentes, lesiones cerebrales – por ejemplo, de tipo vascular – y un mayor riesgo de evolución a demencia. La evidencia disponible no permite todavía establecer con nitidez estas diferencias y su relevancia en cuanto al tratamiento y la evolución de la depresión en el anciano (Disabato BM, 2013).

También existe acuerdo en torno a la cuestión planteada en el ítem 1.2, por lo que se establece la utilidad clínica del concepto de depresión vascular. Se entiende por depresión vascular un subtipo de la depresión en la edad avanzada caracterizado por una presentación clínica característica y la presen-

cia de afectación cerebrovascular. Aunque el término se emplea habitualmente en el ámbito de la investigación, no existen unos criterios diagnósticos ampliamente reconocidos y no se encuentra recogido en los sistemas de clasificación, como el DSM-5, por lo que la utilización clínica es limitada. El método de evaluación de la presencia de afectación cerebrovascular más comúnmente empleado es la Resonancia Magnética, que suele mostrar una variedad de lesiones, tales como hiperintensidades de la sustancia blanca, lesiones microvasculares subcorticales, lagunas o microinfartos. Sin embargo, la relación causal de estas lesiones con la presencia de depresión no está bien establecida, ni se ha encontrado un abordaje terapéutico satisfactorio (Aizenstein HJ, 2016).

En cambio, no se alcanza consenso en torno a la utilidad clínica del concepto de pseudodemencia depresiva (Ítem 1.3). Se trata de un término clásico, que alude a la aparición de síntomas de deterioro cognitivo y funcional tan prominentes que remedan la presencia de un síndrome demencial, pero que en realidad se deben a un cuadro depresivo y por lo tanto son potencialmente abordables mediante un tratamiento antidepresivo adecuado. También son clásicas las discrepancias en torno a la utilidad del concepto, que se reflejan en la dispersión de respuestas en este consenso. Sus defensores argumentan que este tipo de casos se dan realmente en la clínica y que, dado en nihilismo terapéutico que con frecuencia acompaña a las demencias, es importante recordar estas situaciones de cara al diagnóstico diferencial. Por el contrario, sus detractores afirman que es un con-

cepto mal definido y de carácter subjetivo, ya que la atribución del carácter de “pseudodemencia” se basa exclusivamente en la dificultad de establecer un diagnóstico diferencial entre depresión y demencia. Además, en muchos casos de pseudodemencia depresiva se aprecia con posterioridad una evolución a demencia, por lo que en puridad habría que hablar en estas situaciones de “pseudodepresión”. Como dato objetivo, podemos citar que la bibliografía en torno a esta entidad se va haciendo cada vez más escasa, y sobre todo se refiere a reporte de casos clínicos. En cualquier caso, y por lo que respecta al resultado de este Consenso, las espadas en torno a la pseudodemencia depresiva permanecen en alto (Berrios GE, 1985).

Los siguientes cinco ítems - 1.4 a 1.8 - se refieren a las diferencias clínicas entre la depresión en el anciano y la depresión en adultos más jóvenes, y específicamente a una eventual mayor presencia de ansiedad y síntomas hipocondriacos en los mayores, junto con menor expresión de tristeza y mayor nivel de ideación suicida y repercusión funcional en los mayores. En todos ellos hay acuerdo en la formulación del ítem. La existencia o no de diferencias sintomatológicas - somáticas, cognitivas, emocionales - entre la depresión de los mayores y los jóvenes ha sido debatida ampliamente, con autores y trabajos favoreciendo una u otra posición, aunque en general la opinión de los clínicos es favorable a la existencia de diferencias. Por otra parte, los sistemas de clasificación más recientes, tanto la CIE-11 como el DSM-5, no reconocen diferencia alguna. No obstante, la presencia de rasgos clínicos específicos tiene una gran importancia para el profesional, ya que pueden facilitar la

detección precoz y la instauración de un tratamiento oportuno, lo que tiene una gran repercusión sobre la evolución del trastorno y sus consecuencias potenciales (Power C, 2017).

La inconsistencia entre los resultados de distintos estudios mantiene abierta esta cuestión, por lo que sería importante resolver una serie de problemas metodológicos que probablemente están en el origen de estas discrepancias. Por ejemplo, solo un reducido número de estudios incluyen sujetos con edad muy avanzada, es decir, superior a 85 años. Aunque se trate de una población difícil de reclutar, se trata del segmento de población que más rápidamente crece en los países desarrollados, y es importante estudiar lo que ocurre a lo largo de todo el ciclo vital para poder sacar conclusiones válidas. Otra característica importante de los trabajos es que se focalizan en uno de los extremos del espectro de gravedad clínica; es decir, se trata de casos o muy graves o poco graves, y esa falta de representatividad podría afectar a los resultados. El empleo de los sistemas de clasificación actuales puede ser otra causa de la inconsistencia de hallazgos, dado que los trabajos que los emplean excluyen sistemáticamente a los casos con presentaciones “atípicas”, por ejemplo, con predominio de otras expresiones emocionales sobre la tristeza, por lo que sus resultados tienen un sesgo tautológico. También hay que citar que muchos trabajos sobre la depresión en el anciano no incluyen entre las variables de estudio la funcionalidad ni controlan el número de enfermedades comórbidas, lo que puede afectar a la relevancia que se le presta a este tipo de manifestaciones. En definitiva, para aportar

evidencia a esta importante cuestión clínica es necesario realizar estudios que sean representativos de todo el ciclo vital y de todo el espectro de gravedad de la depresión, controlen la edad de inicio, el nivel funcional y la comorbilidad somática, y efectúen evaluaciones seriadas de la sintomatología depresiva a lo largo de un periodo suficiente de tiempo (Haigh EAP, 2018).

Los ítems 1.9 y 1.10 se refieren a algunos factores de riesgo para la depresión en el anciano, específicamente a los estados de fragilidad en la transición de la autonomía a la dependencia y a la revelación del diagnóstico de demencia, y en ambos se alcanza acuerdo acerca de que, efectivamente, se trata de factores de riesgo. En cuanto al primer punto, existen varios estudios que indican la presencia de una interacción recíproca entre depresión y fragilidad, de forma que la presencia de cada una de las condiciones se asocia a una mayor prevalencia e incidencia de la otra (Soysal P, 2017). Sin embargo, todavía se desconoce el carácter de la asociación en las fases de transición, lo que puede tener una gran relevancia a la hora de establecer estrategias preventivas. Para obtener la evidencia necesaria son necesarios estudios prospectivos de duración suficiente, lo que constituye todo un reto en este tipo de población (Veronese N, 2016).

Por lo que respecta al impacto de la revelación del diagnóstico de demencia, la investigación sobre este tema es todavía escasa (Cornett PF, 2008). No obstante, es un tema muy relevante, por dos razones. En primer lugar, por el aumento de la prevalencia de síndromes demenciales en España, a tenor del

envejecimiento de la población. Y también por los avances en los procedimientos de diagnóstico, por la incorporación al mismo de biomarcadores más precisos – neuroimagen funcional, determinaciones en LCR, etc. –, de manera que cada vez se diagnostica a sujetos en fases más iniciales, que conservan la capacidad y el derecho de conocer y decidir sobre su salud. Por este motivo, tanto las asociaciones de usuarios como las recomendaciones de expertos abogan por el diagnóstico temprano y la información a las personas afectadas. Sin embargo, no existen guías clínicas o procedimientos oficiales que indiquen cuándo y cómo ha de procederse para informar del diagnóstico de demencia, y el clínico se encuentra con frecuencia ante un dilema profesional y ético. La investigación existente apunta a que la comunicación del diagnóstico de demencia puede hacerse de forma segura y beneficiosa para el paciente, siempre que se trate de un proceso, no de un acto puntual, y se monitorice el estado psicopatológico del paciente. Pero se trata por lo general de trabajos realizados en centros de investigación, con muestras reducidas, y tiempos de seguimiento limitados, por lo que la evidencia en conjunto es escasa y es aconsejable proceder con suma cautela (Lee SM, 2014).

Finalmente, los ítems 1.7, 1.11 y 1.12 se refieren al suicidio, dentro de la depresión de los mayores. En el ítem 1.7 hay acuerdo en la afirmación de que en la depresión del anciano hay niveles más altos de ideas de suicidio que en la depresión de sujetos más jóvenes. Aunque los datos epidemiológicos indican claramente una mayor tasa de suicidio en las personas ancianas, también indican claramente una menor frecuencia

de intentos de suicidio. Por lo tanto, la asunción tradicional de una progresión en riesgo comenzando con la ideación, para seguir con intentos y finalizar con actos suicidas consumados puede no ser cierta en el caso de la depresión del anciano. Tampoco está clara la diferencia entre las ideas simples de muerte, muy comunes entre las personas mayores, incluso sanas, y las ideas autolíticas específicas. Por otra parte, en el suicidio de las personas mayores concurren factores de riesgo específicos, además de la presencia de depresión u otra enfermedad mental, como son el aislamiento social y la presencia de enfermedad somática y/o discapacidad, por lo que la conducta suicida puede estar menos ligada a la presencia de depresión que en sujetos más jóvenes (Luz J y Fiske A, 2018). Si los ancianos con depresión presentan ideas de suicidio con más frecuencia o intensidad que los jóvenes es un rasgo sobre el que no existen todavía datos suficientes, pero en cualquier caso el acuerdo alcanzado en el consenso nos sirve para recordar su relevancia y estimula la investigación sobre el tema (Conejero I, 2018).

El ítem 1.11 explora la posibilidad de que las enfermedades físicas graves constituyan un factor de riesgo para el suicidio mayor en hombres que en mujeres. De ser cierta, como asegura el consenso, este hecho podría explicar, al menos en parte, porqué la tasa de suicidio es mayor en hombres ancianos que en mujeres (Fässberg MM, 2016).

Los resultados de los estudios realizados apoyan en su mayoría la opinión del consenso, pero no de forma unánime. Un estudio danés sobre una muestra muy numerosa encontró que tanto el cáncer gastrointestinal diagnos-

ticados tres años antes se asociaba con un mayor riesgo de suicidio en hombres y no en mujeres, mientras que el riesgo se elevaba en mujeres, pero no en hombres, ante el diagnóstico de glaucoma y cáncer cerebral (Erlangsen A, 2015). Otro trabajo sobre un registro de cáncer realizado en Suecia mostraba el doble de riesgo de suicidio en hombres mayores de 80 años que en mujeres (Allebeck P, 1989), y el mismo hallazgo se confirmó en estudios post-mortem (Waern M, 2002). No obstante, otros estudios de registro muestran resultados mixtos (Oberaigner W, 2014).

Este riesgo más alto de suicidio asociado al sexo masculino con enfermedades somáticas graves podría estar mediado por la edad; por ejemplo, una historia reciente de hospitalización en una unidad médica se asoció a un riesgo alto de suicidio sólo en hombres de 80 años o más, y otro estudio de registro encontró un riesgo elevado de suicidio asociado a cáncer de próstata en hombres de 80 años o más, pero no en edades entre 70 y 79 años (Fässberg MM, 2016).

Por último, el ítem 1.12 plantea la conveniencia de que los ancianos con ideas de muerte reciban atención clínica, y el resultado del consenso favorece que así se haga. Hay que tener en cuenta, desde un punto de vista sociológico, que existe una opinión muy extendida acerca de que las ideas de muerte son comunes y frecuentes entre las personas mayores, como una manifestación de la proximidad al fin de la vida. Los movimientos a favor de una muerte digna y del derecho a la eutanasia hacen un énfasis especial en esta tesis (Sprung CL, 2018). Sin embargo, la

investigación revela que las ideas de muerte en los mayores se asocian a malestar psicológico incluso en personas que no tienen un diagnóstico de depresión, y pueden ser manifestaciones de una depresión subclínica e incluso un factor de riesgo de suicidio, lo que justificaría el acuerdo tomado en el presente Consenso (Van Order KA, 2013; Joo J, 2016).

A modo de resumen del Área temática referida a cuestiones clínicas, se puede establecer que:

HAY CONSENSO EN:

... afirmar que:

- Los conceptos de depresión de inicio tardío y de depresión vascular tienen utilidad clínica en Psiquiatría.
- En comparación con la depresión del adulto, la depresión del anciano presenta mayores niveles de ansiedad, de sintomatología hipocondriaca, de ideación suicida, más repercusión en la vida diaria y una menor expresión de tristeza.
- Los estados de fragilidad en la transición desde la autonomía a la dependencia y la revelación del diagnóstico de demencia suponen factores de riesgo significativos para la depresión.
- Las enfermedades físicas constituyen un factor de riesgo de suicidio más elevado en los hombres que en las mujeres.
- Los ancianos no deprimidos con ideas de muerte requieren atención clínica.

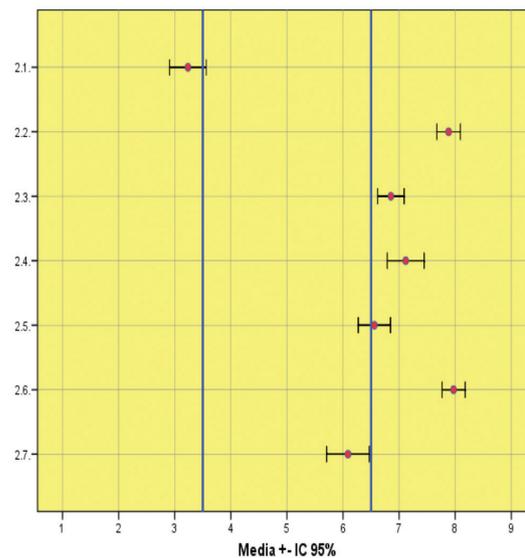
NO SE ALCANZA CONSENSO EN:

- El concepto de pseudodemencia depresiva tiene utilidad clínica en Psiquiatría.

5 - Área temática 2. Cribado y Diagnóstico de la depresión

VALORACIÓN DEFINITIVA DE CADA ÍTEM EN EL ÁREA 2

Área temática 2. Cribado y Diagnóstico de la depresión	DESACUERDO	NO CONSENSO	ACUERDO
2.1 Los criterios diagnósticos de las nosologías al uso (CIE 10, DSM5) son adecuados para diagnosticar y clasificar los cuadros depresivos del anciano.	■		
2.2 Es necesaria la existencia de criterios diagnósticos específicos de los trastornos depresivos para la población anciana.			■
2.3 Los servicios de teleasistencia debería incluir algún sistema de screening de depresión.			■
2.4 Se debe hacer un cribado sistemático de depresión a TODOS los pacientes ancianos que viven en Residencias.			■
2.5 Se debe hacer un cribado sistemático de depresión a TODOS los pacientes ancianos en Atención Primaria.			■
2.6 Todo proceso diagnóstico de un cuadro depresivo de inicio en un anciano debe incluir pruebas de laboratorio.			■
2.7 Todo proceso diagnóstico de un cuadro depresivo de inicio en un anciano debe incluir una prueba de neuroimagen.		■	



Media aritmética (IC 95%) de cada ítem en el área 2. Cribado y Diagnóstico de la depresión.

La alta prevalencia de los cuadros depresivos en las edades tardías y la importante morbilidad y mortalidad asociadas a los mismos (Diniz BS, 2018) obliga al desarrollo de estrategias diagnósticas y de cribado como elementos centrales de las actividad asistencial en psicogeriatría. Sin embargo, no están totalmente consensuadas ni las estrategias para el mismo ni la identificación de elementos que faciliten la detección de los cuadros depresivos. Incluso los propios criterios de diagnóstico de la depresión han sido criticados cuando se emplean en población de mayores (Belvederi M, 2018). Es en ese contexto en el que el Comité Científico del Consenso consideró preciso diseñar algunas preguntas sobre aspectos que podrían tener gran varia-

bilidad en función del estilo de práctica asistencial del clínico.

El bloque está constituido por siete cuestiones que tratan del proceso diagnóstico, las reglas del mismo y las estrategias de cribado. Estas preguntas han generado un importante consenso.

El primer ítem sometido a evaluación (ítem 2.1) se refiere a la idoneidad de los propios criterios diagnósticos de depresión para la población anciana. La presencia de peculiaridades en la presentación clínica, la mayor tendencia a la cronificación del proceso, la frecuencia de recaídas, su alta comorbilidad con otras condiciones médicas o con dete-

rioro cognitivo/demencia han justificado la reclamación de un esfuerzo para reflejar estas singularidades en las nosologías y adaptar los criterios generales a esta población (Cervilla J, 2006). La pregunta realizada: “*Los criterios diagnósticos de las nosologías al uso -CIE10, DSM5- son adecuados para diagnosticar y clasificar los cuadros depresivos del anciano*” fue rechazada de forma consensuada. Sólo el 27% de respuestas se situaban fuera de esta región, para localizarse en las zonas de indefinición (puntuaciones 4/5/6).

La opinión de los panelistas queda confirmada por su respuesta a la segunda cuestión (ítem 2.2): “*Es necesario la existencia de criterios diagnósticos específicos de los trastornos depresivos en el anciano*”. Los resultados son contundentes y ha generado un alto grado de consenso, sostenida la afirmación por el 94% de los expertos consultado. Sólo el 2.9% de la muestra rechazó la aseveración. Los expertos se posicionan así en la necesidad de establecer criterios diagnósticos específicos que reflejen las peculiaridades en las expresiones clínicas, en la evolución y pronóstico de este trastorno.

Hay que indicar que las respuestas de los panelistas no implican, necesariamente, que consideren a la depresión del anciano como una entidad clínica diferente de la del adulto, sólo que sus características no están adecuadamente recogidas en el algoritmo diagnóstico, lo que dificulta, en muchos casos, su reconocimiento y las intervenciones terapéuticas adecuadas.

Los siguientes tres ítems se refieren al proceso de cribado de los cuadros depresivos y los niveles asistenciales que deben implicarse en el mismo. El panel de expertos mostró su acuerdo con que es deseable la implicación de los servicios de teleasistencia en la detección de la depresión: “*Los servicios de teleasistencia deberían incluir un sistema de screening de la depresión*” (ítem 2.3) y sólo el 5.9% se posicionó de forma contraria.

Respuestas muy similares a la anterior se encontraron cuando se interroga sobre la idoneidad de realizar un cribado en los ancianos en residencias: “*Se debe hacer un cribado sistemático a todos los pacientes ancianos que viven en residencias*” (ítem 2.4) y en Atención Primaria: “*Se debe hacer un cribado sistemático de depresión a todos los pacientes ancianos en Atención Primaria*” (ítem 2.5). Los expertos consensuaron en sentido afirmativo y consideraron la idoneidad de realizar cribado sistemático en estos dos niveles asistenciales, aunque un pequeño número de panelistas mostraron su rechazo a esta intervención (8,7% en el caso de residencias y 11.7% en Atención Primaria). Llama la atención las respuestas sobre la idoneidad de Atención Primaria ya que, apriorísticamente, podía esperarse un apoyo más contundente. Sin embargo no es así, con una media en la puntuación de la respuesta de 6.56 y una mediana en 7. A pesar de las evidencias sobre la importancia de las intervenciones colaborativas entre Primaria y Especializada, orientadas a la detección y tratamiento de la depresión del anciano (Hall CA, Reynolds CF, 2014) en este

medio, los expertos consultados lo apoyan, pero no de forma totalmente entusiasta.

Los últimos ítems de este bloque versan sobre la conveniencia del empleo de las pruebas complementarias en el proceso de diagnóstico: *“Todo proceso diagnóstico de un cuadro depresivo de inicio en un anciano debe incluir pruebas de laboratorio”* (ítem 2.6) y *“Todo proceso diagnósticos de un cuadro depresivo de inicio en un anciano debe incluir una prueba de neuroimagen”* (ítem 2.7). Mientras que el empleo de pruebas complementarias de laboratorio es altamente refrendado por los expertos consultados (mediana de la puntuación en 8, casi la mitad de los evaluados puntúan 9 y nadie la rechaza), el empleo de pruebas de neuroimagen no logra alcanzar consenso entre los panelistas. Se observa una gran dispersión en la respuesta en esta última pregunta, que se distribuye entre todas las opciones de puntuaciones, lo que posiblemente esté reflejando variaciones en la práctica clínica que son consecuencia de las características del profesional y del medio en el que ejerce su labor.

A modo de resumen Área temática referida a cuestiones diagnósticas, se establece que:

HAY CONSENSO EN:

... afirmar que:

- Es necesaria la existencia de criterios diagnósticos específicos para estos trastornos.
- Los servicios de teleasistencia deberían incluir algún tipo de cribado.
- Se debería hacer un cribado de cuadros depresivos en los pacientes ingresados en residencias.
- Se debería hacer un cribado sistemático a todos los pacientes ancianos en Atención Primaria.
- Las pruebas de laboratorio deben ser incluidas en el proceso diagnóstico de los cuadros depresivos de inicio en el anciano.

... y rechazar que:

- Los criterios diagnósticos actuales sean adecuados para diagnosticar y clasificar los cuadros depresivos del anciano.

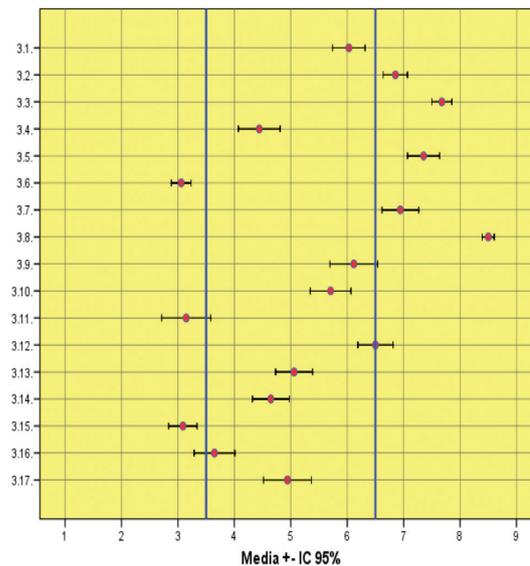
NO SE ALCANZA CONSENSO EN:

- Todo proceso diagnóstico de un cuadro depresivo de inicio debe incluir una prueba de neuroimagen.

6 - Área temática 3. Depresión psicótica

VALORACIÓN DEFINITIVA DE CADA ÍTEM EN EL ÁREA 3

Área temática 3. Depresión psicótica		DESACUERDO	NO CONSENSO	ACUERDO
3.1	Las conductas negativistas/oposicionistas en la depresión del anciano orientan hacia la presencia de depresión psicótica.		■	
3.2	La aparición de síntomas psicóticos en la depresión del anciano confiere un mayor riesgo de evolución a demencia.			■
3.3	La aparición de síntomas psicóticos en la depresión en el anciano confiere un mayor riesgo de suicidio.			■
3.4	En la depresión psicótica del anciano la primera opción terapéutica es el TEC.		■	
3.5	En la depresión psicótica del anciano la primera opción es la terapia combinada de antidepresivos y antipsicóticos.			■
3.6	En la depresión psicótica del anciano la TEC ha de utilizarse SOLO en los casos de falta de respuesta al tratamiento farmacológico.	■		
3.7	En la depresión psicótica del anciano son preferibles los antidepresivos duales frente a los ISRS.			■
3.8	En la depresión psicótica del anciano, en caso de fracaso del tratamiento farmacológico, la TEC es la mejor opción.			■
3.9	En la depresión psicótica del anciano, sin compromiso vital y que no responde al tratamiento farmacológico se ha de indicar la TEC no más tarde de las 6 semanas.		■	
3.10	En la depresión psicótica del anciano, sin compromiso vital y que no responde al tratamiento farmacológico, se ha de indicar la TEC no más tarde de las 12 semanas.		■	
3.11	En la depresión psicótica del anciano, sin compromiso vital y que no responde al tratamiento farmacológico se ha de indicar la TEC no más tarde de las 24 semanas.	■		
3.12	Tras buena respuesta a TEC en fase aguda, el tratamiento farmacológico mas TEC de continuación (mantenimiento es de elección como profilaxis de recaída precoz y recurrencia.			■
3.13	Tras buena respuesta a TEC en fase aguda, el tratamiento solo farmacológico de continuación (mantenimiento es de elección como profilaxis de recaída precoz y recurrencia.		■	
3.14	Tras buena respuesta a TEC en fase aguda, el tratamiento solo con TEC de continuación (mantenimiento es de elección como profilaxis de recaída precoz y recurrencia.		■	
3.15	Tras buena respuesta a TEC en fase aguda, la adición de Litio al tratamiento farmacológico combinado antidepresivo-antipsicótico es de elección como profilaxis de recaída precoz y recurrencia.	■		
3.16	Durante el tratamiento de continuación/ mantenimiento de la depresión psicótica se ha de mantener el antipsicótico el mismo tiempo que el antidepresivo.	■		
3.17	En la depresión psicótica del anciano, aunque haya habido un solo episodio, ha de mantenerse el tratamiento farmacológico de forma indefinida.		■	



Media aritmética (IC 95%) de cada ítem en el área 3. Depresión psicótica.

La depresión con síntomas psicóticos puede aparecer en al menos un 1% de la población general, pudiéndose incrementar este porcentaje en la edad tardía según un reciente metaanálisis europeo (Jääskeläinen E, 2018). A nivel psicopatológico la depresión psicótica o delirante ha sido considerada por algunos autores como una entidad nosológica diferente (Parker G, 1991, Gournellis R, 2014) La aparición de síntomas psicóticos sobre el cuadro afectivo es considerado por estos autores un criterio de endogeneidad del cuadro depresivo y una manifestación más específica de la edad tardía.

La depresión psicótica es y sigue siendo uno de los cuadros clínicos más controvertidos de la psicopatología específica del an-

ciano, sobre todo en lo concerniente a su presentación clínica y a los aspectos pronósticos y terapéuticos. Por ello se le dedicó especial atención en este Consenso.

Diecisiete ítems referidos a la depresión psicótica fueron sometidos a la opinión de los expertos. Estos ítems se centraban en definir características nosológicas específicas y la relevancia diagnóstica de síntomas concretos en la depresión psicótica del anciano. También se consideró el valor pronóstico de los síntomas psicóticos en el contexto de la depresión con respecto al riesgo de suicidio y de conversión a demencia en la edad tardía, además se evaluaron las diferentes pautas de manejo terapéutico del cuadro clínico, tanto en la fase aguda como a largo plazo.

Solo se obtuvo consenso grupal, tanto en acuerdo como en desacuerdo, en diez de los ítems evaluados (59%) quedando aun con disparidad de criterios en siete del total (41%).

A nivel clínico la depresión psicótica del anciano se basa en los mismos criterios diagnósticos que la depresión mayor con síntomas psicóticos del adulto según las clasificaciones actuales, DSM-5 y CIE 10 (APA, 2013, OMS, 1992). Estas clasificaciones se basan en criterios funcionales y de gravedad además de la existencia de los síntomas psicóticos para definir la depresión psicótica. Sin embargo, la experiencia clínica en Psicogeriatría pone de manifiesto que en gran parte de las ocasiones existe una predominancia o prominencia de unos síntomas frente a otros dentro del cuadro clínico y de forma más específica en el sujeto anciano frente al adulto más joven. La literatura avala la aparición de alteraciones psicomotoras prominentes (agitación o enlentecimiento o inhibición motora extrema) como forma de presentación más específica de la depresión psicótica del anciano. (Cuevas-Esteban J, 2017, Gournellis R, 2014, Hyett MP, 2008). Este hecho confiere cierta especificidad diagnóstica a la clínica psicomotora la cual posibilita una orientación diagnóstica hacia el cuadro clínico con la mera inspección clínica en un alto porcentaje de pacientes ancianos.

Por otro lado, las conductas opositoras y negativistas que a veces se manifiestan sobre la base de una depresión psicótica en el paciente mayor, no gozan actualmente de suficiente evidencia científica ni empírica sobre su significado nosológico o diagnóstico

en la edad geriátrica. Los expertos consultados acerca del ítem: *“Las conductas negativistas/oposicionistas en la depresión del anciano orientan hacia la presencia de depresión psicótica”* (ítem 3.1) no han obtenido un consenso sobre el hecho de que la manifestación de estas estas conductas apunten hacia el diagnóstico de depresión psicótica en la edad geriátrica.

Aunque existen datos cada día más amplios acerca del riesgo de demencia asociado a la manifestación de clínica depresiva y psicótica en el anciano (Almeida OP, 2018, 2016) no hay una consistencia científica amplia sobre el riesgo de conversión a demencia de la depresión psicótica como cuadro nosológico concreto. En el presente Consenso, los expertos han obtenido un aceptable nivel de acuerdo grupal con respecto a que la aparición de síntomas psicóticos en la depresión geriátrica confiere un riesgo mayor de evolución a demencia y se relaciona además con un mayor riesgo suicida (ítems 3.2 y 3.3)

Uno de los puntos más controvertidos a lo largo de los años ha sido el tratamiento de la depresión psicótica en los mayores. Las decisiones clínicas han estado basadas, en la mayoría de ocasiones, más en la disponibilidad y tolerabilidad de los tratamientos que en arboles de decisión protocolizados o en guías clínicas. La depresión psicótica del anciano se caracteriza por sus dificultades en el tratamiento. Así, la alta resistencia a psicofármacos, la mala tolerabilidad de los mismos por parte del paciente mayor, además del alto riesgo de morbi-mortalidad asociado al cuadro clínico precisan en la mayoría de ocasio-

nes un tratamiento eficaz, rápido y contundente a la vez que cuidadoso.

Son ampliamente aceptados y avalados por la literatura científica tanto el tratamiento combinado con antidepresivos y antipsicóticos (AD/AP) como el tratamiento con Terapia Electroconvulsiva (TEC) como tratamientos de primera línea en la depresión psicótica en general, tanto en el episodio agudo como a largo plazo. Sin embargo, sigue siendo controvertida la consideración de cada uno de ellos como tratamiento de elección y más aún en las personas de edad avanzada.

La mayoría de revisiones sobre depresión psicótica señalan la superioridad de la TEC sobre la terapia farmacológica (Contreras-Fernández F, 2004) y la terapia combinada AD/AP sobre cualquier monoterapia (Spiker DG, 1986).

Hasta la actualidad no disponemos de estudios controlados ni aleatorizados que comparen la eficacia de la TEC frente al tratamiento farmacológico combinado en la depresión psicótica del anciano, y la mayoría de los estudios sobre tratamiento farmacológico disponibles son muy antiguos y no sostienen la preferencia de unos grupos farmacológicos o moléculas sobre otras. El empleo de antipsicóticos atípicos, ISRS y antidepresivos duales sobre los antidepresivos tricíclicos son recomendaciones generales de las guías actuales para el tratamiento farmacológico en mayores (Alexopoulos G. 2011, SEPG, 2017).

La Terapia Electroconvulsiva (TEC) se ha propuesto a lo largo de los años como tra-

tamiento de primera elección por un amplio grupo de psicogeriatras (Baldwind RC, 2002) si bien esta recomendación no es seguida por la mayoría de Psiquiatras generales en la práctica habitual. Este hecho es debido por un lado a la aparición progresiva de nuevos psicofármacos con mejor perfil de tolerancia y seguridad para los ancianos y por otro lado a las recomendaciones generales de las guías actuales sobre los usos e indicaciones de la TEC. La TEC se recomienda como una estrategia de segunda línea en todos los casos por la mayoría de guías vigentes (APA, 2000), siendo su recomendación como primera elección solo por motivos funcionales de gravedad con necesidad de acción rápida por riesgo vital, refractariedad al tratamiento farmacológico o imposibilidad de administración de psicofármacos, independientemente de la edad o el diagnóstico psiquiátrico.

La experiencia clínica pone de manifiesto que en un alto porcentaje de casos, si no en la mayoría, en pacientes mayores con depresión psicótica suelen concurrir todas las circunstancias clínicas y funcionales que indican la TEC como primera opción terapéutica.

A pesar de estos hechos, aún no se dispone de un protocolo establecido de uso de TEC en depresión psicótica en el paciente anciano y su uso como primera opción sobre los psicofármacos sigue siendo poco claro con opiniones muy dispares y basadas en la experiencia clínica y la disponibilidad de la técnica de cada terapeuta.

En el presente Consenso se ha encontrado que, al igual que lo anteriormente descrito, no se alcanza un acuerdo entre los expertos

sobre que la TEC sea la primera opción terapéutica en la depresión psicótica del anciano (ítem 3.4). Sin embargo, se obtiene un amplio acuerdo entre nuestros expertos sobre el uso de la terapia combinada con antipsicóticos y antidepresivos como primera opción terapéutica en esta indicación (ítem 3.5).

Los expertos también alcanzan consenso sobre la preferencia de uso de antidepresivos duales sobre otras opciones como los ISRS para el tratamiento de la depresión con características psicóticas (ítem 3.7).

La TEC se valora de forma muy amplia como la mejor opción terapéutica ante el fracaso del tratamiento farmacológico en estos pacientes (ítem 3.8). En cualquier caso, hay consenso en rechazar que la TEC deba de ser usada sólo en el caso de fracaso terapéutico del tratamiento farmacológico (3.6), dejando abierta la posibilidad de que la TEC sea utilizada en primer lugar en determinados casos.

Una vez iniciado el tratamiento farmacológico combinado y sin datos de compromiso vital, el tiempo necesario hasta valorar refractariedad del tratamiento farmacológico de cara a indicar la TEC tampoco está claro. El panel de expertos no alcanza un acuerdo sobre la indicación de la TEC ante la falta de respuesta al tratamiento farmacológico en ausencia de compromiso vital tras 6 semanas o tras 12 semanas de iniciado el mismo (ítems 3.9 y 3.10) aunque más de la mitad de los panelistas apoyan estas opciones. Sin embargo, el panel se muestra en desacuerdo con esperar a indicar la TEC más de 24 semanas de la situación descrita (ítem 3.11).

La depresión psicótica del anciano se asocia con un alto índice de recaídas y/o recurrencias (Flint AJ . 1998). También el riesgo de recaídas precoz tras la TEC en depresión psicótica es muy alto (Van Schaik AM, 2012). Las estrategias a seguir para evitar recurrencias y recaídas precoces también han sido objeto de debate y no disponen de sustento relevante con la información científica disponible.

El mantenimiento del tratamiento combinado AD/AP a veces es difícil por la mala tolerabilidad en los ancianos a largo plazo, sobre todo de los fármacos antipsicóticos. La TEC de mantenimiento en aquellos pacientes que hayan tenido buena respuesta en el episodio índice puede ser una opción a tener en cuenta. La mayoría de los estudios que existen en esta línea son muy antiguos y poco consistentes. Algunos sugieren la TEC de mantenimiento (TECm) junto con el tratamiento farmacológico combinado AD/AP como la opción más eficaz para la prevención de la recurrencias, frente a otras opciones como el uso en monoterapia de antidepresivos o antipsicóticos, o solo la TECm (Navarro V, 2008).

Para evitar las recaídas precoces y las recurrencias tras una buena respuesta a la TEC en fase aguda, el grupo de expertos alcanza un acuerdo sobre la recomendación de aplicar la TECm junto con la terapia farmacológica combinada AD/AP como tratamiento de elección, (ítem 3.12). De otro lado, no se alcanza un consenso grupal frente a la opción de usar terapia exclusivamente farmacológica (ítem 3.13) ni solamente con TECm (3.14) como tratamientos profilácticos en esta situación.

La adición de carbonato de litio se ha sugerido como tratamiento eficaz para evitar las recurrencias en trastorno depresivo recurrente con síntomas psicóticos tras remisión con la TEC en el episodio índice (Sacian HA, 2001), si bien este hecho dispone de más evidencia empírica que científica. El panel de expertos se muestra en desacuerdo en considerar de elección la adición de litio a la terapia farmacológica combinada (AD-AP) para la profilaxis de recaídas/recurrencias tras una buena respuesta a la TEC en fase aguda (ítem 3.15).

Apenas se dispone de recomendaciones claras o datos consistentes que permitan una estandarización de la práctica clínica en cuanto al mantenimiento del tratamiento combinado o la TECm tras el episodio agudo. Nuestro panel de expertos no alcanzó un acuerdo sobre la medida de mantener el tratamiento farmacológico de forma indefinida tras un episodio agudo (ítem 3.17). El panel rechazó la recomendación de mantener el mismo tiempo el tratamiento antipsicótico y antidepresivo durante el tratamiento de continuación/mantenimiento tras el episodio agudo (ítem 3.16).

A modo de resumen del Área temática referida a la depresión psicótica, se establece:

HAY CONSENSO EN:

... afirmar que:

- La aparición de síntomas psicóticos en la depresión del anciano confiere un mayor riesgo de evolución a demencia y un mayor riesgo de suicidio.

- En la depresión psicótica del anciano la primera opción es la terapia combinada de antidepresivos y antipsicóticos.

- Los antidepresivos duales son preferibles a los ISRS en esta indicación.

- En caso de fracaso del tratamiento farmacológico, la TEC es la mejor opción.

- Tras buena respuesta a TEC en fase aguda, el tratamiento farmacológico más TEC de continuación/mantenimiento es de elección como profilaxis de recaída precoz y recurrencia.

... y rechazar que:

- Durante el tratamiento de continuación/mantenimiento de la depresión psicótica se ha de mantener el antipsicótico el mismo tiempo que el antidepresivo.

- La TEC ha de utilizarse SOLO en los casos de falta de respuesta al tratamiento farmacológico.

- Haya de esperarse 24 semanas a indicar la TEC En la depresión psicótica del anciano

sin compromiso vital y que no responde al tratamiento farmacológico.

- Tras buena respuesta a TEC en fase aguda, la adición de litio al tratamiento farmacológico combinado antidepresivo-antipsicótico es de elección como profilaxis de recaída precoz y recurrencia.

NO SE ALCANZA CONSENSO EN:

- Las conductas negativistas/oposicionistas en la depresión del anciano orienten hacia la presencia de depresión psicótica.

- La primera opción terapéutica sea el TEC.

- En la depresión psicótica del anciano sin compromiso vital y que no responde al tratamiento farmacológico no se consigue consensuar si un tiempo de 6 o 12 semanas es el tiempo que ha de esperarse antes de indicar la TEC.

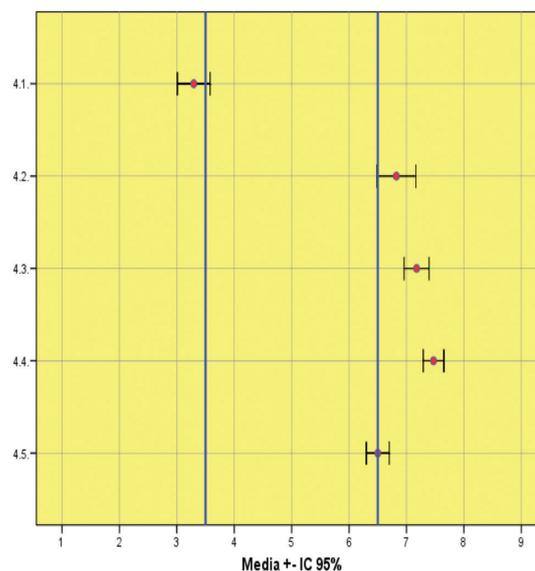
- Tras buena respuesta a TEC en fase aguda, el tratamiento sólo farmacológico, o bien sólo con TEC de continuación/mantenimiento sean de elección como profilaxis de recaída precoz y recurrencia.

- Aunque haya habido un solo episodio, ha de mantenerse el tratamiento farmacológico de forma indefinida.

7 - Área temática 4. Depresión y demencia

VALORACIÓN DEFINITIVA DE CADA ÍTEM EN EL ÁREA 4

Área temática 4. Depresión y demencia.		DESACUERDO	NO CONSENSO	ACUERDO
4.1	Los criterios para diagnosticar la presencia de depresión en la demencia/trastorno neurocognitivo mayor están bien definidos y son de utilidad clínica.	■		
4.2	Es necesario establecer criterios diferenciados de depresión para las distintas enfermedades o entidades clínicas que pueden cursar con demencia/trastorno neurocognitivo mayor (por ejemplo, para la enfermedad de Alzheimer, la enfermedad de Parkinson, la demencia frontotemporal, etc).			■
4.3	Es necesario establecer criterios diferenciados de depresión en las distintas fases del síndrome de demencia/trastorno neurocognitivo mayor.			■
4.4	Los fármacos antidepresivos son eficaces para el tratamiento de la depresión en la demencia.			■
4.5	Las terapias psicológicas son eficaces para el tratamiento de la depresión en la demencia.			■



Media aritmética (IC 95%) de cada ítem en el área 4. Depresión y demencia.

Las relaciones entre estas dos entidades clínicas, altamente prevalentes en estas etapas de la vida son complejas y no siempre puede esclarecerse la naturaleza de su vínculo. Así, en los últimos años hay un importante cuerpo de evidencias que señalan mecanismos neurobiológicos subyacentes comunes, pero esta ligazón puede estar establecida en otros niveles de la organización biopsicosocial del individuo. Se ha señalado como la depresión sufrida en etapas previas de la vida es un factor de riesgo para el ulterior desarrollo de una demencia (Bennett, S 2014; John, A 2018) o como la irrupción de una depresión tardía puede ser síntoma prodrómico de una demencia. Lo cierto es que en la práctica clínica se

muestran de forma frecuente estos dos cuadros, que se imbrican en su expresión, en su evolución o en su pronóstico.

La comorbilidad de estas dos entidades plantea problemas en la práctica clínica, no siempre bien resueltos a través de protocolos o de guías clínicas, debiendo el profesional solventarlos mediante su experiencia y criterio. Evaluado de manera global, este bloque de preguntas ha generado un importante consenso, alcanzándose para cada una de las cuestiones realizadas con baja dispersión en las respuestas, posiblemente porque las preguntas reflejen preocupaciones o necesidades comunes a cualquier nivel asistencial.

El primer ítem analizado inquiriere sobre la suficiencia de los criterios diagnósticos al uso para los cuadros depresivos que aparecen en las demencias *“Los criterios para diagnosticar la presencia de depresión en la demencia/trastorno neurocognitivo mayor están bien definidos y son de utilidad clínica”* (ítem 4.1). Las dudas de la idoneidad del algoritmo diagnóstico en estos casos tienen ya una larga historia que se concretaron en actuaciones concretas como puede ser la redacción de criterios diagnósticos específicos para la depresión en la enfermedad de Alzheimer (Olin JT, 2002) o en el diseño de instrumentos sensibles para el proceso diagnóstico, por ejemplo, escala de Cornell para la depresión en la demencia (Alexopoulos GS, 1988).

Los panelistas alcanzan consenso en el rechazo de la suficiencia de los criterios diagnósticos (mediana 3), con muy pequeña discrepancia (8.8%).

Esta posición parece consolidarse a través de la respuesta que genera la siguiente afirmación: *“Es necesario establecer criterios diferenciados de depresión para las distintas enfermedades o entidades clínicas que pueden cursar con demencia/trastorno neurocognitivo mayor, por ejemplo, para la enfermedad de Alzheimer, la enfermedad de Parkinson”* (ítem 4.2). La mayoría de los expertos muestran, de forma contundente su acuerdo con la afirmación (mediana 8) y mayoritariamente, ya que sólo el 20% discrepa y este grupo muestra gran variabilidad en la respuesta, por lo que no se puede pensar en una distribución enfrentada en dos posiciones.

La opinión de los panelistas coincide con la mayoría de la evidencia científica. Recientemente se ha publicado un metaanálisis sobre esta cuestión en la que los autores (Asmer MS, 2018) señalan que emplear criterios específicos incrementa la sensibilidad diagnóstica. En sus resultados muestran que con la aplicación de criterios convencionales la prevalencia de depresión en pacientes con demencia era del 15,9%, porcentaje que se elevaba al 35,9% si se empleaban criterios específicos para depresión en demencia, lo que refleja diferencias importantes en el panorama, con implicaciones epidemiológicas y asistenciales.

La conveniencia de establecer criterios específicos requería también que lo fueran en función de la etapa evolutiva del proceso base y los panelistas formulaban su acuerdo de forma consensuada con la afirmación: *“Es necesario establecer criterios diferenciados de depresión en las distintas fases del síndrome demencial/trastorno neurocognitivo mayor”*(ítem 4.3). Los cuadros depresivos no sólo tienen diferente prevalencia según el grado de la demencia de base, sino que sus expresiones clínicas se ven claramente perturbadas y modificadas por el nivel de deterioro de las funciones cognitivas superiores, lo que hace que los núcleos sintomáticos puedan diferir. Es conveniente señalar el alto grado de consenso alcanzado para esta cuestión. La mediana es de 7 y sólo el 9% de los encuestados se encuentran fuera de la zona de consenso.

Para valorar los recursos terapéuticos de los que se dispone frente a esta comorbilidad depresión-demencia se diseñaron dos ítems, uno en referencia a la eficacia de los fármacos: *“Los fármacos antidepresivos son eficaces para el tratamiento de la depresión en la demencia”* (ítem 4.4) y otro sobre el uso recursos psicológicos: *“Las terapias psicológicas son eficaces en el tratamiento de la depresión en la demencia”* (ítem 4.5)

Ambas afirmaciones alcanzaban un alto grado de consenso. En relación con la eficacia de los fármacos antidepresivos en esta indicación, la opinión mayoritaria es ratificar la afirmación, con una media de 7,47 y mediana en 7. Sólo el 15% de los panelistas se situaban fuera de la zona de consenso, aunque ninguno se posicionaba contraria a ella sino en la zona indeterminada.

Sobre la eficacia del empleo de recursos psicológicos también se alcanza un importante consenso, con media ligeramente inferior que para el aserto anterior (6.51) y mediana en 7 (valor respondido por el 74.3% del total de la muestra analizada). En este caso, hay un mayor número de expertos que se sitúan fuera de la zona (25.7%), lo que parece señalar a un pequeño grupo más escéptico.

A modo de resumen del Área temática referida a la relación entre depresión y demencia, se establece que:

HAY CONSENSO EN:

... afirmar que:

- Es necesario establecer criterios diferenciados de depresión para las distintas enfermedades o entidades clínicas que pueden cursar con demencia/trastorno neurocognitivo mayor, por ejemplo, para la enfermedad de Alzheimer o la enfermedad de Parkinson.
- Es necesario establecer criterios diferenciados de depresión en las distintas fases del síndrome demencial/ trastorno neurocognitivo mayor.
- Los fármacos antidepresivos son eficaces para el tratamiento de la depresión en la demencia.
- Las terapias psicológicas son eficaces en el tratamiento de la depresión en la demencia.

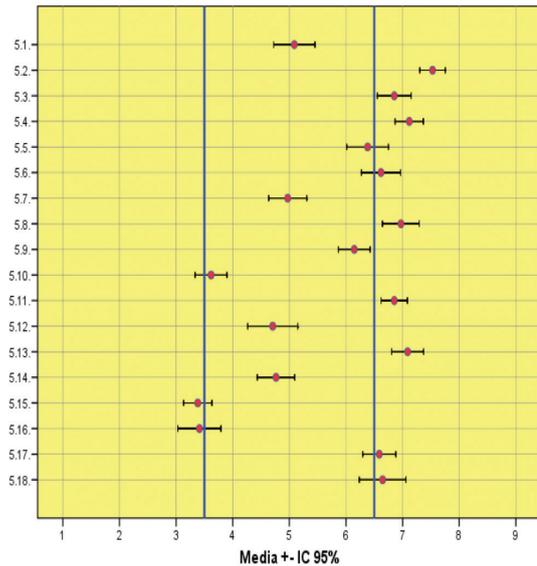
... y rechazar que:

- Los criterios para diagnosticar la presencia de depresión en la demencia/trastorno neurocognitivo mayor están bien definidos y son de utilidad clínica.

8 - Área temática 5. Tratamiento farmacológico

VALORACIÓN DEFINITIVA DE CADA ÍTEM EN EL ÁREA 5

Área temática 5. Tratamiento farmacológico	DESACUERDO	NO CONSENSO	ACUERDO
5.1 La depresión subclínica debe de ser tratada farmacológicamente.		■	
5.2 Al prescribir un antidepresivo en el anciano, se debe realizar una analítica al principio del tratamiento.			■
5.3 Al prescribir un antidepresivo en el anciano, se debe realizar un ECG al principio del tratamiento.			■
5.4 En general en el tratamiento de la depresión en el anciano los ISRS son fármacos de primera elección.			■
5.5 En general en el tratamiento de la depresión en el anciano los fármacos duales son fármacos de primera elección.		■	
5.6 Los fármacos duales logran mayor eficacia en el tratamiento de la depresión en el anciano comparados con los ISRS.			■
5.7 Los suplementos dietéticos (Omega 3, DHA...) son eficaces en la mejoría de la depresión del anciano.		■	
5.8 Los antidepresivos necesitan un tiempo mayor para iniciar su acción en el anciano respecto al adulto más joven.			■
5.9 La introducción de antidepresivos incrementa el riesgo autolítico en los ancianos deprimidos al principio del tratamiento.		■	
5.10 Los ancianos toleran mejor los antidepresivos duales que los ISRS.		■	
5.11 La disfunción sexual provocada por antidepresivos supone un problema en los ancianos.			■
5.12 Tras un episodio depresivo en el anciano se debe mantener el tratamiento a dosis eficaz durante 6 meses.		■	
5.13 Tras un episodio depresivo en el anciano se debe mantener el tratamiento a dosis eficaz durante 1 año.			■
5.14 Tras un episodio depresivo en el anciano se debe mantener el tratamiento a dosis eficaz durante 2 años.		■	
5.15 Tras un episodio depresivo en el anciano se debe mantener el tratamiento a dosis eficaz durante 3 a 4 años.	■		
5.16 En la depresión en el anciano ha de hacerse tratamiento farmacológico indefinido a partir del primer episodio.	■		
5.17 En la depresión en el anciano ha de hacerse tratamiento farmacológico indefinido a partir del segundo episodio.			■
5.18 En la depresión en el anciano ha de hacerse tratamiento farmacológico indefinido a partir del tercer episodio.			■



Media aritmética (IC 95%) de cada ítem en el área 5. Tratamiento farmacológico.

En referencia al tratamiento de la depresión geriátrica, el consenso diferencia varios bloques temáticos, fundamentalmente referidos a pruebas complementarias necesarias previas a la implementación de un tratamiento antidepresivo, fármacos de primera elección, efectos adversos y tiempos de tratamiento.

En una perspectiva general de las respuestas de los panelistas llama la atención el elevado número de ítems para los que no se alcanza un consenso tras la realización de las dos rondas de cuestionarios.

Probablemente, entre todas las áreas que competen a la Psiquiatría, el mayor esfuerzo investigador y el mayor número de publicaciones al respecto se dan en el área del trata-

miento farmacológico en detrimento de otras áreas clínicas. Pero estos esfuerzos llegan en menor medida a las personas de edad avanzada, por lo que el cuerpo de conocimientos disponibles es claramente menor. Tanto la insuficiente evidencia científica generada, como la escasa presencia de guías de práctica clínica psicogeriátrica, son dos de los factores que conllevan un manejo psicofarmacológico en los pacientes ancianos con depresión, excesivamente heterogéneo. Precisamente el establecimiento de una práctica clínica psicofarmacológica más homogénea en el anciano es uno de los objetivos principales de este consenso de expertos.

En el ítem 5.1: “La depresión subclínica debe de ser tratada farmacológicamente”,

no se llega a un consenso. La gráfica muestra prácticamente una distribución bimodal, con un grupo de panelistas que optaría por su abordaje farmacológico y otro grupo que desestimaría el tratamiento farmacológico. La ausencia de consenso es compatible con la aún escasa investigación acerca de los beneficios del tratamiento de la depresión subclínica.

Con respecto a la necesidad de realización de pruebas complementarias previo al inicio de un tratamiento con antidepresivos en la población anciana, se ha conseguido un consenso con respecto a la necesidad de realizar una analítica (ítem 5.2) y un electrocardiograma previos (ítem 5.3). El consenso es mayor con respecto a la conveniencia de realizar una analítica previa. El establecimiento de acuerdo en estos dos aspectos refleja el interés actual por los aspectos orgánicos de los pacientes, por la necesidad de un adecuado despistaje de organicidad y por la valoración del potencial riesgo arritmogénico que presentan algunos antidepresivos de uso habitual en la población geriátrica.

Un trabajo español ha revisado los riesgos para la salud del empleo de antidepresivos en la población anciana (Álamo C, 2014), que permite extraer conclusiones al respecto de que pruebas complementarias pueden ser necesarias en este grupo de edad. Adicionalmente, un trabajo publicado en el *New England Journal of Medicine* plantea las exploraciones esenciales previas al inicio del tratamiento antidepresivo en la población anciana (Taylor WD, 2014). Asimismo, un es-

tudio americano actualiza de forma crítica el empleo de antidepresivos en situaciones en las que su empleo pudiera ser potencialmente inadecuado según los criterios de Beers de 2015 (Bradley B, 2016). En el ámbito europeo son los criterios STOPP-START los más adaptados para poder valorar la pertinencia de los distintos medicamentos antidepresivos en la población anciana.

En relación a los grupos farmacológicos que son de primera elección en el tratamiento de la depresión geriátrica sí se ha establecido consenso con respecto a que los ISRS son antidepresivos de primera elección (ítem 5.4), lo cual es apoyado por el 79,5% de la muestra de panelistas.

No se llega a un consenso suficiente con respecto a si los antidepresivos duales son fármacos de primera elección en depresión geriátrica (ítem 5.5). La opinión favorable es muy alta y alcanza al 62,9% de la muestra de expertos, que sí considera a estos fármacos como de primera elección, mientras que el 17,1% de los expertos considera que los antidepresivos duales no deben ser considerados como medicamentos de primera elección. Los casos en que persiste la duda terminan por inclinar la balanza hacia la ausencia de consenso, pese a la mayoría favorable.

Hay publicaciones que apoyan una eficacia similar entre los distintos grupos de fármacos antidepresivos (Kok RM, 2017) que pueden haber influido en este aspecto. En el primer Consenso Español de depresión en el anciano (Martín Carrasco M, 2011), sí se alcan-

zó un consenso favorable al respecto de que los antidepresivos duales constituían un tratamiento de primera elección en la depresión geriátrica.

En apoyo a esta cuestión, está el hecho de que se ha alcanzado consenso con respecto a que los antidepresivos duales presentan una mayor eficacia en el tratamiento de la depresión en el anciano que los ISRS (ítem 5.6), afirmación que es sustentada con el apoyo del 67,7% de los panelistas, con un 14,7% de los expertos en desacuerdo. Precisamente en el primer Consenso Español de depresión en el anciano no se alcanzó consenso con respecto a esta misma pregunta, si bien se recomendaba que ante una resistencia o respuesta insuficiente a ISRS se contemplara como opción terapéutica la sustitución por un antidepresivo dual.

La evidencia científica es contradictoria respecto a estas cuestiones, existiendo trabajos y metaanálisis que apoyan el uso de los fármacos duales o de los ISRS como primera línea de tratamiento frente a otros que apoyan más bien a los segundos (Thorlund K, 2015; Mukai Y, 2009; Mulsant BH, 2014). Además, referente a una posible eficacia diferencial de los antidepresivos tricíclicos un ensayo aleatorizado no encuentra diferencias entre sertralina y nortriptilina en la eficacia en depresión mayor con o sin síntomas melancólicos (Sneed JR, 2014). Sin embargo, en presencia de otras comorbilidades médicas sí se han encontrado datos que sugieren una menor eficacia de los antidepresivos ISRS frente a otros antidepresivos, como la menor

respuesta a sertralina a mayor gravedad de las lesiones en la sustancia blanca (Sheline YI, 2010), el mayor efecto de los antidepresivos tricíclicos sobre los ISRS en caso de accidente cerebrovascular (Price A, 2011; Robinson RG, 2000) o la mayor eficacia de nortriptilina y amitriptilina en los episodios depresivos en el contexto de una enfermedad de Parkinson (Costa FH, 2012; Menza M, 2009).

No se ha establecido un consenso con respecto a si los suplementos dietéticos como los ácidos omega 3, DHA y otros son eficaces en la mejoría de la depresión en el anciano (ítem 5.7). Es llamativo que el 54,3% de los panelistas emiten puntuaciones que se sitúan en la categoría “ni de acuerdo ni en desacuerdo”. Por el diseño del estudio no es posible establecer qué porcentaje de esa categoría se debe a dudas reales con respecto a la utilidad de los suplementos dietéticos y qué porcentaje se debe a una respuesta de tipo “no sabe/no contesta” motivada por la aún relativamente generalizada falta de empleo en la práctica clínica de dichos suplementos. Como revisiones de este tema se recomienda un trabajo de 2014 que evalúa la acción anti-depresiva de distintos productos naturales y suplementos dietéticos que se han empleado en el tratamiento de la depresión geriátrica (Varteresian T, 2014) y la monografía publicada en nuestro país al respecto (Agüera L, 2017).

En relación al tiempo de respuesta, se ha alcanzado consenso con respecto a que se requiere un tiempo de tratamiento más largo para el inicio de la acción anti-depresiva que en la población adulta joven (ítem 5.8).

El 73,6% de los panelistas se mostraban de acuerdo con la mayor demora en el inicio de los efectos antidepressivos en el paciente anciano.

Entrando en el bloque de los efectos secundarios producidos por antidepressivos en pacientes de edad avanzada, no se ha alcanzado un consenso referido a si la introducción de fármacos antidepressivos incrementa el riesgo autolítico de los ancianos deprimidos al principio del tratamiento, un tema habitualmente sujeto a controversia (ítem 5.9). Si bien más panelistas estiman que la adición de un antidepressivo incrementa el riesgo de suicidio en estas edades, el rango de respuestas es muy heterogéneo, lo que ha hecho que no se haya consensuado este ítem.

Tampoco se ha conseguido un consenso en el panel de expertos sobre si en población anciana se toleran mejor los antidepressivos duales que los ISRS (ítem 5.10) pese a que el 65,8% de los panelistas están en contra de esa aseveración.

Existe consenso con respecto a que la disfunción sexual provocada por antidepressivos supone un problema en los ancianos que los consumen (ítem 5.11). Existe un amplio consenso al respecto, con hasta el 79,4% de los expertos mostrándose de acuerdo con la presencia de disfunción sexual problemática por el consumo de antidepressivos. Es llamativo que ningún panelista ha negado categóricamente la presencia de este efecto secundario.

Los ítems 5.12, 5.13, 5.14 y 5.15 inquieren al

panel de expertos con respecto a la duración del tratamiento de mantenimiento con antidepressivos a dosis eficaz después de un episodio depresivo en un paciente anciano. Se alcanza un acuerdo con respecto a la necesidad de mantener el tratamiento antidepressivo durante un año (ítem 5.13), con el 77,1% de los panelistas de acuerdo con ese periodo de mantenimiento.

No hay consenso de que el tratamiento de mantenimiento deba tener una duración de 6 meses (ítem 5.12) o de 2 años (ítem 5.14) y se consensua el rechazo a que este tratamiento se mantenga durante un periodo de 3 a 4 años (ítem 5.15). Esto significa que el panel establece la recomendación de un año como tratamiento de mantenimiento a dosis eficaz.

Para finalizar este bloque temático se preguntó a los expertos en depresión geriátrica a partir de qué episodio depresivo consideran necesario la indicación de tratamiento antidepressivo indefinido. Se alcanza un consenso en contra de indicar tratamiento indefinido desde el primer episodio depresivo (ítem 5.16) y también se alcanza un consenso con respecto a que es necesario el tratamiento indefinido a partir del segundo (ítem 5.17) y del tercer episodio depresivo (ítem 5.18).

Por lo tanto, la recomendación del panel es realizar tratamiento indefinido a partir del segundo episodio depresivo ocurrido en la edad avanzada sin esperar a que ocurra el tercero, pero en el caso de que ocurra, el tratamiento antidepressivo indefinido se hace ineludible.

A modo de resumen del Área temática referida a cuestiones psicofarmacológicas, se establece que:

HAY CONSENSO EN:

... afirmar que:

- En un paciente anciano es necesario realizar una exploración analítica y un electrocardiograma al inicio del tratamiento antidepresivo.
- Los ISRS son fármacos de primera elección en la depresión geriátrica.
- Los antidepresivos duales presentan una mayor eficacia que los ISRS en el manejo de la depresión geriátrica.
- Se requiere un mayor tiempo de tratamiento con antidepresivos en la población geriátrica con respecto a la población adulta antes de que se inicie la acción antidepresiva.
- La disfunción sexual inducida por los antidepresivos constituye un problema en el tratamiento de la depresión geriátrica.
- Tras un episodio depresivo se debe mantener el tratamiento a dosis eficaz durante un periodo de un año.
- En la depresión geriátrica se ha de instaurar un tratamiento indefinido con antidepresivos a partir del segundo episodio de depresión.

... y rechazar que:

- Ante un episodio depresivo se debe mantener el tratamiento a la dosis eficaz durante un periodo de 3 a 4 años.
- Se ha de indicar tratamiento indefinido con antidepresivos a partir de un único episodio depresivo.

NO SE ALCANZA CONSENSO EN:

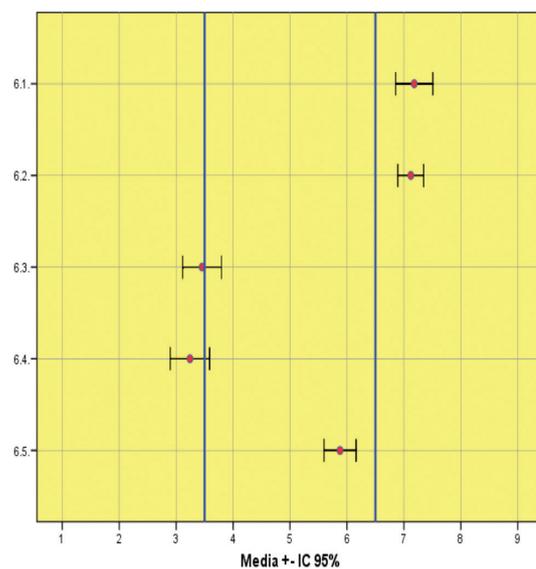
- La depresión subclínica debe de ser tratada farmacológicamente.
- En general en el tratamiento de la depresión en el anciano los fármacos duales son fármacos de primera elección.
- Los suplementos dietéticos (omega 3, DHA,...) son eficaces en la mejoría de la depresión en el anciano.
- La introducción de antidepresivos incrementa en los ancianos deprimidos el riesgo autolítico al principio del tratamiento.
- Los ancianos toleran mejor los antidepresivos duales que los ISRS.
- Tras un episodio depresivo en el anciano se debe mantener el tratamiento a dosis eficaz durante 6 meses o 2 años, ya que la recomendación es de un año.

9 - Área temática 6.

Terapia electroconvulsiva y otros tratamientos biológicos no farmacológicos

VALORACIÓN DEFINITIVA DE CADA ÍTEM EN EL ÁREA 6

Área temática 6. Terapia electroconvulsiva y otros tratamientos biológicos no farmacológicos.		DESACUERDO	NO CONSENSO	ACUERDO
6.1	La TEC está indicada en la depresión vascular.			■
6.2	La TEC es está indicada en la depresión del anciano con demencia.			■
6.3	La TEC bilateral solo ha de usarse cuando la unilateral no arroja resultados satisfactorios.	■		
6.4	Los efectos cognitivos asociados a la TEC limitan significativamente su indicación en la depresión del anciano.	■		
6.5	La estimulación magnética transcraneal debe ser valorada como opción terapéutica en depresión resistente del anciano.		■	



Media aritmética (IC 95%) de cada ítem en el área 6. Terapia electroconvulsiva y otros tratamientos biológicos no farmacológicos.

En relación a las terapias biológicas no farmacológicas, el Consenso se centró en dos de ellas, la terapia electroconvulsiva (TEC) y la estimulación magnética transcraneal. Con respecto a la primera, existe un grado de acuerdo suficientemente extendido acerca de la efectividad de la TEC en el paciente anciano (Bernardo M, 2018), sobre todo en los casos de depresión mayor, donde su efectividad está entre el 60% y el 80%. Está especialmente indicada en la depresión grave, que puede cursar con síntomas psicóticos o sin ellos, cuando se acompaña de dificultades en la alimentación (rechazo a la ingesta, problemas de desnutrición o deshidratación en pacientes frágiles) o cuando existe patología somática asociada en la que el uso de psicofármacos puede

ser incluso contraproducente para el paciente (Spaans HP, 2015).

La TEC en el paciente de edad avanzada presenta una escasa incidencia de efectos secundarios y carece prácticamente de contraindicaciones absolutas, por lo que resulta una técnica terapéutica suficientemente segura que con frecuencia está especialmente indicada en población geriátrica (Geduldig ET, 2016), incluso en pacientes de edad muy avanzada (Tew JD Jr, 1999).

El análisis del grupo de consenso sobre la TEC en el paciente anciano se centró en la valoración de cuatro ítems relacionados con su indicación en la depresión vascular, en el

paciente anciano con demencia, en el uso de la técnica de forma bilateral o unilateral y en la consideración de sus efectos cognitivos como factor limitante, o no, de su uso en la depresión del anciano. Un quinto ítem se centró en la valoración de la estimulación magnética transcraneal.

Globalmente el grupo alcanzó un notable consenso en las cuatro cuestiones planteadas sobre la TEC, de acuerdo en las dos primeras y consenso en el desacuerdo de las dos últimas. Sobre la estimulación magnética transcraneal no hubo acuerdo.

El primero de los ítems plantea si *“La TEC está indicada en la depresión vascular”* (ítem 6.1). La respuesta mayoritaria de los panelistas es afirmativa, con la mayoría de las respuestas agrupadas en el acuerdo positivo (82,8 % en total). La formulación de la pregunta da por supuesto la consistencia de la depresión vascular, que, aunque conceptualmente todavía resulta parcialmente cuestionada, puede estar orientando las respuestas hacia la efectividad de la TEC cuando los factores vasculares están claramente presentes en los cuadros depresivos del anciano (Currier MB, 1992).

El segundo ítem pregunta si *“La TEC está indicada en la depresión del anciano con demencia”* (ítem 6.2). También en este caso la respuesta mayoritaria del grupo de consenso es favorable (82,8 % del total agrupado de respuestas favorables, aunque con un 11,4 % de respuestas en desacuerdo moderado). A pesar de que uno de los efectos secundarios atribuibles a la TEC es la afectación cognitiva secundaria, esta circunstancia, en general, no

resulta determinante para desaconsejarla en los episodios depresivos graves de pacientes con deterioro cognitivo o demencia. En estos casos no resulta infrecuente que los enfermos exhiban conductas regresivas, como el rechazo activo a la ingesta u otras alteraciones conductuales graves, como agitación o agresividad (Acharya D, 2015), que pueden poner en riesgo de complicaciones severas al paciente en corto plazo de tiempo, por lo que en este caso la TEC puede revertir total o parcialmente los síntomas en un tiempo reducido (Glass OM, 2017). (Sánchez-Pérez M, 2003).

La pregunta sobre si *“La TEC bilateral solo ha de usarse cuando la unilateral no arroja resultados satisfactorios”* (ítem 6.3) resulta en un ítem consensuado como desacuerdo grupal. La mayor parte de las respuestas se agrupan en el rango de desacuerdo con la afirmación del enunciado, donde se concentran el 68,5 % de las respuestas de los panelistas, aunque haciendo notar que otro 20 % de ellos no llega a definirse en un sentido o en otro. Existe evidencia, aunque desde hace tiempo no exenta de controversia, sobre una mayor efectividad de la aplicación de la TEC de forma bilateral para los cuadros depresivos graves, frente a la técnica de administración unilateral (Pettinati H, 1986). Las reticencias al empleo inicial de la TEC en aplicación bilateral en ancianos con depresión suelen tener su origen en la intención de evitar los efectos cognitivos en los pacientes de edad avanzada, aunque como en el caso del empleo de los psicofármacos, la decisión siempre debe orientarse hacia una mayor efectividad en la respuesta terapéutica, balanceada con una

razonable valoración de sus efectos secundarios (Kellner CH, 2010).

El último de los ítems relacionado con la TEC afirma que *“Los efectos cognitivos asociados a la TEC limitan significativamente su indicación en la depresión del anciano”* (ítem 6.4). En este caso, como en el anterior, se da un consenso en el desacuerdo grupal, con una concentración del 66,6 % de las respuestas de los participantes en el consenso, repartidos de forma similar entre las tres opciones de desacuerdo. La proporción de respuestas sin acuerdo ni desacuerdo se sitúa en este ítem en el 24,3 %, algo mayor que en la pregunta previa. Aunque muy variables, los efectos cognitivos de la TEC son frecuentes en todas las edades y motivo habitual de queja en los pacientes. En el caso de los ancianos pueden concurrir varios factores asociados a una mayor prevalencia de estos efectos: edad avanzada (Zervas IM, 1993), deterioro cognitivo preexistente, enfermedades neurológicas concurrentes o lesiones en los ganglios basales e hiperintensidades en la resonancia magnética (Rami L, 2004). También en esta situación, aunque teniendo en cuenta las circunstancias de cada caso individual, debería primar la efectividad de la resolución del episodio depresivo grave, aun en los pacientes de edad avanzada, dado que no hay pruebas a día de hoy sobre la posibilidad de que la TEC *per se* cause daño cerebral (Bernardo M, 2018).

Finalmente, el último ítem plantea si *“La estimulación magnética transcraneal debe ser valorada como opción terapéutica en la depresión resistente del anciano”* (ítem 6.5).

Este ítem no se considera consensuado por el grupo de panelistas dado que más de una tercera parte (34,3 %) no se pronunció ni a favor ni en contra del enunciado. La estimulación magnética transcraneal repetitiva (EMTr) supone la aplicación del estímulo de forma rítmica y repetida, con distintos rangos de frecuencia, que ha mostrado efectividad en depresión, aunque también se ha utilizado en otras patologías neurológicas y neuropsiquiátricas tales como el dolor crónico, el ic-tus, la enfermedad de Parkinson (tanto para síntomas motores como afectivos), la esquizofrenia y el trastorno obsesivo compulsivo (Cristancho MA, 2013). La ausencia de consenso ante este ítem probablemente esté relacionada con la escasa experiencia directa con la aplicación de la técnica en la práctica diaria y con los datos no del todo concluyentes sobre su efectividad junto a la falta de estandarización de los parámetros de aplicación de la técnica.

A modo de resumen, en este Área temática sobre el uso de terapias biológicas no farmacológicas en la depresión del anciano (TEC y estimulación magnética transcraneal), se establece que:

HAY CONSENSO EN:

... afirmar que:

- La TEC está indicada en la depresión vascular y en la depresión asociada a demencia.

... y rechazar que:

- La TEC bilateral solo ha de usarse cuando la unilateral no arroja resultados satisfactorios.
- Los efectos cognitivos asociados a la TEC limitan significativamente su indicación en la depresión del anciano.

NO SE ALCANZA CONSENSO EN:

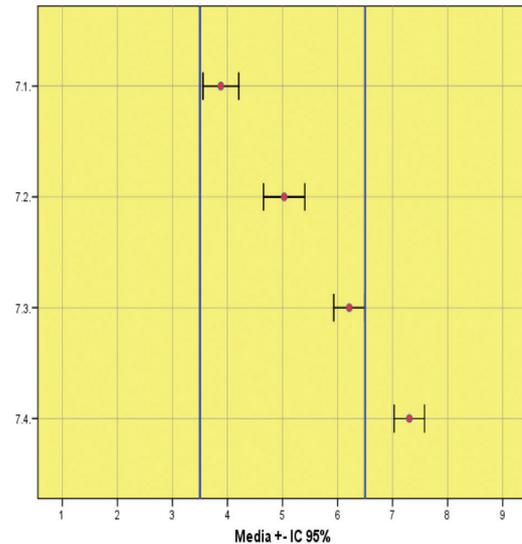
- La estimulación magnética transcraneal debe ser valorada como opción terapéutica en la depresión resistente del anciano.

10 - Área temática 7.

Tratamientos Psicoterapéuticos

VALORACIÓN DEFINITIVA DE CADA ÍTEM EN EL ÁREA 7

Área temática 7. Tratamientos Psicoterapéuticos		DESACUERDO	NO CONSENSO	ACUERDO
7.1	En depresión geriátrica la psicoterapia tiene una eficacia al menos igual a los tratamientos farmacológicos.		■	
7.2	En depresión geriátrica la psicoterapia es menos eficaz en el anciano que en el adulto.		■	
7.3	En depresión geriátrica la presencia de deterioro cognitivo/demencia leve no limita la aplicación de psicoterapia.			■
7.4	La psicoterapia es eficaz para la depresión subclínica geriátrica.			■



Media aritmética (IC 95%) de cada ítem en el área 7. Tratamientos Psicoterapéuticos.

De todos los apartados recogidos en este trabajo sobre la depresión en el anciano, el de la psicoterapia es uno de los que alcanza proporcionalmente menos niveles de acuerdo entre los expertos. El tema de la psicoterapia en los ancianos es un campo donde todavía no hay mucho consenso, quizás debido a la escasez de estudios fiables y homogéneos que puedan ser comparados.

De las cuatro afirmaciones propuestas, hay dos aceptadas y por tanto consensuadas y dos en las que no se ha alcanzado consenso.

El consenso más potente se encuentra en la afirmación de que “*La psicoterapia es eficaz para la depresión subclínica geriátrica*”

(ítem 7.4). El 84,9% de los expertos está de acuerdo con esta afirmación.

También hay acuerdo en la afirmación de que en la depresión geriátrica, “*La presencia de deterioro cognitivo/demencia leve no limita la aplicación de psicoterapia*” (ítem 7.3). El 71,5% de los participantes están de acuerdo con esta afirmación.

Sin embargo, no hay consenso en que la psicoterapia tenga una eficacia al menos igual a los tratamientos farmacológicos en la depresión geriátrica (ítem 7.1). A pesar de que un 45,7% de los panelistas están en desacuerdo con esta afirmación, el grupo no tiene una opinión suficientemente homogénea respecto a la misma.

Lo mismo ocurre con la idea de que la psicoterapia sea menos eficaz en el anciano que en el adulto (ítem 7.2). Tampoco hay una opinión homogénea aunque hay un relativamente alto porcentaje de panelistas (45,7%) que están de acuerdo con esa afirmación.

Explicaciones posibles para la falta de consenso en este área de la psicoterapia podrían deberse a que tradicionalmente ha existido una visión pesimista y restrictiva sobre el uso de la psicoterapia en los ancianos basándose en una concepción del envejecimiento de deterioro y pérdida. Esto ha ido cambiando con los estudios y los enfoques actuales que contemplan el envejecimiento como una etapa de la vida con posibilidades evolutivas de desarrollo y crecimiento personal. Además, la eficacia de los tratamientos psicológicos para la depresión en las personas mayores, tiene soporte bibliográfico desde hace tiempo y la edad avanzada no es en sí un obstáculo a la terapia (Frazer CJ, 2005).

Todo lo anterior avala el hecho de que las personas mayores pueden beneficiarse de los tratamientos psicoterapéuticos cuando se les ofrecen, pero a pesar de su reconocida eficacia, la utilización de la psicoterapia en los mayores es aún poco frecuente (Wei W, 2005). Esto parece ser debido a la escasa disponibilidad asistencial para este tipo de tratamientos en los mayores y a los prejuicios de los propios profesionales poco dispuestos en general a realizar este trabajo.

Va siendo conocido que el abordaje psicoterapéutico de los mayores se pueden utilizar las mismas técnicas que en edades más jó-

venes, si bien con algunas adaptaciones. Hay que prestar especial atención a la comorbilidad médica, la capacidad cognitiva y el papel de la familia y los cuidadores. Es conveniente realizar adaptaciones dirigidas a flexibilizar el encuadre (Garner, 2003).

Por todo lo expuesto se hace recomendable realizar más investigaciones en este campo que aclaren y pongan de manifiesto el importante papel que juegan los distintos tipos de psicoterapia en el tratamiento de la depresión del anciano.

Así pues en resumen, respecto a la psicoterapia en el anciano deprimido se establece que:

HAY CONSENSO EN:

... afirmar que:

- La presencia de deterioro cognitivo o demencia no limita la aplicación de la psicoterapia.
- La psicoterapia es eficaz en la depresión geriátrica subclínica.

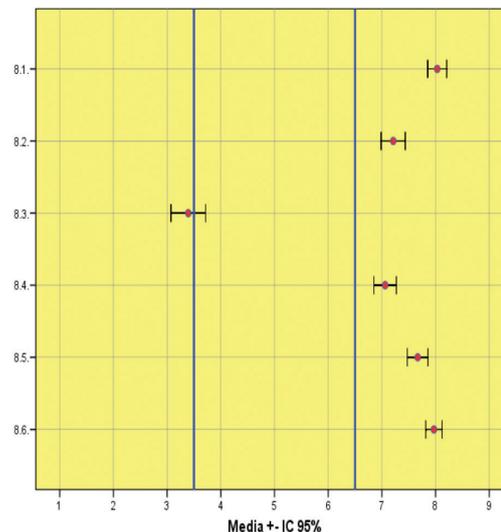
NO SE ALCANZA CONSENSO EN:

- La psicoterapia tiene una eficacia similar a la terapia farmacológica o es menos eficaz que en el adulto.

11 - Área temática 8. Comorbilidad física y prevención

VALORACIÓN DEFINITIVA DE CADA ÍTEM EN EL ÁREA 8

Área temática 8. Comorbilidad física y prevención		DESACUERDO	NO CONSENSO	ACUERDO
8.1	La presencia de un cuadro depresivo de inicio tardío obliga a considerar la aparición posterior de una enfermedad neurodegenerativa (demencia, Parkinson, ...).			■
8.2	La presencia de un cuadro depresivo de inicio tardío obliga a considerar la aparición posterior de una enfermedad médica importante (cáncer, cardiopatía,...).			■
8.3	El paciente anciano que vive en residencia geriátrica tiene acceso a los mismos tratamientos (antidepresivos, psicoterapias, TEC, etc.) que el que reside en la comunidad.	■		
8.4	Los servicios de teleasistencia son útiles para reducir el riesgo de suicidio en los ancianos.			■
8.5	El ejercicio físico es un factor protector significativo de depresión en los ancianos.			■
8.6	Las intervenciones dirigidas a reducir el aislamiento social son una estrategia significativa eficaz en la prevención de la depresión de los ancianos.			■



Media aritmética (IC 95%) de cada ítem en el área 8. Comorbilidad física y prevención.

En lo referente a la comorbilidad de la depresión en el anciano, el nivel de consenso entre los expertos es sobresaliente. En las dos afirmaciones planteadas, hubo una alta concordancia en refrendar las mismas y por tanto ambas se consensuaron.

Más del 90% de los participantes estaban de acuerdo en que “La presencia de un cuadro depresivo de inicio tardío obliga a estar alerta ante la posible aparición posterior de una enfermedad neurodegenerativa (demencia, Parkinson...)” (ítem 8.1). Ésta es una afirmación compartida, con una mediana de 8 y una media de 8,2 sobre 9. Del mismo modo, la idea de que “La presencia de un cuadro de-

presivo de inicio tardío obliga a considerar la aparición posterior de una enfermedad médica importante (cáncer, cardiopatía, etc.)”, también es ampliamente compartida, pues es afirmada por el 77% del grupo de panelistas (ítem 8.2). Llama la atención que estas dos afirmaciones sean de las más sólidamente acordadas en todo el presente consenso y probablemente tenga que ver con que reflejan muy bien la experiencia de los panelistas.

En el campo de la prevención de acontecimientos graves como el suicidio, hay acuerdo en que los servicios de teleasistencia son útiles para reducir el riesgo de suicidio en los ancianos (ítem 8.4). Esta afirmación se con-

sensua, aunque con un nivel menor de concordancia que para la anterior (70% de los expertos)

En cuanto a otros aspectos preventivos de la depresión en los ancianos, hay consenso con gran concordancia de los expertos, en que *“El ejercicio físico es un factor protector significativo de depresión en los ancianos”* ya que 88% apoyan esta afirmación (ítem 8.5). La eficacia del ejercicio físico como estrategia preventiva para muchas patologías se viene demostrando con fuerza en los últimos años (Kok RM, 2017).

Además, se consigue el máximo consenso (con más del 96% de los consultados apoyándolo) en la afirmación de que *“Las intervenciones dirigidas a reducir el aislamiento social, son una estrategia significativa y eficaz en la prevención de la depresión de los ancianos”* (ítem 8.6).

Por último, hubo también consenso en rechazar la afirmación de que el paciente anciano que vive en residencia geriátrica tiene acceso a los mismos tratamientos (antidepresivos, psicoterapias, TEC, etc.) que el que reside en la comunidad (ítem 8.3). Parece claro que los recursos terapéuticos son bastante heterogéneos dependiendo del lugar donde se resida -domicilio o residencia geriátrica- y probablemente también del tipo de residencia del que se trate.

En resumen, en el Área temática referida a la comorbilidad y otros aspectos relativos al anciano deprimido, se establece que:

HAY CONSENSO EN:

... afirmar que:

- La presencia de un cuadro depresivo de inicio tardío obliga a considerar la aparición posterior de una enfermedad neurodegenerativa o la aparición posterior de una enfermedad médica importante.
- Los servicios de teleasistencia son útiles para reducir el riesgo de suicidio en los ancianos.
- El ejercicio físico es un factor protector significativo de depresión en los ancianos.
- Las intervenciones dirigidas a reducir el aislamiento social son una estrategia significativa eficaz en la prevención de la depresión de los ancianos.

... y rechazar que:

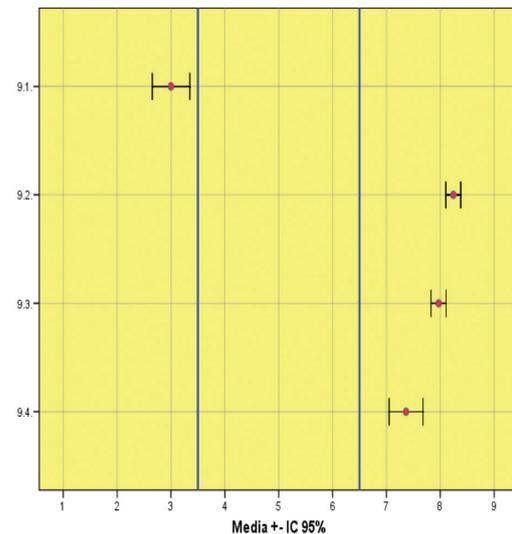
- El paciente anciano que vive en residencia geriátrica tenga acceso a los mismos tratamientos que el que reside en la comunidad.

12 - Área temática 9.

Capacitación profesional para abordar la depresión del anciano

VALORACIÓN DEFINITIVA DE CADA ÍTEM EN EL ÁREA 9

Área temática 9. Capacitación profesional para abordar la depresión del anciano		DESACUERDO	NO CONSENSO	ACUERDO
9.1	La formación recibida por los residentes de Psiquiatría durante el programa MIR en la actualidad es suficiente para abordar con solvencia los trastornos depresivos en el anciano.	■		
9.2	El psiquiatra precisa una formación específica para abordar con solvencia los trastornos depresivos en el anciano.			■
9.3	En el momento actual la detección de la depresión del anciano está claramente por debajo de los niveles óptimos y deseables.			■
9.4	Por su complejidad la depresión del anciano debe ser tratada principalmente por los especialistas en Psiquiatría.			■



Media aritmética (IC 95%) de cada ítem en el área 9. Capacitación profesional para abordar la depresión del anciano.

El abordaje de la depresión en el paciente anciano, tanto en su diagnóstico como en el tratamiento, presenta retos significativamente diferentes respecto del adulto no anciano. Las características clínicas específicas de los síntomas depresivos en este grupo de edad suelen, aunque no sólo ellas, explicar parte del infradiagnóstico habitual. Hechos como la comorbilidad médica (Weinberger MI, 2009), la presencia de afectación cognitiva, la diferente fenomenología de los síntomas (más frecuentes las quejas somáticas que la expresión franca de tristeza), la frecuente autojustificación de los síntomas por la mala salud o por pérdidas significativas con acumulación de situaciones adversas, pueden contribuir a que la identificación de la depresión resulte

menos evidente en la edad avanzada (Burrourghs H, 2006).

Cuando se considera la relevancia clínica de la depresión subsindrómica que afecta aproximadamente a un 15 % de la población anciana en la comunidad (VanItallie TB, 2005), el problema del infradiagnóstico aún es mayor.

Junto a estos condicionantes clínicos, el grado de capacitación en la valoración de la psicopatología afectiva en el anciano puede también ser determinante al depender del perfil profesional que está a cargo del paciente o de su grado de formación en la exploración y manejo de los trastornos afectivos

en los mayores. De forma más general, existe evidencia acerca de las deficiencias en la formación en psicogeriatría de los especialistas en Psiquiatría en nuestro país (Pelegrín-Vale-ro C, 2009).

En el primer ítem se afirma que *“La formación recibida por los residentes de Psiquiatría durante el programa MIR en la actualidad es suficiente para abordar con solvencia el abordaje de los trastornos depresivos en el anciano”* (ítem 9.1). La respuesta de los panelistas (78,7 %) muestra consenso en el desacuerdo con esta afirmación. El grado de acuerdo obtenido para este ítem refleja la opinión mayoritaria sobre la insuficiencia de la formación en Psiquiatría geriátrica que se recibe durante la formación de los especialistas en Psiquiatría en el programa MIR. En una encuesta entre tutores y residentes de Psiquiatría en España (Cuevas-Esteban J, 2012), cerca de un 60 % de los residentes no habían tenido ningún tipo de formación específica en psicogeriatría, a pesar de reconocer (87,7 %) que se trata de un área de formación especialmente relevante. Por su parte, los tutores de residentes consideran (61,9 %) que estos no reciben una formación suficiente y, así mismo, opinan que debería tratarse de una materia obligatoria (81 %).

El enunciado del segundo ítem, *“El Psiquiatra precisa una formación específica para abordar con solvencia los trastornos depresivos del anciano”* (ítem 9.2), es aceptado por la totalidad del grupo (100 % de respuestas), que lo consensua en el acuerdo. En línea con la primera cuestión, los panelistas muestran

aún un mayor acuerdo ante esta afirmación. La detección de los trastornos afectivos, como se ha mencionado más arriba, presenta complejidades que precisan habilidades específicas. Entre los Psiquiatras se han documentado tasas bajas (50 %) de reconocimiento de sintomatología depresiva en ancianos (Brühl K, 2009). Esta necesidad también alcanza a otros profesionales sanitarios en contacto frecuente con los pacientes (enfermeros, auxiliares de clínica) en los que se ha relacionado un exceso de empatía en relación a la sintomatología expresada por los ancianos institucionalizados, con un reconocimiento deficiente de la sintomatología depresiva (44-78 %). Las necesidades de formación en Psiquiatría del anciano han sido reconocidas y formuladas en varias ocasiones (Camus V, 2003; OMS, 1998). Las propuestas formales de formación prestan especial atención a la capacitación para la valoración clínica de la complejidad psicopatológica del anciano (Gustafson L, 2003).

La tercera afirmación enuncia que *“En el momento actual la detección de la depresión en el anciano está claramente por debajo de los niveles óptimos y deseables”* (ítem 9.3). También este ítem es consensuado en el acuerdo por el grupo, en su totalidad. Las razones argumentadas al inicio de este capítulo y en los dos ítems anteriores sirven también para justificar la respuesta unánime de los panelistas a este enunciado.

Finalmente, el cuarto ítem, donde se afirma que, *“Por su complejidad, la depresión del anciano debe ser tratada principalmente por*

los especialistas en Psiquiatría” (ítem 9.4), también concentra el acuerdo mayoritario del grupo, 78,9 %, aunque en este caso con menor contundencia que en los dos anteriores pues un 12,1 % no se muestra de acuerdo ni en desacuerdo y un 9,1 % está en desacuerdo. El acuerdo valida la idea de que es el Psiquiatra el especialista indicado para el diagnóstico y manejo terapéutico de la depresión en el anciano, principalmente de los cuadros más complejos o graves, aunque en la práctica, la mayor parte de los episodios depresivos son atendidos en el ámbito de atención primaria (Ruiz S. 1997). Las dificultades para la detección de la depresión geriátrica por el médico de familia tienen mucho que ver con los motivos aparentes de consulta cargados de quejas somáticas (Mitchell AJ, 2010), con la mayor o menor familiarización con el uso de escalas de valoración clínica (Schwarzbach M, 2014) o con la mayor presencia de cuadros depresivos incompletos, leves o subsindrómicos (McDonald AJD, 1986).

En resumen, en relación a la capacitación profesional para abordar la depresión se establece que:

HAY CONSENSO EN:

... afirmar que:

- El Psiquiatra precisa una formación específica para abordar con solvencia los trastornos depresivos del anciano.
- En el momento actual la detección de la depresión en el anciano está claramente por debajo de los niveles óptimos y deseables.
- Por su complejidad, la depresión del anciano debe ser tratada principalmente por los especialistas en Psiquiatría.

... y rechazar que:

- La formación recibida por los residentes de Psiquiatría durante el programa MIR en la actualidad sea suficiente para abordar con solvencia el abordaje de los trastornos depresivos en el anciano.

13 - Elección del fármaco antidepresivo en función de las comorbilidades médicas existentes

Se sometió al proceso de consenso las preferencias acerca del uso de los diferentes antidepresivos en pacientes con determinadas comorbilidades médicas frecuentes en las personas mayores. Se incluyeron la totalidad de los antidepresivos modernos disponibles en el momento de la realización del trabajo de campo. De los más antiguos, no se incluyeron los IMAO y de los tricíclicos solo se evaluó la nortriptilina, que es el que cuenta con un posible apoyo mayor de uso en la población geriátrica.

Las consideraciones de este apartado se refieren en general a la seguridad de los antidepresivos respecto a cada una de las situaciones dadas, no a la eficacia del fármaco en las mismas, salvo en el caso genérico de pacientes con dolor crónico.

Las situaciones de comorbilidad propuestas a los expertos fueron las siguientes:

1. Cardiopatía isquémica/infarto
2. Arritmias
3. Hipertensión arterial
4. Paciente anticoagulado
5. Diabetes
6. Dislipemia
7. Obesidad
8. Pérdida de apetito y peso
9. Estreñimiento significativo
10. Riesgo de hemorragia digestiva
11. Riesgo de hiponatremia
12. Somnolencia

13. Caídas
14. Abuso de alcohol
15. Disfunción sexual
16. Glaucoma
17. Riesgo de crisis comiciales
18. Ictus
19. Enfermedad de Parkinson y síndromes extrapiramidales
20. Deterioro cognitivo, demencia, Enfermedad de Alzheimer
21. Enfermedades que cursan con dolor

Para cada una de estas situaciones se le dio al experto las siguientes opciones de elección:

- a) Fármaco *contraindicado* en esta situación clínica.
- b) Fármaco *a evitar en lo posible*, tiene algunas desventajas frente a otras opciones.
- c) Fármaco *que podría usarse*, no tiene ventajas ni desventajas particulares.
- d) Fármaco que es *una buena alternativa*, tiene algunas ventajas frente al resto de opciones.
- e) Fármaco *de elección* en esta situación clínica.
- f) Sin opinión al respecto.

Para facilitar la interpretación de las respuestas, éstas se han ordenado según los siguientes criterios aplicables a cada situación comórbida dada:

CRITERIOS DE INTERPRETACIÓN SEGÚN LA ELECCIÓN DE LOS PANELISTAS

Antidepresivos específicamente recomendados	<ul style="list-style-type: none"> • Seleccionado como fármaco de elección por ≥ 6 panelistas • Seleccionado como fármaco contraindicado por < 6 panelistas
Antidepresivos que suponen una opción razonable	<ul style="list-style-type: none"> • Seleccionado por ≥ 6 panelistas • Seleccionado como fármaco contraindicado por < 6 panelistas
Antidepresivos a evitar	<ul style="list-style-type: none"> • Seleccionado como fármaco contraindicado por ≥ 6 panelistas

Dada la variedad de fármacos y situaciones clínicas exploradas, no es posible realizar una generalización de los hallazgos. Se puede reseñar que solo en 9 de las 21 situaciones comórbidas propuestas algún fármaco está *específicamente recomendado* respecto a su seguridad, siendo agomelatina el que es citado con mayor frecuencia. De otro lado, en 14 de estas situaciones se reseñan fármacos *a evitar* por ser poco seguros o contraindicados ante esa comorbilidad, siendo el tricíclico nortriptilina el más citado.

Desvenlafaxina y sertralina, seguido de vortioxetina, son los antidepresivos que obtienen más citas como recomendados o buenas alternativas.

La siguiente tabla refleja detalladamente estos resultados.

RECOMENDACIONES EN LA ELECCIÓN DEL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO EN BASE A LA SEGURIDAD DEL ANTIDEPRESIVO PARA SITUACIONES DE COMORBILIDADES MÉDICAS.

	RECOMENDADO	OPCIÓN RAZONABLE		A EVITAR
1. Cardiopatía isquémica/ infarto	Sertralina Agomelatina	Desvenlafaxina Venlafaxina Fluvoxamina	Vortioxetina Mirtazapina	Citalopram/Escitalopram Reboxetina Nortriptilina
2. Arritmias	Sertralina Agomelatina	Desvenlafaxina Fluoxetina Fluvoxamina	Vortioxetina Mirtazapina	Citalopram/Escitalopram Bupropion Reboxetina Nortriptilina
3. Hipertensión arterial	Sertralina Agomelatina	Citalopram/ Escitalopram Fluoxetina Fluvoxamina	Paroxetina Vortioxetina Mirtazapina	Venlafaxina
4. Paciente anticoagulado		Desvenlafaxina Venlafaxina Duloxetina Sertralina Citalopram/ Escitalopram	Mirtazapina Bupropion Agomelatina Vortioxetina	
5. Diabetes		Desvenlafaxina Venlafaxina Duloxetina Fluoxetina Sertralina	Citalopram/ Escitalopram Agomelatina Vortioxetina Bupropion Reboxetina	
6. Dislipemia		Fluoxetina Sertralina Citalopram/ Escitalopram	Duloxetina Bupropion Vortioxetina Agomelatina	
7. Obesidad	Fluoxetina Bupropion Agomelatina	Desvenlafaxina Venlafaxina Duloxetina Citalopram/ Escitalopram	Fluvoxamina Sertralina Vortioxetina Reboxetina	Mirtazapina

	RECOMENDADO	OPCIÓN RAZONABLE		A EVITAR
8. Pérdida de apetito y peso	Mirtazapina	Desvenlafaxina Venlafaxina Duloxetina Paroxetina	Sertralina Citalopram/ Escitalopram Nortriptilina	Fluoxetina
9. Estreñimiento significativo		Fluoxetina Fluvoxamina Sertralina Citalopram/ Escitalopram	Bupropion Agomelatina Vortioxetina	
10. Riesgo de hemorragia digestiva		Desvenlafaxina Venlafaxina Mirtazapina	Bupropion Nortriptilina	Fluoxetina Citalopram/Escitalopram
11. Riesgo de hiponatremia		Desvenlafaxina Venlafaxina Duloxetina Mirtazapina	Bupropion Agomelatina Vortioxetina	Fluoxetina Citalopram/Escitalopram
12. Somnolencia	Bupropion	Desvenlafaxina Venlafaxina Fluoxetina Sertralina	Citalopram/ Escitalopram Reboxetina Agomelatina Vortioxetina	Mirtazapina
13. Caídas		Desvenlafaxina Venlafaxina Duloxetina Fluoxetina Sertralina	Citalopram/ Escitalopram Bupropion Vortioxetina	Nortriptilina
14. Abuso de Alcohol		Desvenlafaxina Venlafaxina Duloxetina Fluoxetina Paroxetina Sertralina	Citalopram/ Escitalopram Mirtazapina Bupropion Vortioxetina	
15. Disfunción sexual	Agomelatina Bupropion Mirtazapina	Reboxetina Vortioxetina		Fluoxetina Paroxetina
16. Glaucoma		Desvenlafaxina Sertralina Citalopram/ Escitalopram	Bupropion Agomelatina Vortioxetina Tianeptino	Nortriptilina Venlafaxina
17. Riesgo de crisis comiciales		Mirtazapina		Nortriptilina Bupropion
18. Ictus		Desvenlafaxina Sertralina Citalopram/ Escitalopram	Agomelatina Vortioxetina Mirtazapina	
19. Enfermedad de Parkinson y síndromes extrapiramidales	Bupropion	Desvenlafaxina Venlafaxina Duloxetina Sertralina	Agomelatina Vortioxetina Mirtazapina Tianeptino	
20. Deterioro cognitivo, demencia, Enfermedad de Alzheimer		Desvenlafaxina Venlafaxina Duloxetina Sertralina Citalopram/ Escitalopram	Bupropion Agomelatina Vortioxetina Mirtazapina	Nortriptilina
21. Enfermedades que cursan con dolor	Duloxetina Desvenlafaxina Venlafaxina	Nortriptilina		

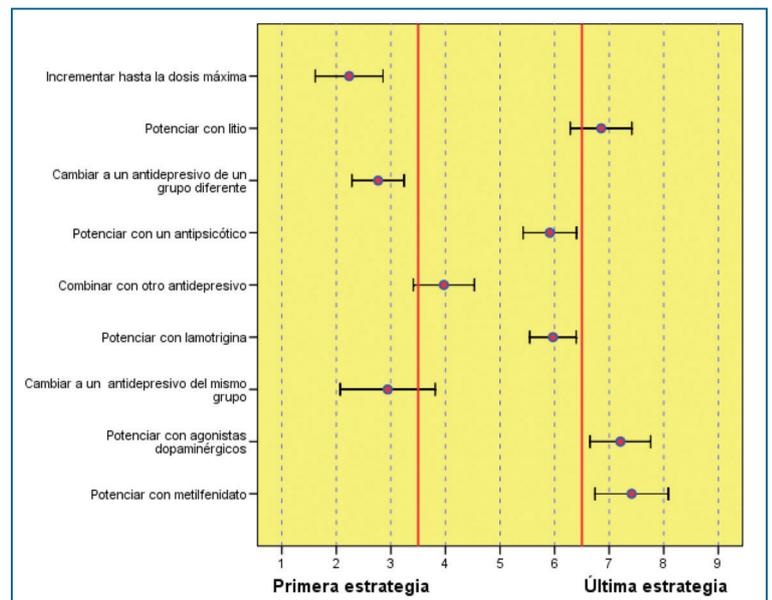
14 - Estrategias para la depresión resistente o con insuficiente respuesta al tratamiento antidepresivo

Se dedicó una parte del Consenso a valorar las diferentes estrategias frente a los casos de depresión resistente o con insuficiente respuesta al tratamiento antidepresivo prescrito en primera instancia, tanto desde el punto de vista de la eficacia como del de la seguridad. Se planteó a los expertos un listado de posibles estrategias que debían de valorar por orden de preferencia. Estas estrategias son las siguientes:

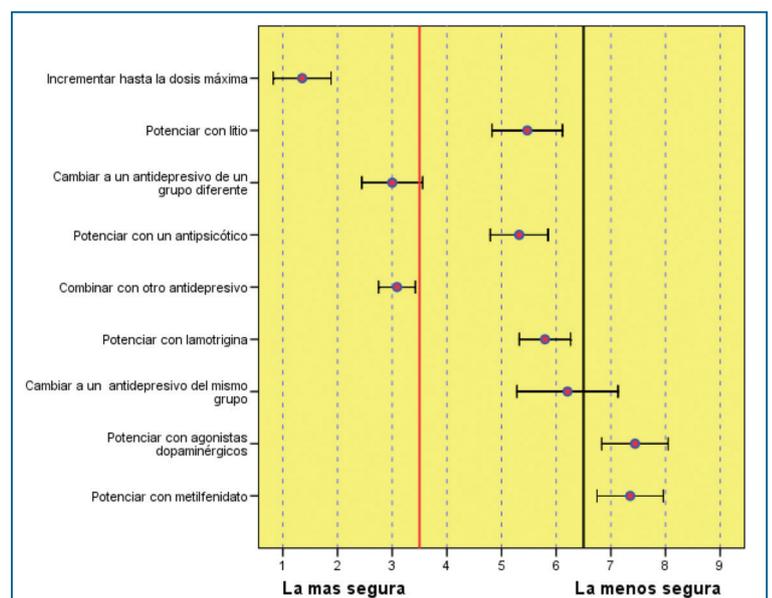
- Incrementar hasta la dosis máxima
- Potenciar con litio
- Cambiar a un antidepresivo de un grupo diferente
- Potenciar con un antipsicótico
- Combinar con otro antidepresivo
- Potenciar con lamotrigina
- Cambiar a un antidepresivo del mismo grupo
- Potenciar con agonistas dopaminérgicos
- Potenciar con metilfenidato

El resultado de la valoración de las estrategias respecto a la prioridad es el siguiente:

PRIORIDAD DE ESTRATEGIA ANTE LA RESPUESTA PARCIAL A UN ANTIDEPRESIVO ESCALA 1 - 9: (1 = LA PRIMERA A UTILIZAR; 9 = LA ÚLTIMA A UTILIZAR)



PRIORIDAD DE SEGURIDAD ANTE LA RESPUESTA PARCIAL A UN ANTIDEPRESIVO ESCALA 1 - 9: (1 = LA MÁS SEGURA; 9 = LA MENOS SEGURA)



Respecto a la eficacia de las distintas opciones, la estrategia que recibe un mayor apoyo en primera instancia es incrementar la dosis del antidepresivo hasta la dosis máxima. Esta recomendación se separa en parte de la habitual consigna de utilización de dosis bajas en pacientes ancianos y orienta a que se incremente la dosis hasta el máximo tolerado en caso de insuficiente respuesta terapéutica. Las maniobras que reciben más apoyo a continuación son cambiar a un antidepresivo de un grupo diferente y en tercer lugar, cambiarlo a otro del mismo grupo. Estimamos que estas alternativas son las que se realizan de forma habitual en cualquier rama de la medicina.

Mayor interés revisten las respuestas que se sugieren en caso de que éstas no sean efectivas. La combinación de antidepresivos en el paciente mayor con respuesta insuficiente recibe un apoyo muy significativo por parte de los expertos y a continuación, dos posibles maniobras de potenciación, con un antipsicótico o con lamotrigina. A mayor distancia se encuentran la potenciación con litio y finalmente con agentes dopaminérgicos o metilfenidato.

Esta información ha de ser combinada con la referida a los aspectos de seguridad. Se señala como estrategia más segura la misma que se eligió como primera alternativa: incrementar la dosis. Esto quiere decir que el incremento hasta dosis máximas con los antidepresivos modernos es percibido no solo eficaz, sino seguro. Cambiar de antidepresivo a otro de un grupo diferente o la combinación de antidepresivos es considerada a con-

tinuación, con un grado similar de seguridad. En el siguiente nivel de menor seguridad se encuentra la potenciación con un antipsicótico, con litio o lamotrigina -las tres con una consideración muy similar respecto a su nivel de seguridad -y a continuación el cambio a un antidepresivo del mismo grupo. La potenciación con agonistas dopaminérgicos o metilfenidato se perciben como las alternativas menos seguras, hecho que quizás refleje una menor experiencia con estos agentes por parte de los expertos.

En definitiva, el panel de expertos recomienda, en función de su eficacia y seguridad, los siguientes pasos escalados para los casos de resistencia o respuesta insuficiente al tratamiento antidepresivo:

1. Incremento de dosis hasta la máxima tolerada
2. Cambiar de antidepresivo
3. Combinar con otro antidepresivo
4. Potenciar con un antipsicótico o lamotrigina
5. Potenciar con litio
6. Potenciar con agonistas dopaminérgicos o metilfenidato

Bibliografía

- Acharya D, Harper DG, Achtyes ED, Seiner SJ, Mahdasian JA, Nykamp LJ, et al. Safety and utility of acute electroconvulsive therapy for agitation and aggression in dementia. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2015;30(3):265-73. doi:10.1002/gps.4137.
- age at onset and late age at onset late-life depression. *J Affect Disord*. 2013; 150(2):161-170.
- Agüera Ortiz L. *Nutrición y Psiquiatría: Una actualización práctica*. Madrid: Fundación López-Ibor; 2017.
- Aizenstein HJ, Baskys A, Boldrini M, et al. Vascular depression consensus report - a critical update. *BMC Med*. 2016;14(1):161.
- Alamo C, López-Muñoz F, García-García P, García-Ramos S. Risk-benefit analysis of antidepressant drug treatment in the elderly. *Psychogeriatrics*. 2014 Dec;14(4):261-8. doi: 10.1111/psyg.12057.
- Alexopoulos GS, Abrams RC, Young RC, Shamoian CA. Cornell Scale for Depression in Dementia. *Biol Psychiatry*. 1988 Feb 1;23(3):271-84.
- Alexopoulos G. Pharmacotherapy for late-life depression. *J Clin Psychiatry*. 2011 Jan;72(1):1-9.
- Allebeck P, Bolund C, Ringbäck G. Increased suicide rate in cancer patients. A cohort study based on the Swedish Cancer-Environment Register. *J Clin Epidemiol*. 1989;42(7):611-616.
- Almeida OP, Hankey GJ, Yeap BB, Golledge J, Flicker L. Depression as a risk factor for cognitive impairment in later life: the Health In Men cohort study. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2016 Apr;31(4):412-20.
- Almeida OP, Ford AH, Hankey GJ, Yeap BB, Golledge J, Flicker L. Risk of dementia associated with psychotic disorders in later life: the health in men study (HIMS). *Psychol Med*. 2018 Mar 22:1-11.
- American Psychiatric Association (APA). (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*. Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association (APA); practice Guideline for the treatment of major depressive disorder. *Am J Psychiatry* 2000. 4(11) 144-153.)
- Asmer MS, Kirkham J, Newton H, Ismail Z, Elbayoumi H, Leung RH, Seitz DP. Meta-Analysis of the Prevalence of Major Depressive Disorder Among Older Adults With Dementia. *J Clin Psychiatry*. 2018 Jul 31;79(5). pii: 17r11772. doi: 10.4088/JCP.17r11772
- Baldwind RC, Chiu E, Katona C, Graham N. *Guidelines on depression in older people. Practising the Evidence*. London .Martin Dunitz; 2002.
- Belvederi Murri M, Amore M, Respino M, Alexopoulos GS. The symptom network structure of depressive symptoms in late-life: Results from a European population study. *Mol Psychiatry*. 2018 Aug 31. doi: 10.1038/s41380-018-0232-0. [Epub ahead of print]
- Bennett S, Thomas AJ. Depression and dementia: cause, consequence or coincidence? *Maturitas*. 2014 Oct;79(2):184-90. doi: 10.1016/j.maturitas.2014.05.009. Epub 2014 May 29.
- Bernardo M, González-Pinto A, Urretavizcaya M. *Consenso Español sobre la terapia electroconvulsiva*. 2018. Sociedad Española de Psiquiatría Biológica
- Berrios GE. "Depressive pseudodementia" or "Melancholic dementia": a 19th century view. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1985; 48:393-400.
- Bradley B, Backus D, Gray E. Depression in the older adult: What should be considered? *Ment Health Clin*. 2016 Aug 31;6(5):222-228. doi: 10.9740/mhc.2016.09.222.
- Brühl KG, ¿Qué capacidad tienen los enfermeros y los auxiliares de enfermería para reconocer y tratar la depresión en las personas mayores? *Informaciones Psiquiátricas* 2009. Número 195-196
- Burroughs H, Lovell K, Morley M, Baldwin R, Burns A, Chew-Graham C. 'Justifiable depression': how primary care professionals and patients view late-life depression? a qualitative study *Family Practice* 2006, Vol: 23, 3:369-377
- Camus V, Katona C, De Mendonça Lima CA, Abdel-HakamAM, Graham N, Baldwin R, et al; World Psychiatric Association section on old age psychiatry. Teaching and training in old age psychiatry: a general survey of the World Psychiatric Association member societies. *Int J Geriatr Psychiatry* 2003; 18: 694-9
- Cervilla, J. Síndromes Depresivos. En: *Psiquiatría Geriátrica* . Edts: Agüera, L, Cervilla J, Martián M. Editorial Masson 2006. pp 409-435
- Conejero I, Olié E, Courtet P, Calati R. Suicide in older adults: current perspectives. *Clin Interv Aging*. 2018; 13:691-699.
- Contreras-fernandez F. Tratamiento de la depresión psicótica: *Psiquiatría Biológica*.. 2004 (4) 11; 144-153.
- Cornett PF, Hall JR. Issues in disclosing a diagnosis of dementia. *Arch Clin Neuropsychol*. 2008; 23(3):251-256.
- Costa FH, Rosso AL, Maultasch H, Nicaretta DH, Vincent MB. Depression in Parkinson's disease: diagnosis and treatment. *Arq Neuropsiquiatr*. 2012 Aug;70(8):617-20.
- Cristancho MA, Helmer A, Connolly R, Cristancho P, O'Reardon JP. Transcranial magnetic stimulation maintenance as a substitute for maintenance electroconvulsive therapy: a case series. *J ECT*. 2013;29(2):106-8. doi:10.1097/YCT.0b013e31827a70ba.
- Cuevas-Esteban J, Iglesias- González M, Rubio-Valera M, Serra-Mestres J, Serrano-Blanco A, Baladon L. Prevalence and characteristics of catatonia on admission to an acute geriatric psychiatry ward. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*. 2017 Aug 1;78:27-33.
- Cuevas-Esteban J, Baladón L, Rodríguez MJ, Fernández A, Fusté-Boadella M, Díaz D, Bareda V. Formación en psicogeriatría en España: opinión de tutores y residentes de Psiquiatría. *Psicogeriatría* 2012; 4 (1): 39-49
- Currier MB, Murray GB, Welch CC. Electroconvulsive therapy for post-stroke depressed geriatric patients. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*. 1992;4(2):140-4. doi:10.1176/jnp.4.2.140.
- Diniz BS. The Molecular Intersection Between Senescence and Major Depression in the Elderly. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2018 Jul 24. pii: S1064-7481(18)30415-9. doi: 10.1016/j.jagp.2018.07.005. [Epub ahead of print]
- Disabato BM, Morris C, Hranilovich J, et al. Comparison of brain structural variables, neuropsychological factors, and treatment outcome in early-onset versus late-onset late-life depression. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2013; 22(10):1039-1046.

- Erlangsen A, Stenager E, Conwell Y. Physical diseases as predictors of suicide in older adults: a nationwide, register-based cohort study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*; 50(9):1427-1439.
- Fässberg MM, Cheung G, Canetto SS, et al. A systematic review of physical illness, functional disability, and suicidal behaviour among older adults. *Aging Ment Health*. 2016;20(2):166-194.
- Flint AJ, Rifat SL. Two-year outcome of psychotic depression in late life. *Am J Psychiatry*. 1998 Feb;155(2):178-83.
- Frazer CJ, Christensen H, Griffiths KM. Effectiveness of treatments for depression in older people. *Med J Aust*. 2005 Jun 20;182(12):627-32.
- Garner J. Psychotherapies and older adults. *Aust N Z J Psychiatry*. 2003 Oct;37(5):537-48
- Geduldig ET, Kellner CH. Electroconvulsive Therapy in the Elderly: New Findings in Geriatric Depression. *Curr Psychiatry Rep*. 2016;18(4):1-6. doi:10.1007/s11920-016-0674-5.
- Glass OM, Forester BP, Hermida AP. Electroconvulsive therapy (ECT) for treating agitation in dementia (major neurocognitive disorder) – a promising option. *Int Psychogeriatrics*. 2017;29(5):717-26. doi:10.1017/S1041610216002258.
- Gournellis R, Oulis P, Howard R. Psychotic major depression in older people: a systematic review. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2014 Aug;29(8):789-96.
- Grayson L, Thomas A. A systematic review comparing clinical features in early
- Gustafson L, Burns A, Katona C, Bertolote JM, Camus V, Copeland JR, et al; European Association of Geriatric Psychiatry. Skill-based objectives for specialist training in old age psychiatry. *Int J Geriatr Psychiatry* 2003; 18: 686-93.
- Haigh EAP, Bogucki OE, Sigmon ST, Blazer DG. Depression Among Older Adults: A 20-Year Update on Five Common Myths and Misconceptions. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2018; 26(1):107-122.
- Hall CA, Reynolds CF. Late-life depression in the primary care setting: challenges, collaborative care, and prevention. *Maturitas*. 2014 Oct;79(2):147-52. doi: 10.1016/j.maturitas.2014.05.026. Epub 2014 Jun 7.
- Hyett MP, Parker GB, Proudfoot J, Fletcher K. Examining age effects on prototypic melancholic symptoms as a strategy for refining definition of melancholia *J Affect Disord*. 2008 Jul;109(1-2):193-7.
- Jääskeläinen EI, Juola TI, Korpela H et al. Epidemiology of psychotic depression - systematic review and meta-analysis. *Psychol Med*. 2018 Apr;48(6):905-918.
- John A, Patel U, Rusted J, Richards M, Gaysina D. Affective problems and decline in cognitive state in older adults: a systematic review and meta-analysis. *Psychol Med*. 2018 May 24;1-13. doi: 10.1017/S0033291718001137. [Epub ahead of print]
- Joo J, Hwang S, Gallo JJ. Death Ideation and Suicidal Ideation in a Community Sample Who Do Not Meet Criteria for Major Depression. *Crisis*. 2016; 37(2):161-165.
- Kellner CH, Knapp R, Husain MM, Rasmussen K, Sampson S, Cullum M, et al. Bifrontal, bitemporal and right unilateral electrode placement in ECT: Randomised trial. *Br J Psychiatry*. 2010;196(3):226-34. doi:10.1192/bjp.bp.109.066183
- Kok RM, Reynolds CF 3rd. Management of Depression in Older Adults: A Review. *JAMA*. 2017 May 23;317(20):2114-2122. doi: 10.1001/jama.2017.5706.
- Lee SM, Roen K, Thornton A. The psychological impact of a diagnosis of Alzheimer's disease. *Dementia (London)*. 2014;13(3):289-305.
- Lutz J, Fiske A. Functional disability and suicidal behavior in middle-aged and older adults: A systematic critical review. *J Affect Disord*. 2018; 227:260-271.
- Martín Carrasco M, Agüera Ortiz L, Caballero-Martinez L, Cervilla Ballesteros J, Menchon-Magrina JM, Montejo González AL, et al. Consenso de la Sociedad Española de Psicogeriatría sobre la depresión en el anciano. *Psicogeriatría*. 2011;3(2):55-65.
- McDonald AJD. Do general practitioners "miss" depression in elderly patients? *British Medical Journal* 1986, 292, 1365
- Menza M, Dobkin RD, Marin H, Mark MH, Gara M, Buyske S, et al. A controlled trial of antidepressants in patients with Parkinson disease and depression. *Neurology*. 2009 Mar 10;72(10):886-92. doi:10.1212/01.wnl.0000336340.89821.b3.
- Mitchell A.J, Rao S., Vaze A. Do Primary Care Physicians Have Particular Difficulty Identifying Late-Life Depression? A Meta-Analysis Stratified by Age. *Psychother Psychosom* 2010;79:285-294
- Mukai Y, Tampi RR. Treatment of depression in the elderly: a review of the recent literature on the efficacy of single- versus dual-action antidepressants. *Clin Ther*. 2009 May;31(5):945-61. doi: 10.1016/j.clinthera.2009.05.016
- Mulsant BH, Blumberger DM, Ismail Z, Rabheru K, Rapoport MJ. A systematic approach to the pharmacotherapy of geriatric major depression. *Clin Geriatr Med*. 2014 Aug;30(3):517-34. doi: 10.1016/j.cger.2014.05.002. Epub 2014 Jun 14.
- Navarro VI, Gastó C, Torres X, Masana G, Penadés R, Guarch J, Vázquez M, Serra M, Pujol N, Pintor L, Catalán R. Continuation/maintenance treatment with nortriptyline versus combined nortriptyline and ECT in late-life psychotic depression: a two-year randomized study. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2008 Jun;16(6):498-505
- O.M.S.: CIE-10. Trastornos Mentales y del Comportamiento. Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades. Descripciones Clínicas y pautas para el diagnóstico. Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 1992.
- Oberaigner W, Sperner-Unterweger B, Fiegl M, et al. Increased suicide risk in cancer patients in Tyrol/Austria. *Gen Hosp Psychiatry*. 2014; 36(5):483-487.
- Olin JT, Schneider LS, Katz IR, Meyers BS, Alexopoulos GS, Breitner JC, Bruce ML, Caine ED, Cummings JL, Devanand DP, Krishnan KR, Lyketsos CG, Lyness JM, Rabins PV, Reynolds CF 3rd, Rovner BW, Steffens DC, Tariot PN, Lebowitz BD. Provisional diagnostic criteria for depression of Alzheimer disease. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2002 Mar-Apr;10(2):125-8.
- Organización Mundial de la Salud. Education in psychiatry of the elderly: a technical consensus statement (Doc.: WHO/MNH/MND/98.4). Geneva: WHO; 1998
- Parker G, Hadzi-Pavlovic D, Hickie I, Boyce P, Mitchell P, Wilhelm K, Brodaty H. Distinguishing psychotic and non-psychotic melancholia. *J Affect Disord*. 1991 Jul;22(3):135-48
- Pelegrín-Valero C. La formación en psicogeriatría en nuestro país. *Psicogeriatría* 2009; 1: 65-6.
- Pettinati H, Mathisen K, Rosenberg J, Lynch J. Meta-Analytical Approach to Reconciling Discrepancies in Efficacy between Bilateral and Unilateral Electroconvulsive Therapy. *Convuls Ther*. 1986;2(1):7-17.

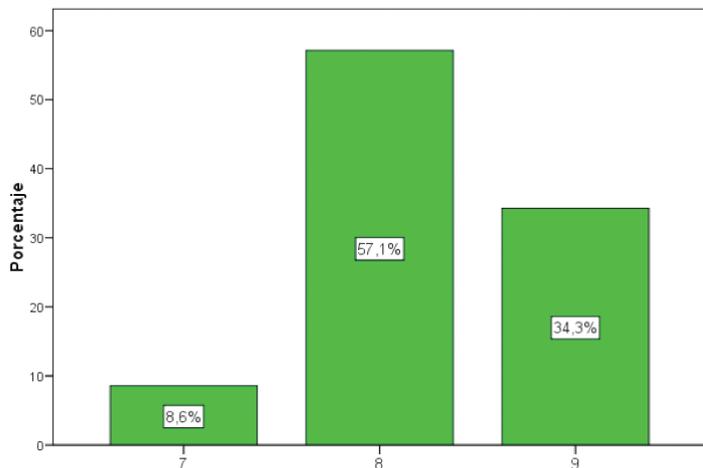
- Power C, Greene E, Lawlor BA. Depression in Late Life: Etiology, Presentation, and Management. En: Chiu H, Shulman K (eds.) *Mental Health and Illness of the Elderly. Mental Health and Illness Worldwide*. Springer (2017), Singapur.
- Price A, Rayner L, Okon-Rocha E, Evans A, Valsraj K, Higginson IJ, et al. Antidepressants for the treatment of depression in neurological disorders: a systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2011 Aug;82(8):914-23. doi: 10.1136/jnnp.2010.230862.
- Rami L, Bernardo M, Boget T, Ferrer J, Portella MJ, Gil-Verona JA, et al. Cognitive status of psychiatric patients under maintenance electroconvulsive therapy: a one-year longitudinal study. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*. 2004;16(4):465-71. doi:16/4/465 [pii]10.1176/jnp.16.4.465.
- Robinson RG, Schultz SK, Castillo C, Kopel T, Kosier JT, Newman RM, et al. Nortriptyline versus fluoxetine in the treatment of depression and in short-term recovery after stroke: a placebo-controlled, double-blind study. *Am J Psychiatry*. 2000 Mar;157(3):351-9.
- Ruiz Doblado, S. "Depresión en atención primaria: influencia de variables clínicas y sociodemográficas en la prescripción de psicofármacos". *Rev. Psiquiatría Fac. Med. Barna*, 1997; 24 (5): 119-25.
- Sackeim HA, Haskett RF, Mulsant BH, Thase ME, Mann JJ, Pettinati HM, Greenberg RM, Crowe RR, Cooper TB, Prudic J. Continuation pharmacotherapy in the prevention of relapse following electroconvulsive therapy: a randomized controlled trial. *JAMA*. 2001 Mar 14;285(10):1299-307.
- Sánchez-Pérez M. La Terapia Electroconvulsiva en el tratamiento de la depresión en pacientes con demencia. *INTER-SIQUIS* 2003; (2003), <http://www.psiquiatria.com/articulos/psicogeriatría/neuropsiquiatría/demencias/10051/>
- Schwarzbach M et al. A comparison of GP and GDS diagnosis of depression in late life among multimorbid patients – Results of the MultiCare study. *Journal of Affective Disorders* 168 (2014)276–283
- Sheline YI, Pieper CF, Barch DM, Welsh-Bohmer K, McKinstry RC, MacFall JR, et al. Support for the vascular depression hypothesis in late-life depression: results of a 2-site, prospective, antidepressant treatment trial. *Arch Gen Psychiatry*. 2010 Mar;67(3):277-85. doi:10.1001/archgenpsychiatry.2009.204. Erratum in: *Arch Gen Psychiatry*. 2010 Oct;67(10):1043.
- Sneed JR, Reinlieb ME, Rutherford BR, Miyazaki M, Fitzsimons L, Turret N, et al. Antidepressant treatment of melancholia in older adults. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2014 Jan;22(1):46-52. doi:10.1016/j.jagp.2013.02.001. Epub 2013 Oct 8.
- Sociedad Española de Psicogeriatría (SEPG). Documento de la SEPG sobre el uso de antipsicóticos en personas de edad avanzada *Psicogeriatría* 2017; 7 (Supl 1): S1-S37.
- Soysal P, Veronese N, Thompson T, et al. Relationship between depression and frailty in older adults: A systematic review and meta-analysis. *Ageing Res Rev*. 2017; 36:78-87.
- Spaans HP, Sienaert P, Bouckaert F, van den Berg JF, Verwijk E, Kho KH, et al. Speed of remission in elderly patients with depression: Electroconvulsive therapy versus medication. *Br J Psychiatry*. 2015;206(1):67-71. doi:10.1192/bjp.bp.114.148213.
- Spiker DG, Perel JM, Hanin I, Dealy RS, Griffin SJ, Soloff PH, Weiss JC. The pharmacological treatment of delusional depression: Part II. *J Clin Psychopharmacol*. 1986 Dec;6(6):339-42. Erratum in: *J Clin Psychopharmacol* 1987 Feb;7(1):A23.
- Sprung CL, Somerville MA, Radbruch L et al. Physician-Assisted Suicide and Euthanasia: Emerging Issues from a Global Perspective. *J Palliat Care*. 2018; 33(4):197-203.
- Taylor WD. Clinical practice. Depression in the elderly. *N Engl J Med*. 2014 Sep 25;371(13):1228-36. doi: 10.1056/NEJMc1402180.
- Tew JD Jr, Mulsant BH, Haskett RF, Prudic J, Thase ME, Crowe RR, et al. Acute efficacy of ECT in the treatment of major depression in the old- old. *Am J Psychiatry*. 1999;156(12):1865-70.
- Thorlund K, Druyts E, Wu P, Balijepalli C, Keohane D, Mills E. Comparative efficacy and safety of Selective Serotonin Reuptake Inhibitors and Serotonin-norepinephrine Reuptake Inhibitors in Older Adults. *J Am Geriatr Soc*. 2015;63(5):1002-1009.
- Van Orden KA, Simning A, Conwell Y, Skoog I, Waern M. Characteristics and comorbid symptoms of older adults reporting death ideation. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2013; 21(8):803-810.
- Van Schaik AM, Comijs HC, Sonnenberg CM, Beekman AT, Sienaert P, Stek ML. Efficacy and safety of continuation and maintenance electroconvulsive therapy in depressed elderly patients: a systematic review. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2012 Jan;20(1):5-17.
- VanItallie TB. Subsyndromal depression in the elderly: underdiagnosed and undertreated *Metabolism Clinical and Experimental* 54 (Suppl 1) (2005) 39– 44
- Varteresian T, Lavretsky H. Natural products and supplements for geriatric depression and cognitive disorders: an evaluation of the research. *Curr Psychiatry Rep*. 2014 Aug;16(8):456. doi: 10.1007/s11920-014-0456-x.
- Veronese N, Solmi M, Maggi S, et al. Frailty and incident depression in community-dwelling older people: results from the ELSA study. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2017; 32(12):141-149.
- Waern M, Rubenowitz E, Runeson B, et al. Burden of illness and suicide in elderly people: case-control study. *BMJ*. 2002 ;324(7350):1355.
- Wei W, Sambamoorthi U, Olfson M, Crystal S. Use of Psychotherapy for depression in older adults. *Am J Psychiatry* 2005; 162: 711-717
- Weinberger M, Roth A, Nelson Ch J. Untangling the Complexities of Depression Diagnosis in Older Cancer Patients. *The Oncologist* 2009;14:60-66
- Zervas IM, Calev A, Jandorf L, Schwartz J, Gaudino E, Tubi N, et al. Age-Dependent Effects of Electroconvulsive Therapy on Memory. *Convuls Ther*. 1993;9(1):39-42. Disponible en: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&dopt=Citation&list_uids=11941190.

Anexo

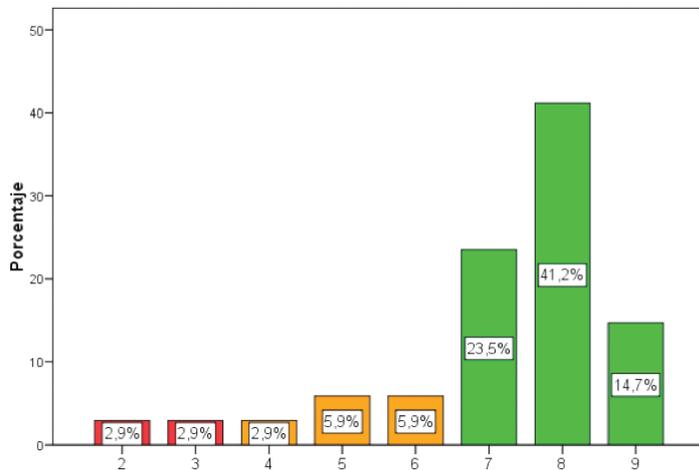
ÁREA TEMÁTICA 1.

CONCEPTOS, CLÍNICA Y FACTORES DE RIESGO

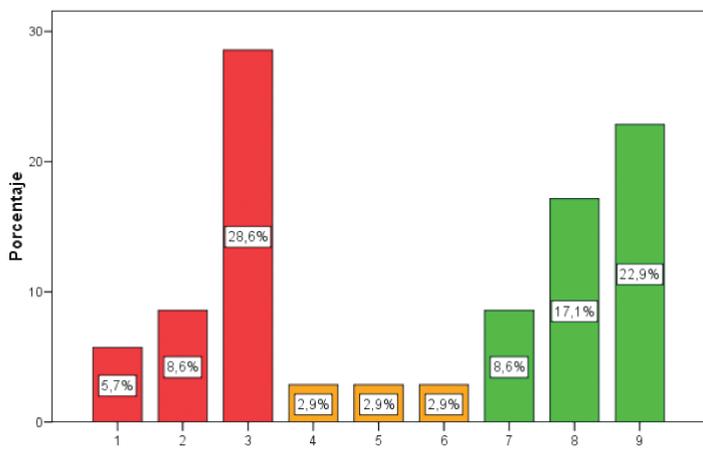
1.1. El concepto de depresión de inicio tardío (primer episodio en la vejez, frente a depresión de inicio en la edad adulta) tiene utilidad clínica en Psiquiatría



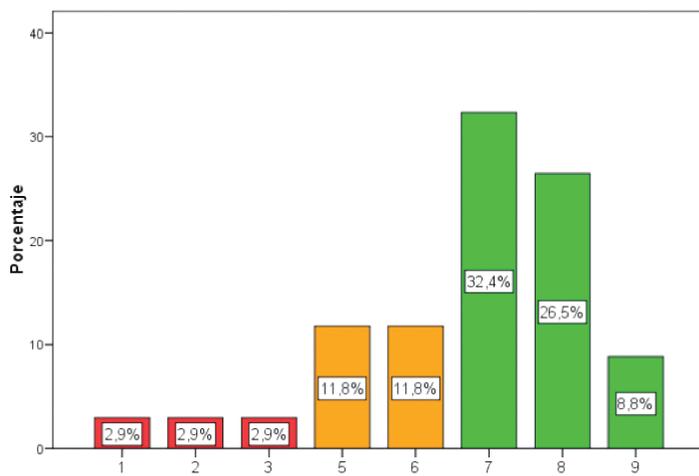
1.2. El concepto de depresión vascular tiene utilidad clínica en Psiquiatría.



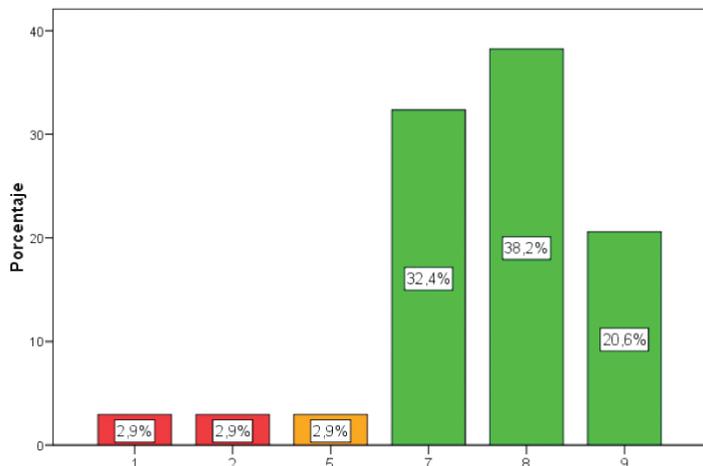
1.3. El concepto de pseudodemencia depresiva tiene utilidad clínica en Psiquiatría



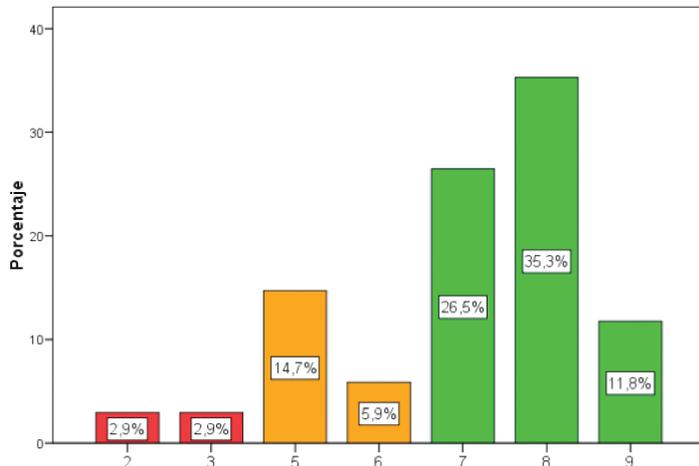
1.4. La depresión en el anciano, en comparación con el adulto, presenta de forma más específica mayores niveles de ansiedad



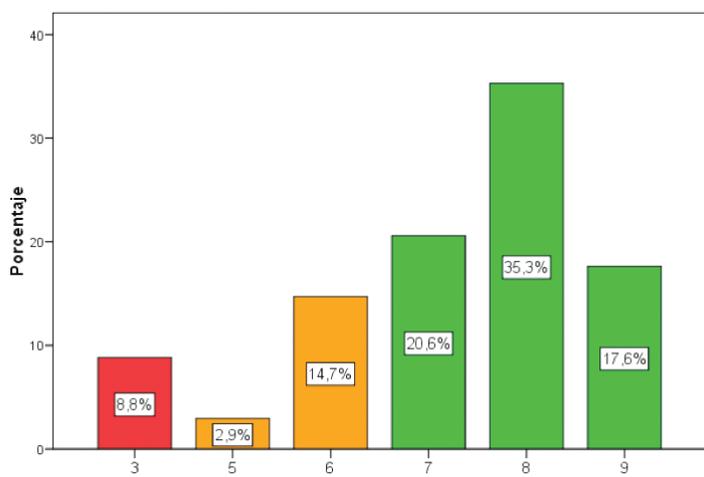
1.5. La depresión en el anciano, en comparación con el adulto, presenta de forma más específica mayores niveles de sintomatología hipocondríaca



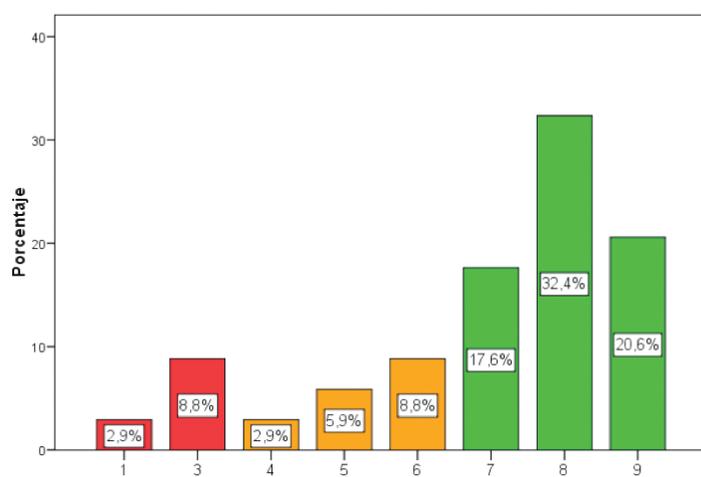
1.6. La depresión en el anciano, en comparación con el adulto, presenta de forma más específica menos expresión de tristeza



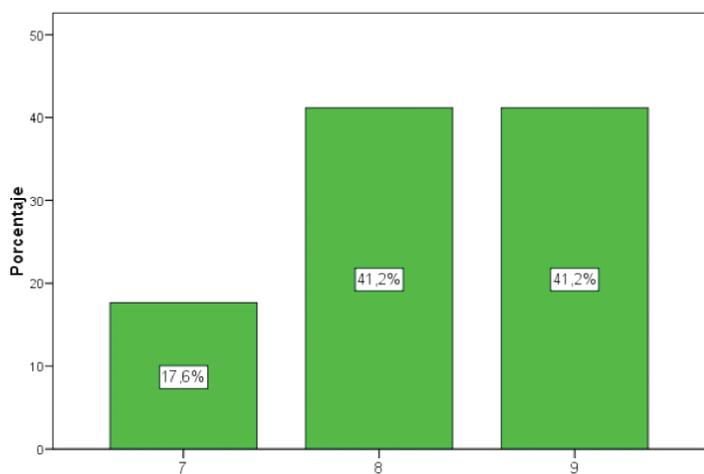
1.7. La depresión en el anciano, en comparación con el adulto, presenta de forma más específica mayores niveles de ideación suicida



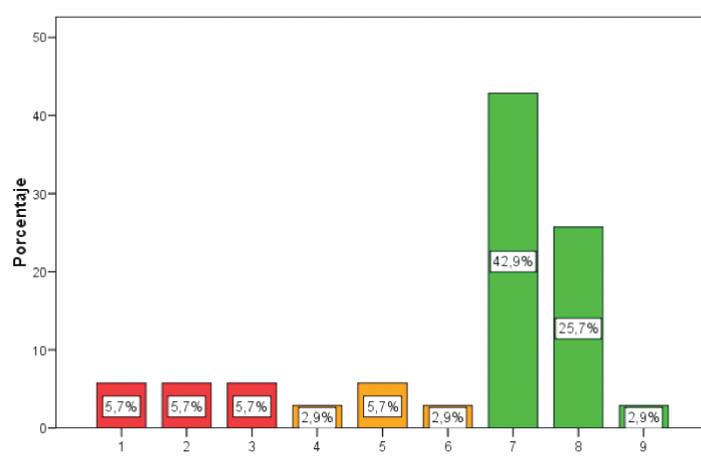
1.8. La depresión en el anciano, en comparación con el adulto, presenta de forma más específica mayor repercusión en la vida diaria



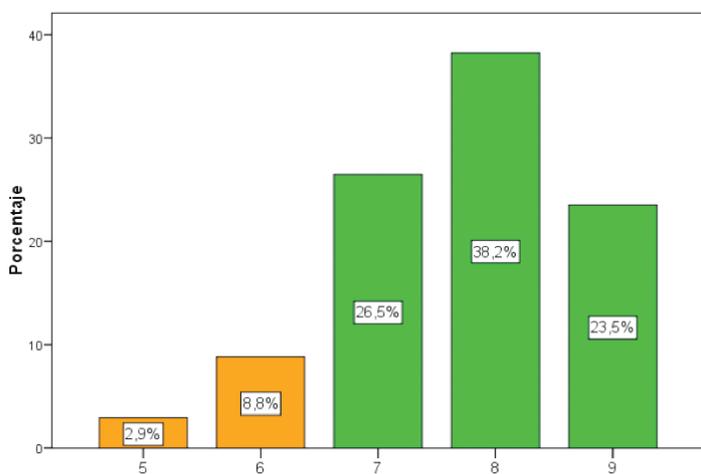
1.9. Los estados de fragilidad, en la transición de la autonomía a la dependencia, suponen un factor de riesgo significativo para la depresión en el anciano



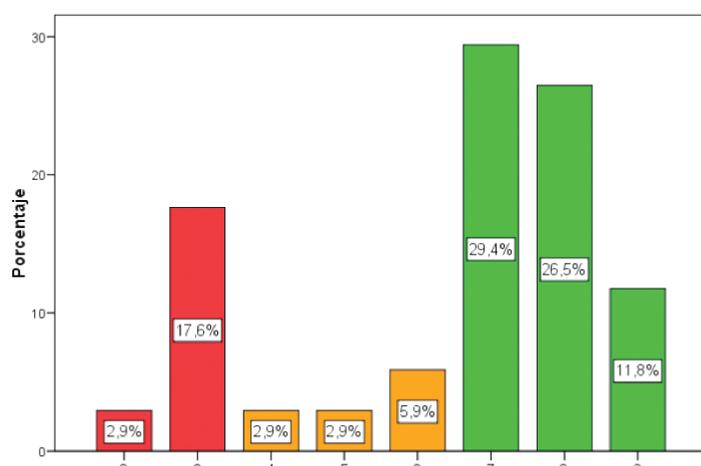
1.10. La revelación del diagnóstico de demencia es un factor de riesgo significativo para la depresión en ancianos



1.11. Las enfermedades físicas graves en ancianos constituyen un factor de riesgo de suicidio mayor en hombres que en mujeres

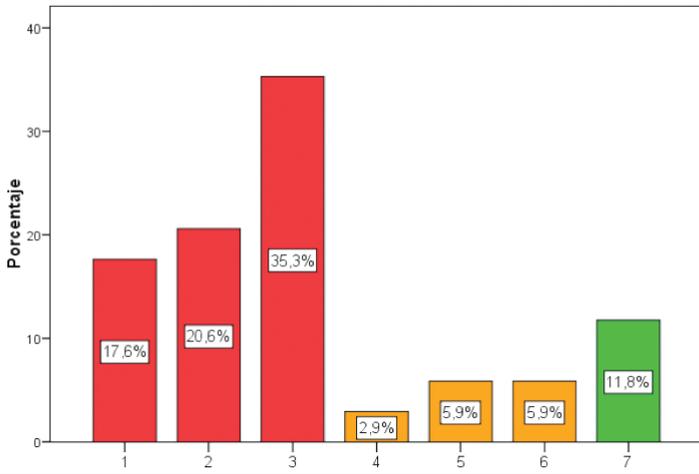


1.12. Los ancianos no deprimidos con ideas de muerte requieren atención clínica

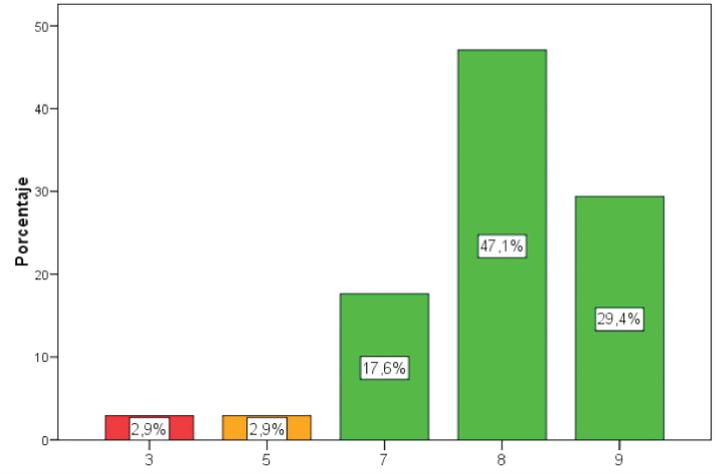


ÁREA TEMÁTICA 2. CRIBADO Y DIAGNÓSTICO DE LA DEPRESIÓN

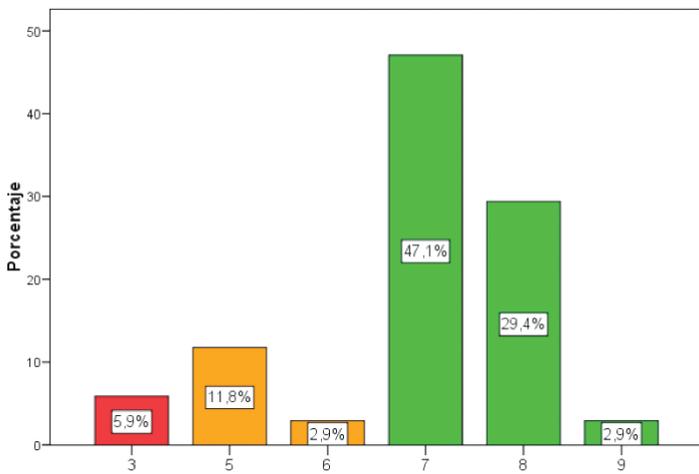
2.1. Los criterios diagnósticos de las nosologías al uso (CIE 10, DSM5) son adecuados para diagnosticar y clasificar los cuadros depresivos del anciano



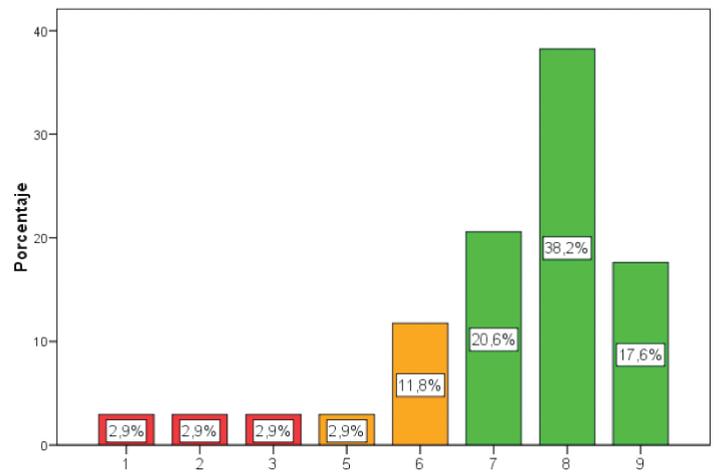
2.2. Es necesaria la existencia de criterios diagnósticos específicos de los trastornos depresivos para la población anciana.



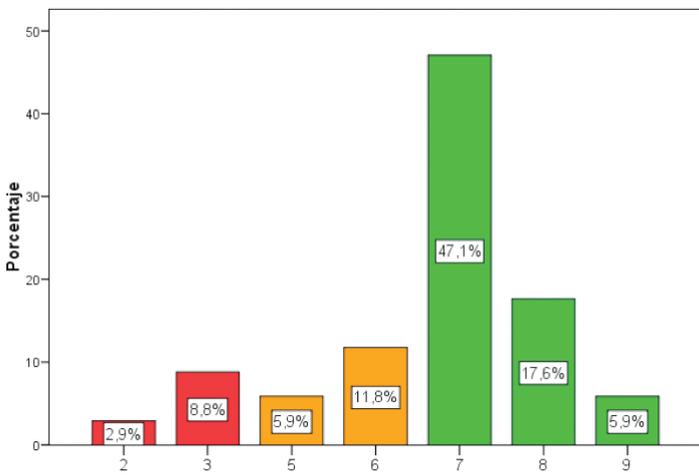
2.3. Los servicios de teleasistencia deberían incluir algún sistema de screening de depresión



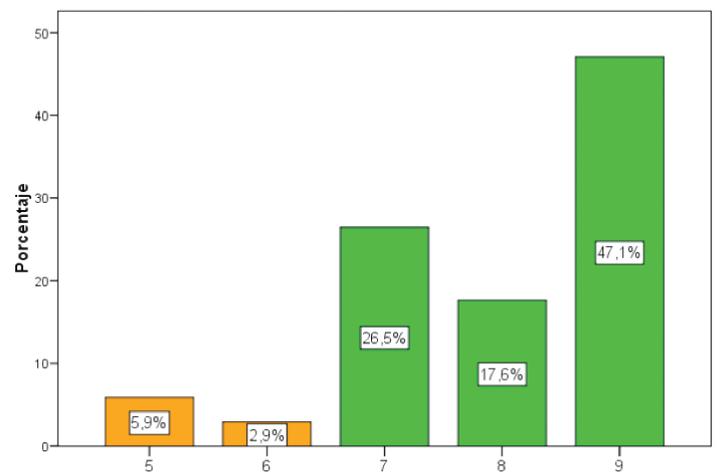
2.4. Se debe hacer un cribado sistemático de depresión a TODOS los pacientes ancianos que viven en Residencias



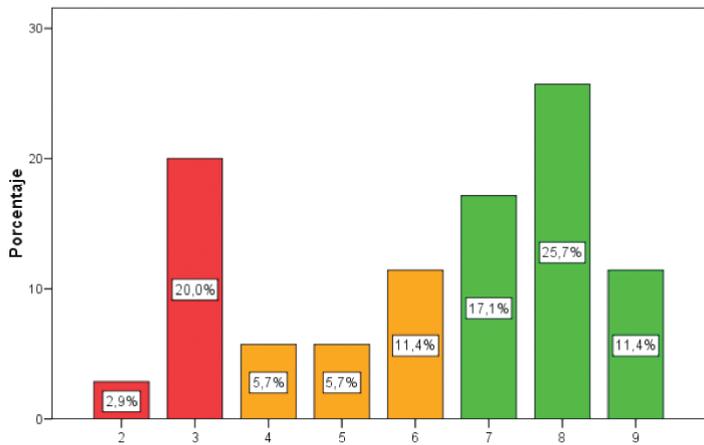
2.5. Se debe hacer un cribado sistemático de depresión a TODOS los pacientes ancianos en Atención Primaria



2.6. Todo proceso diagnóstico de un cuadro depresivo de inicio en un anciano debe incluir pruebas de laboratorio

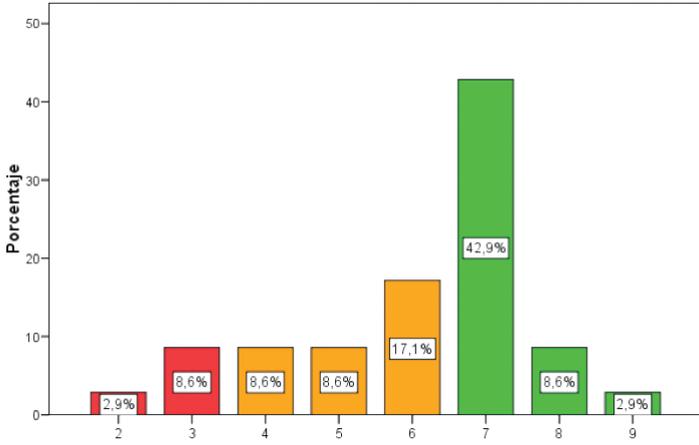


2.7. Todo proceso diagnóstico de un cuadro depresivo de inicio en un anciano debe incluir una prueba de neuroimagen

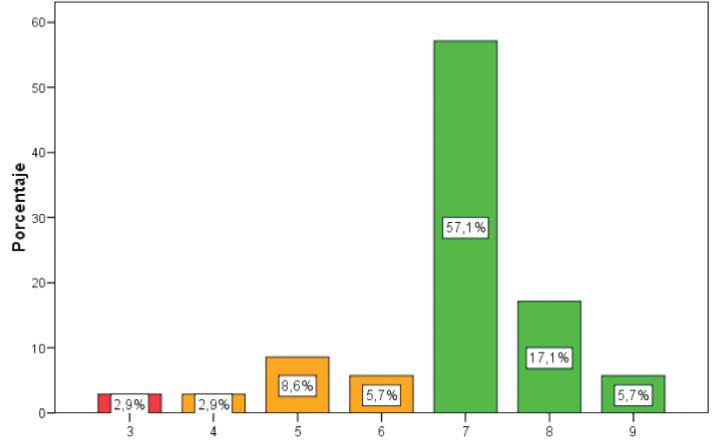


ÁREA TEMÁTICA 3. DEPRESIÓN PSICÓTICA

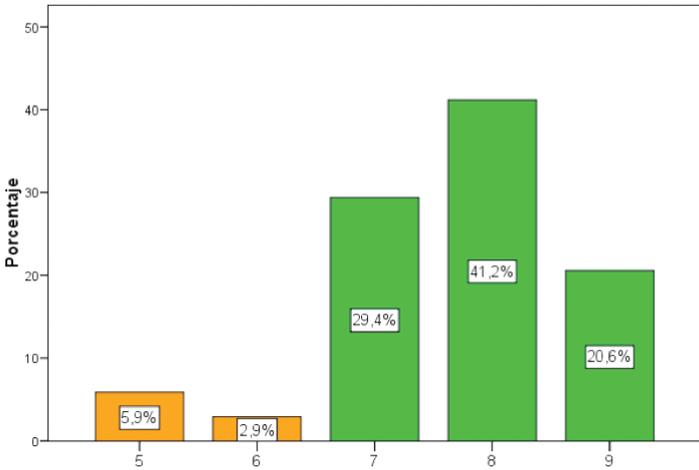
3.1. Las conductas negativistas/oposicionistas en la depresión del anciano orientan hacia la presencia de depresión psicótica



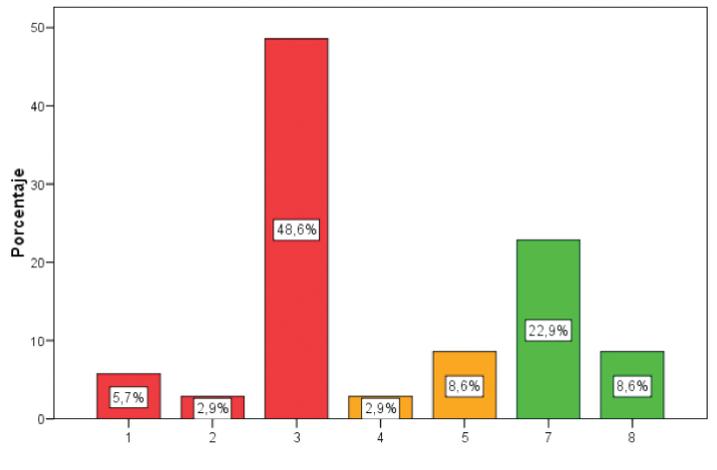
3.2. La aparición de síntomas psicóticos en la depresión del anciano confiere un mayor riesgo de evolución a demencia.



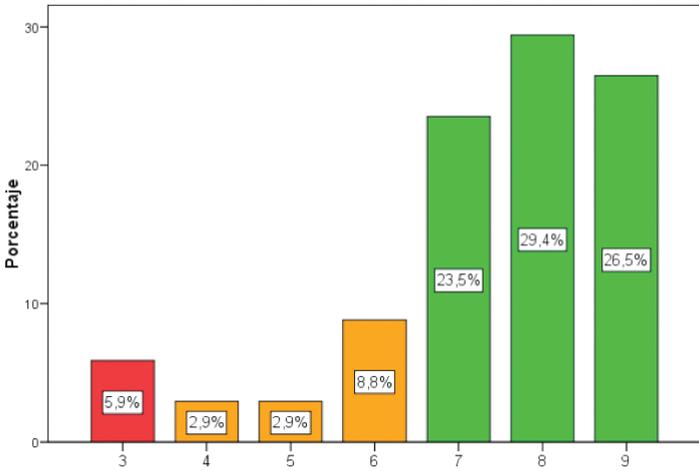
3.3. La aparición de síntomas psicóticos en la depresión en el anciano confiere un mayor riesgo de suicidio



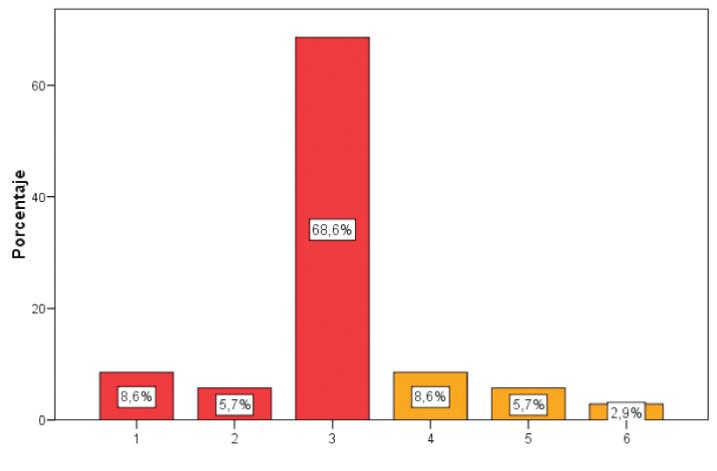
3.4. En la depresión psicótica del anciano la primera opción terapéutica es el TEC



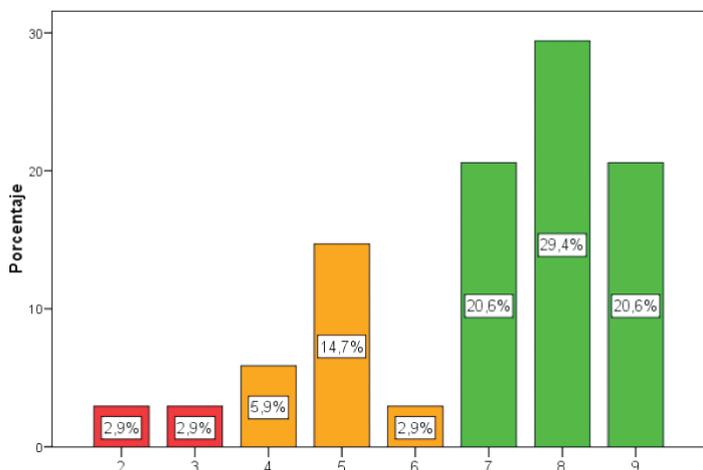
3.5. En la depresión psicótica del anciano la primera opción es la terapia combinada de antidepresivos y antipsicóticos



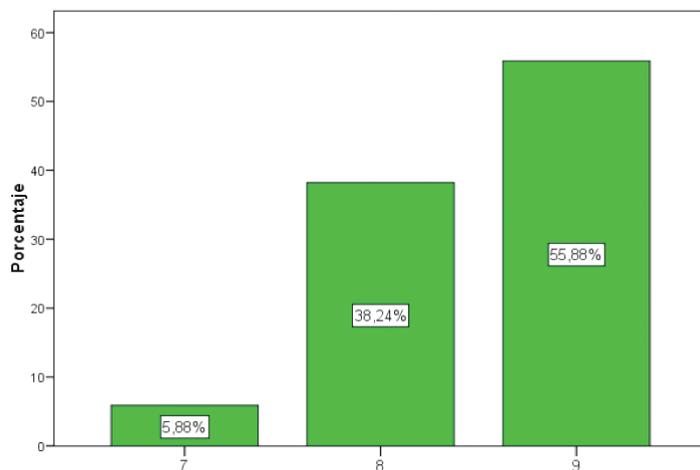
3.6. En la depresión psicótica del anciano la TEC ha de utilizarse SOLO en los casos de falta de respuesta al tratamiento farmacológico



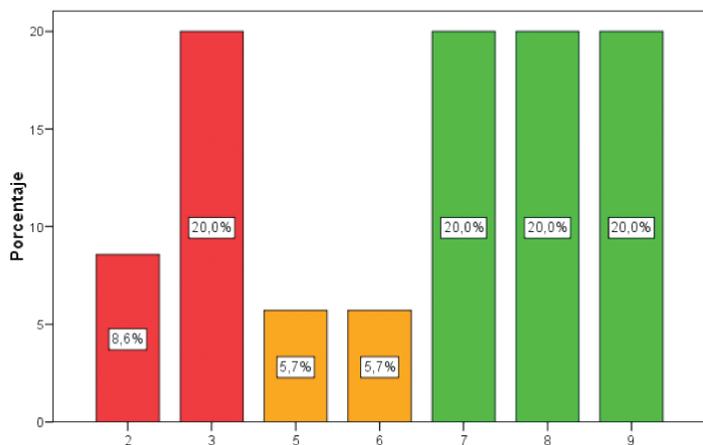
3.7. En la depresión psicótica del anciano son preferibles los antidepresivos duales frente a los ISRS



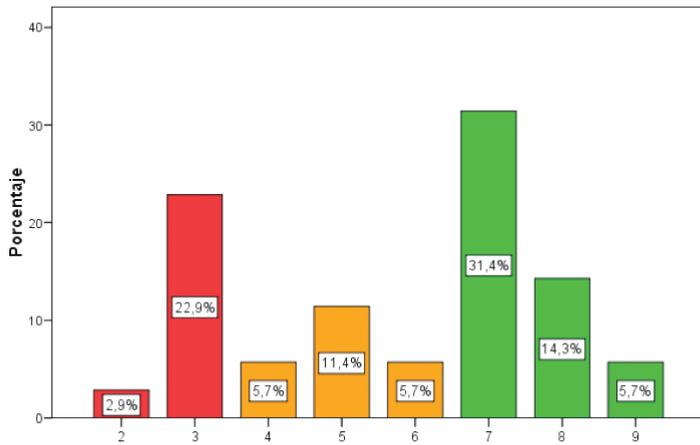
3.8. En la depresión psicótica del anciano, en caso de fracaso del tratamiento farmacológico, la TEC es la mejor opción



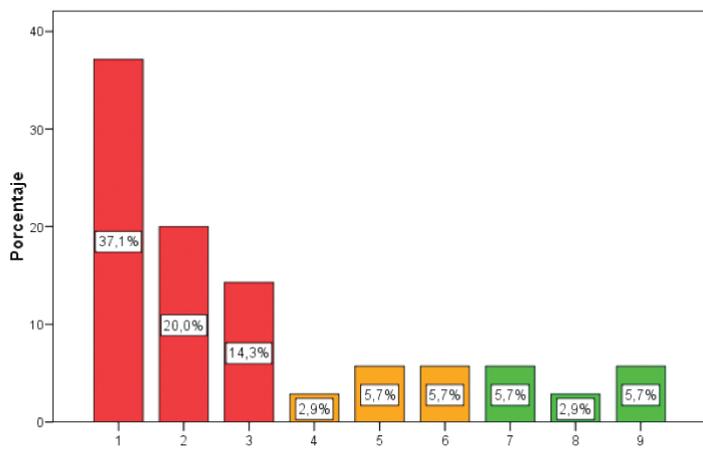
3.9. En la depresión psicótica del anciano, sin compromiso vital y que no responde al tratamiento farmacológico se ha de indicar la TEC no más tarde de las 6 semanas



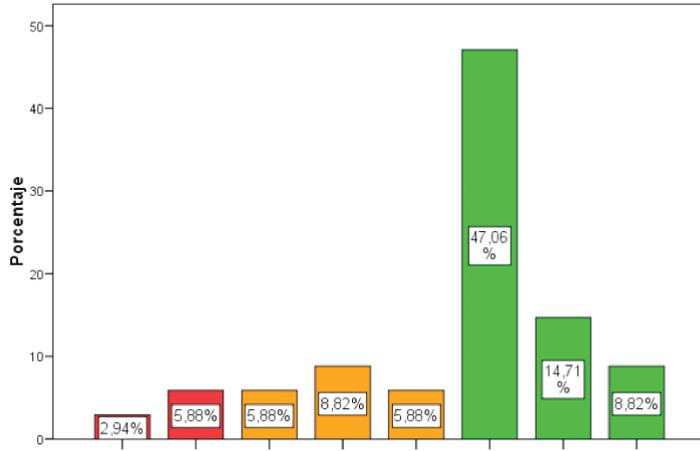
3.10. En la depresión psicótica del anciano, sin compromiso vital y que no responde al tratamiento farmacológico, se ha de indicar la TEC no más tarde de las 12 semanas



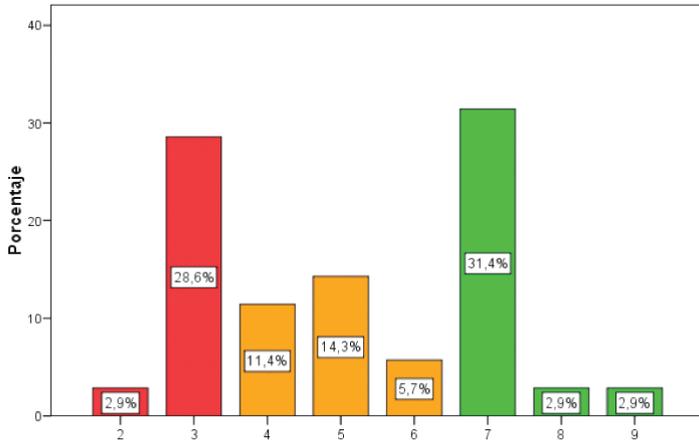
3.11. En la depresión psicótica del anciano, sin compromiso vital y que no responde al tratamiento farmacológico se ha de indicar la TEC no más tarde de las 24 semanas



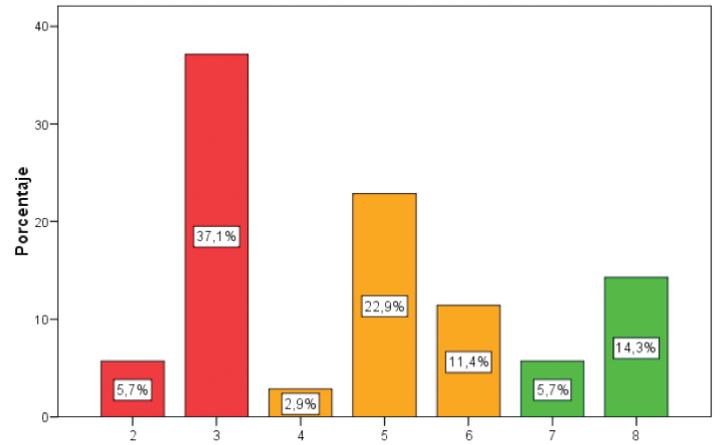
3.12. Tras buena respuesta a TEC en fase aguda, el tratamiento farmacológico mas TEC de continuación /mantenimiento es de elección como profilaxis de recaída precoz y recurrencia



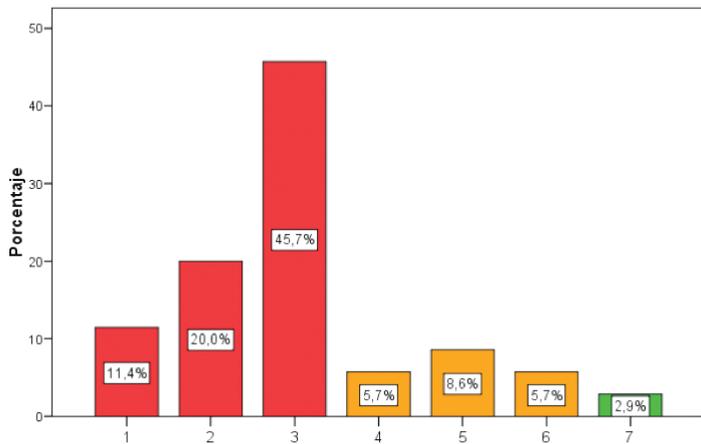
3.13. Tras buena respuesta a TEC en fase aguda, el tratamiento solo farmacológico de continuación /mantenimiento es de elección como profilaxis de recaída precoz y recurrencia



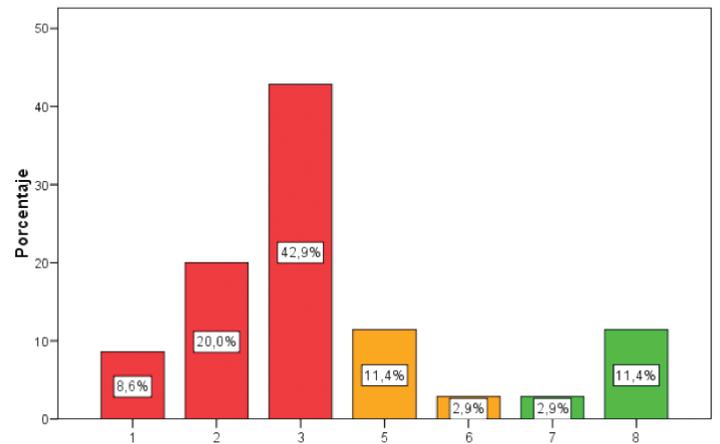
3.14. Tras buena respuesta a TEC en fase aguda, el tratamiento solo con TEC de continuación /mantenimiento es de elección como profilaxis de recaída precoz y recurrencia



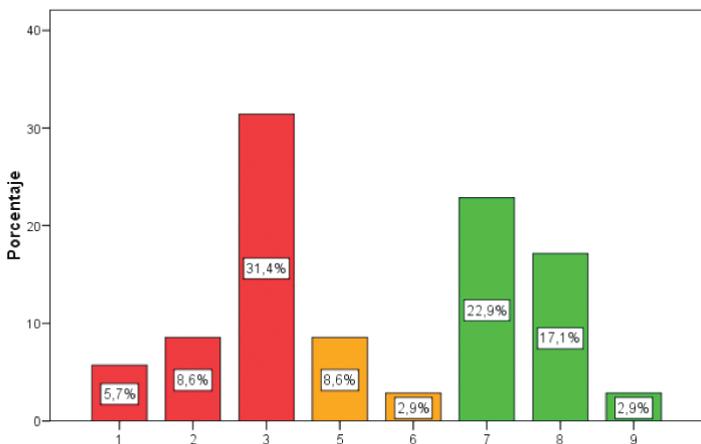
3.15. Tras buena respuesta a TEC en fase aguda, la adición de Litio al tratamiento farmacológico combinado antidepresivo-antipsicótico es de elección como profilaxis de recaída precoz y recurrencia



3.16. Durante el tratamiento de continuación/ mantenimiento de la depresión psicótica se ha de mantener el antipsicótico el mismo tiempo que el antidepresivo

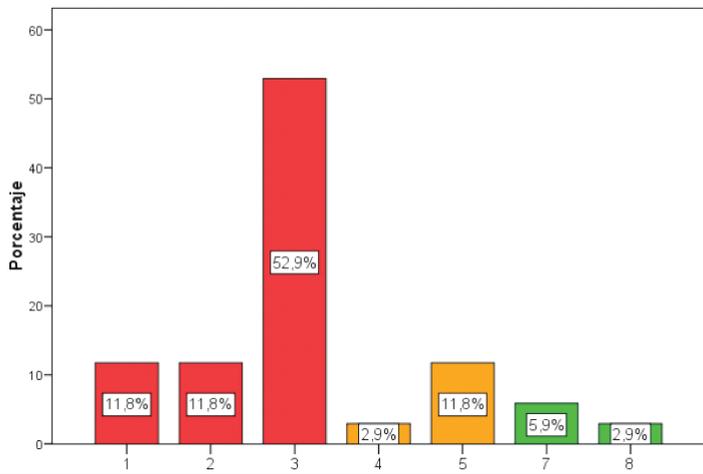


3.17. En la depresión psicótica del anciano, aunque haya habido un solo episodio, ha de mantenerse el tratamiento farmacológico de forma indefinida

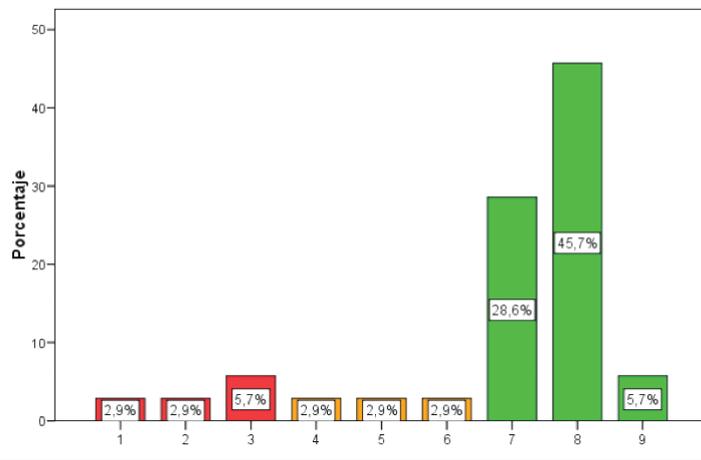


ÁREA TEMÁTICA 4. DEPRESIÓN Y DEMENCIA

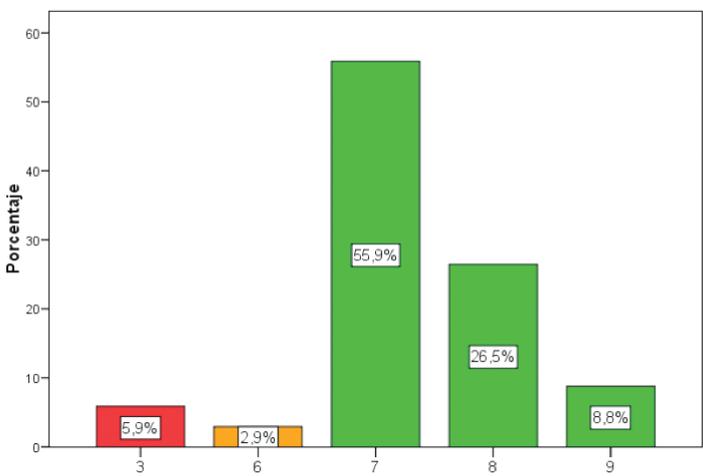
4.1. Los criterios para diagnosticar la presencia de depresión en la demencia/trastorno neurocognitivo mayor están bien definidos y son de utilidad clínica



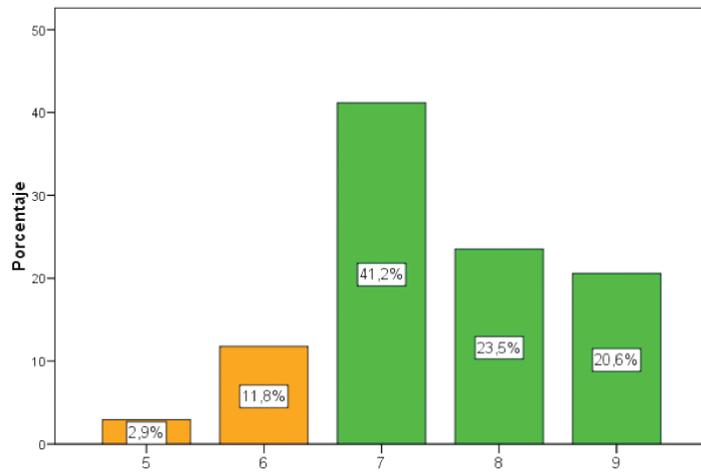
4.2. Es necesario establecer criterios diferenciados de depresión para las distintas enfermedades o entidades clínicas que pueden cursar con demencia/trastorno neurocognitivo mayor (por ejemplo, para la enfermedad de Alzheimer, la enfermedad de Parkinson,



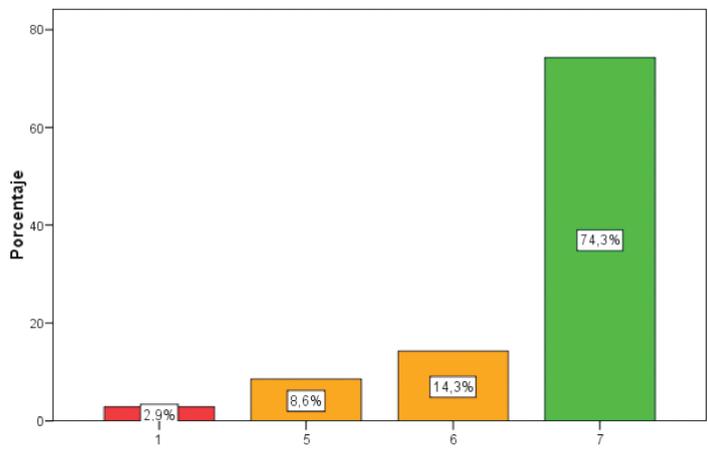
4.3. Es necesario establecer criterios diferenciados de depresión en las distintas fases del síndrome de demencia/trastorno neurocognitivo mayor



4.4. Los fármacos antidepresivos son eficaces para el tratamiento de la depresión en la demencia

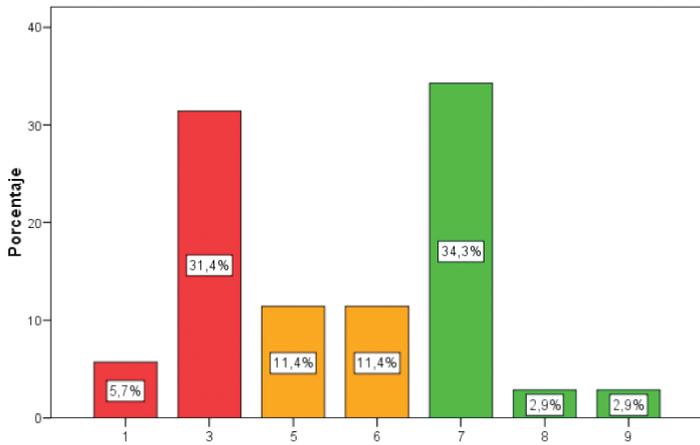


4.5. Las terapias psicológicas son eficaces para el tratamiento de la depresión en la demencia.

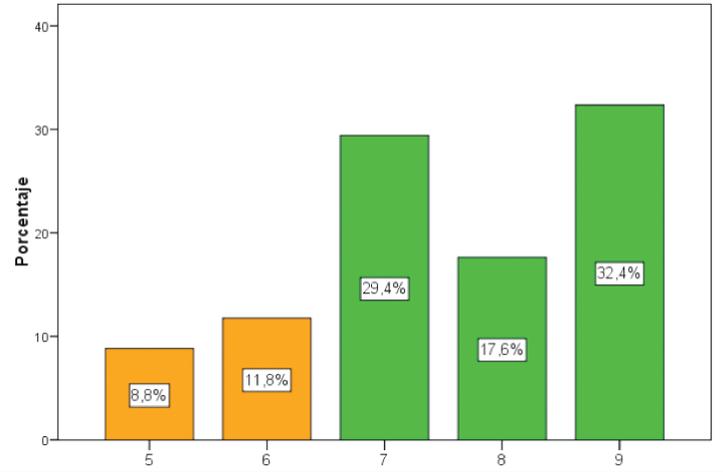


ÁREA TEMÁTICA 5. TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

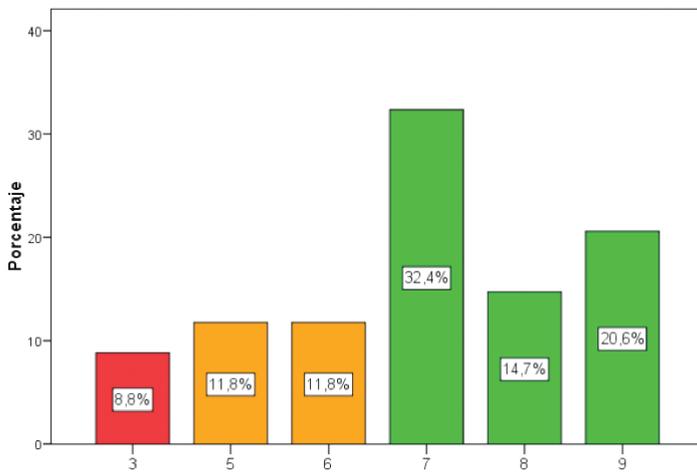
5.1. La depresión subclínica debe de ser tratada farmacológicamente



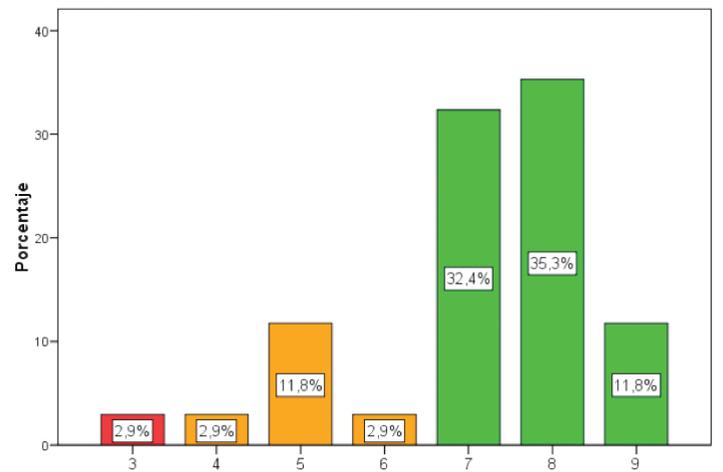
5.2. Al prescribir un antidepresivo en el anciano, se debe realizar una analítica al principio del tratamiento



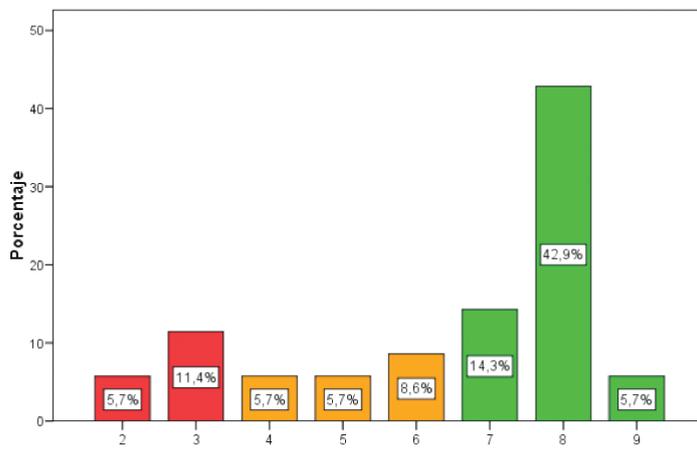
5.3. Al prescribir un antidepresivo en el anciano, se debe realizar un ECG al principio del tratamiento



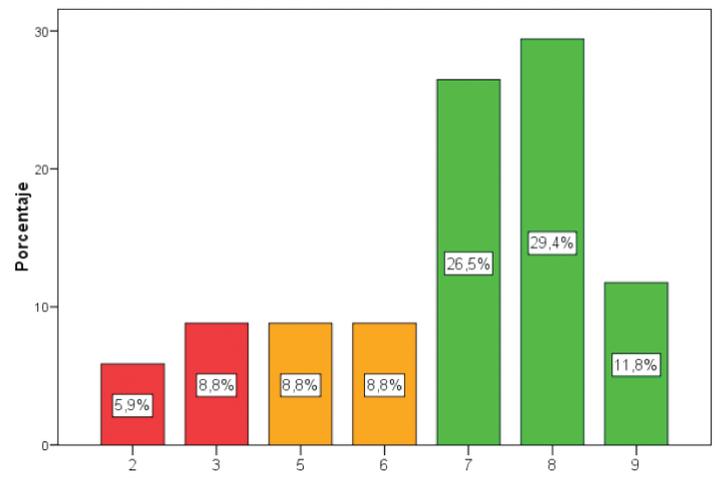
5.4. En general en el tratamiento de la depresión en el anciano los ISRS son fármacos de primera elección



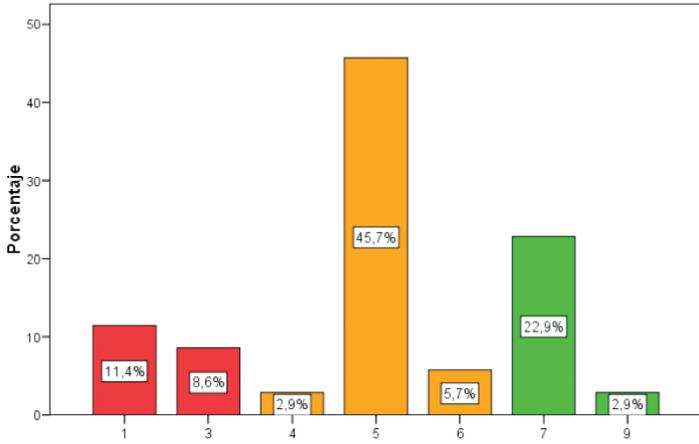
5.5. En general en el tratamiento de la depresión en el anciano los fármacos duales son fármacos de primera elección



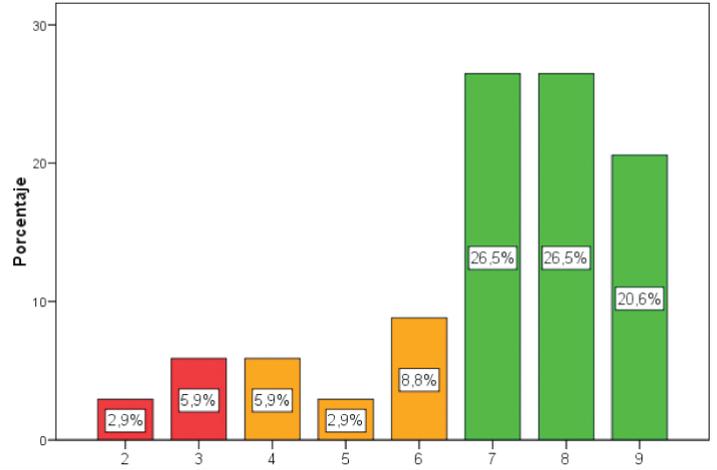
5.6. Los fármacos duales logran mayor eficacia en el tratamiento de la depresión en el anciano comparados con los ISRS.



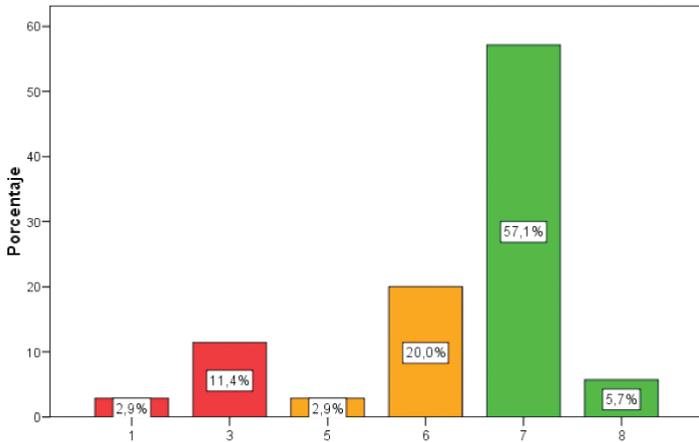
5.7. Los suplementos dietéticos (Omega 3 , DHA...) son eficaces en la mejora de la depresión del anciano



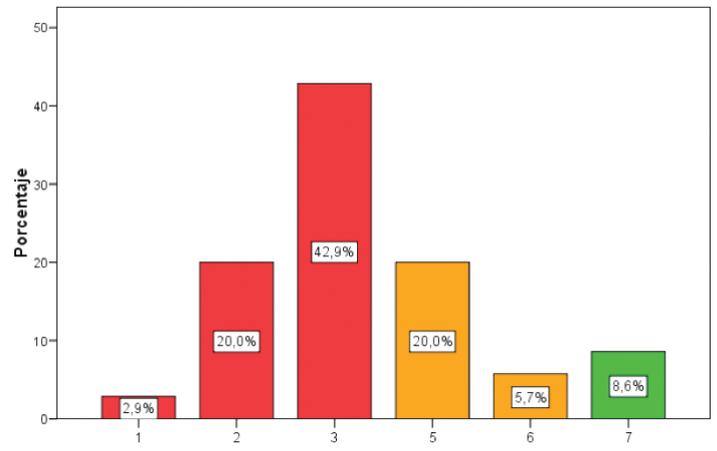
5.8. Los antidepresivos necesitan un tiempo mayor para iniciar su acción en el anciano respecto al adulto más joven



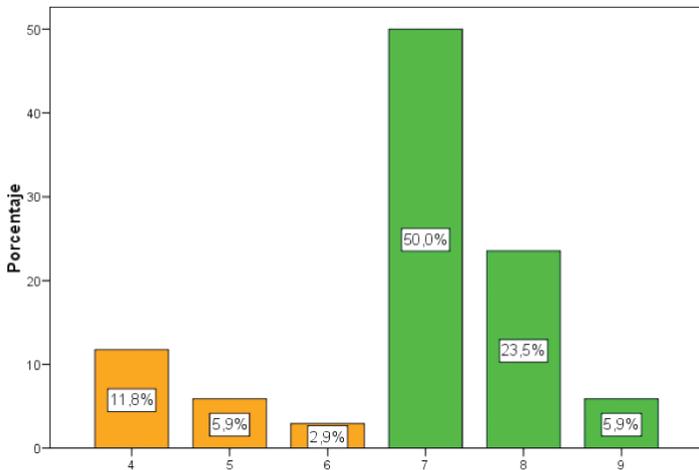
5.9. La introducción de antidepresivos incrementa el riesgo autolítico en los ancianos deprimidos al principio del tratamiento



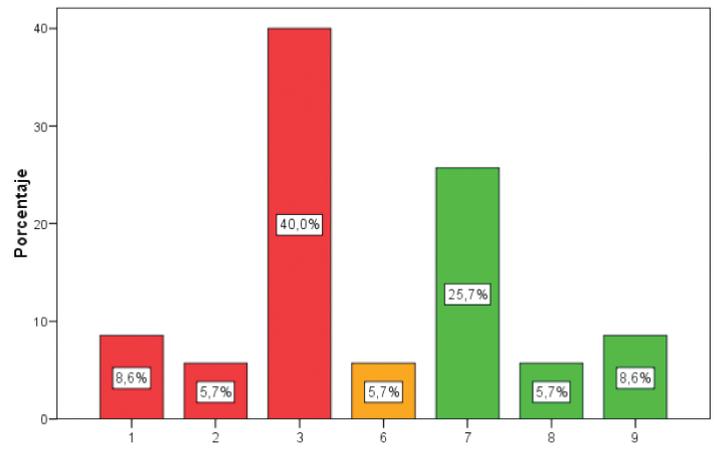
5.10. Los ancianos toleran mejor los antidepresivos duales que los ISRS



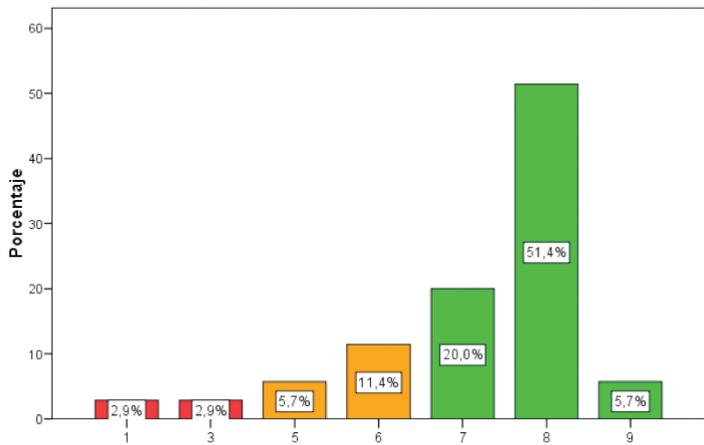
5.11. La disfunción sexual provocada por antidepresivos supone un problema en los ancianos



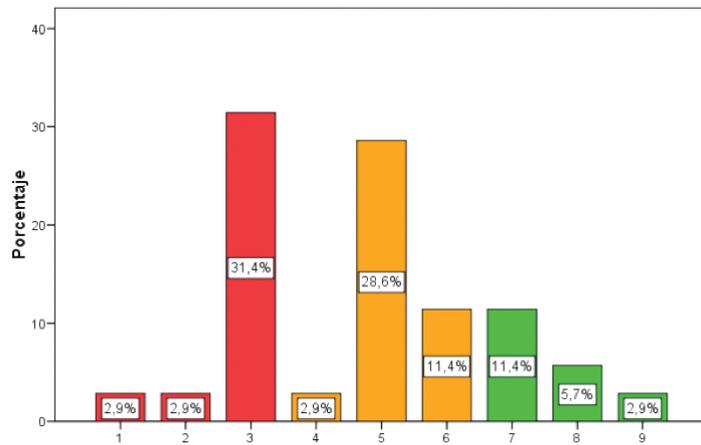
5.12. Tras un episodio depresivo en el anciano se debe mantener el tratamiento a dosis eficaz durante 6 meses



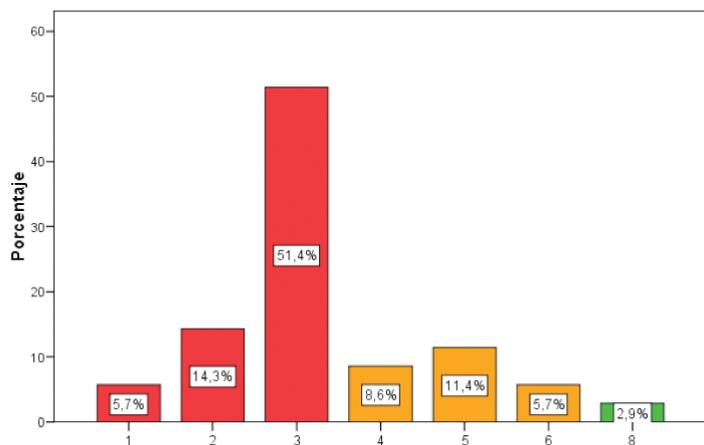
5.13. Tras un episodio depresivo en el anciano se debe mantener el tratamiento a dosis eficaz durante 1 año



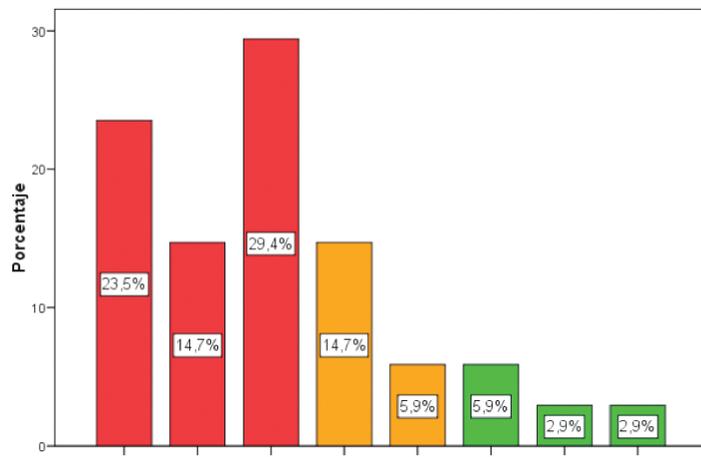
5.14. Tras un episodio depresivo en el anciano se debe mantener el tratamiento a dosis eficaz durante 2 años



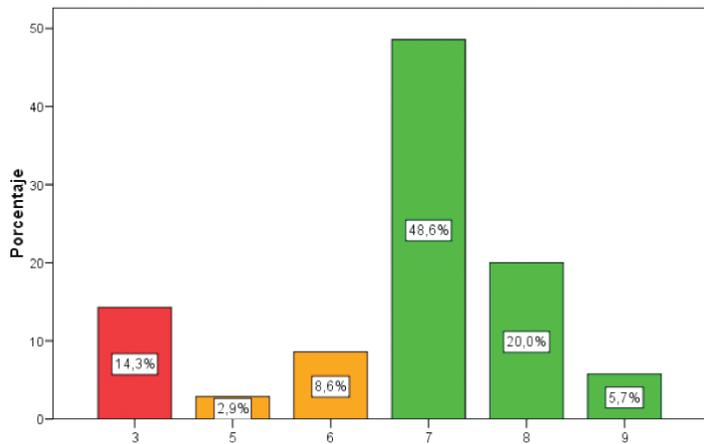
5.15. Tras un episodio depresivo en el anciano se debe mantener el tratamiento a dosis eficaz durante 3 a 4 años



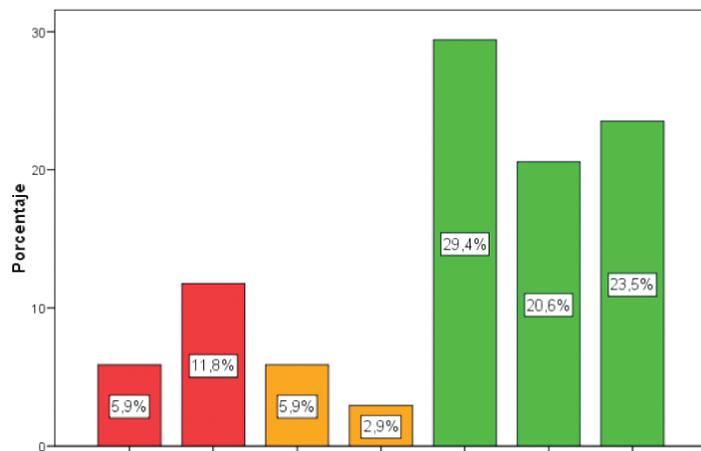
5.16. En la depresión en el anciano ha de hacerse tratamiento farmacológico indefinido a partir del primer episodio



5.17. En la depresión en el anciano ha de hacerse tratamiento farmacológico indefinido a partir del segundo episodio

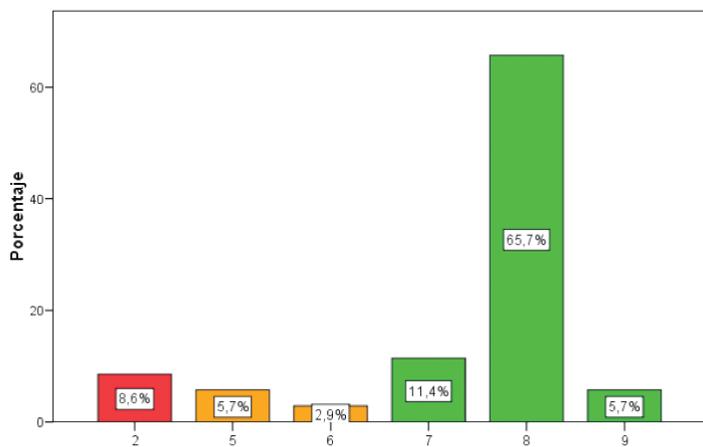


5.18. En la depresión en el anciano ha de hacerse tratamiento farmacológico indefinido a partir del tercer episodio

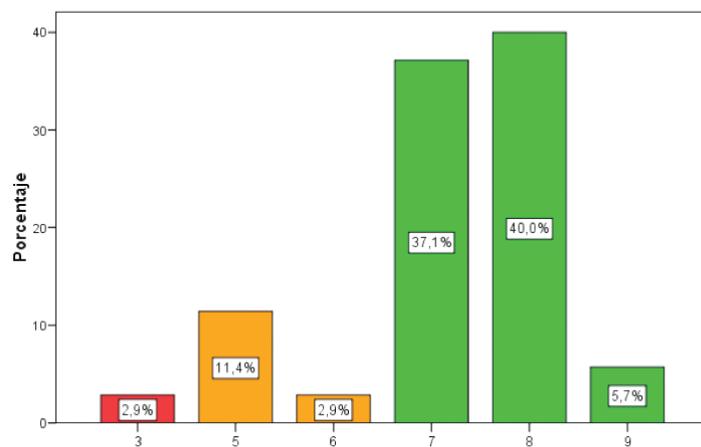


ÁREA TEMÁTICA 6. TERAPIA ELECTROCONVULSIVA Y OTROS TRATAMIENTOS BIOLÓGICOS NO FARMACOLÓGICOS

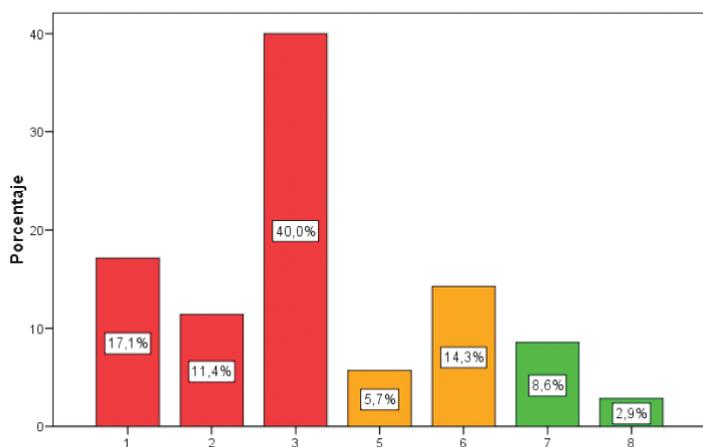
6.1. La TEC está indicada en la depresión vascular.



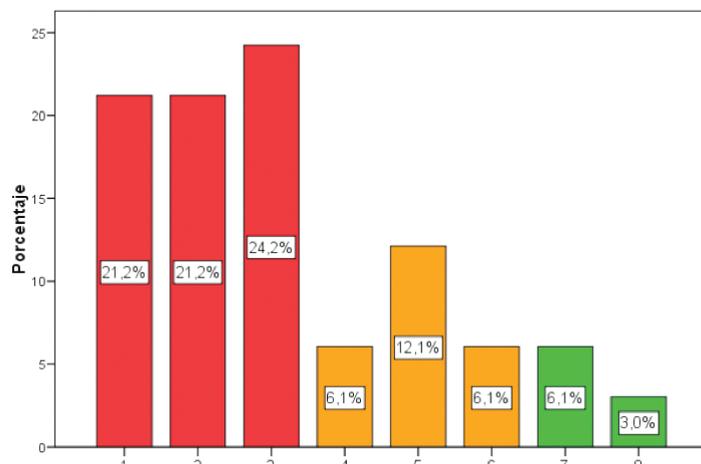
6.2. La TEC es está indicada en la depresión del anciano con demencia



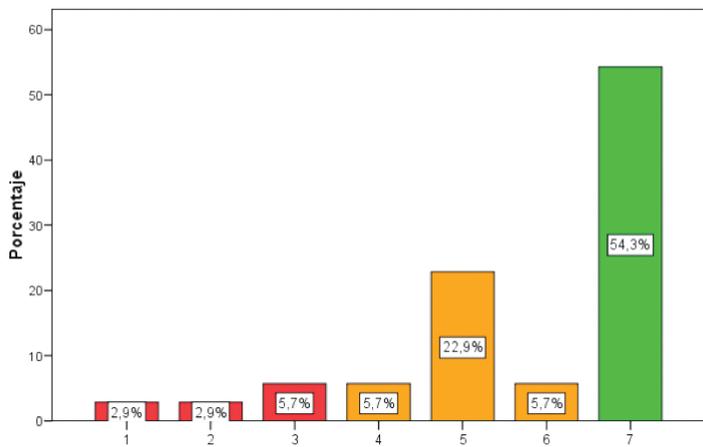
6.3. La TEC bilateral solo ha de usarse cuando la unilateral no arroja resultados satisfactorios



6.4. Los efectos cognitivos asociados a la TEC limitan significativamente su indicación en la depresión del anciano

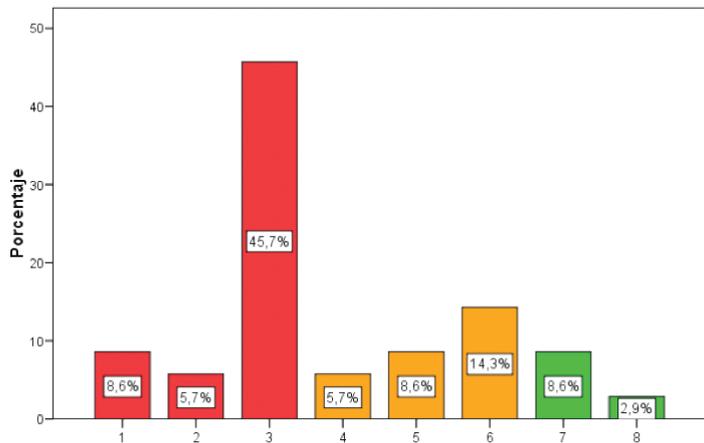


6.5. La estimulación magnética transcraneal debe ser valorada como opción terapéutica en depresión resistente del anciano

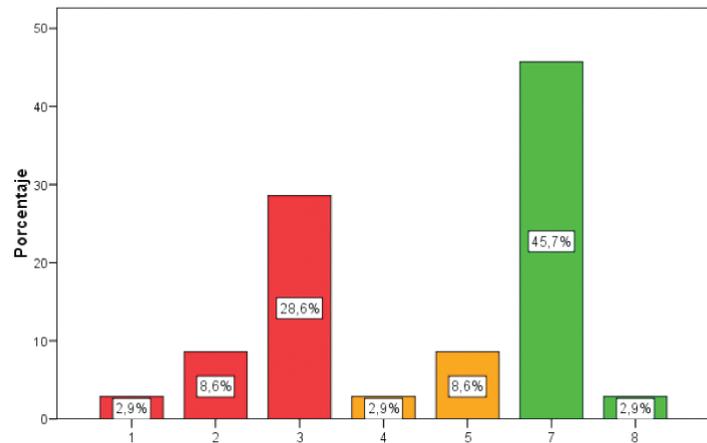


ÁREA TEMÁTICA 7. TRATAMIENTOS PSICOTERAPÉUTICOS

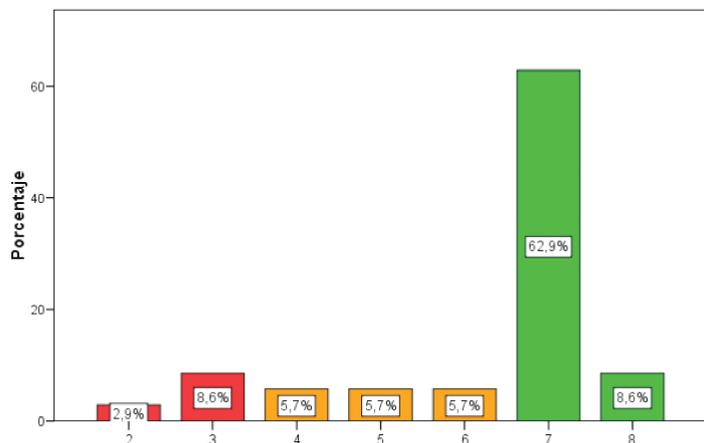
7.1. En depresión geriátrica la psicoterapia tiene una eficacia al menos igual a los tratamientos farmacológicos



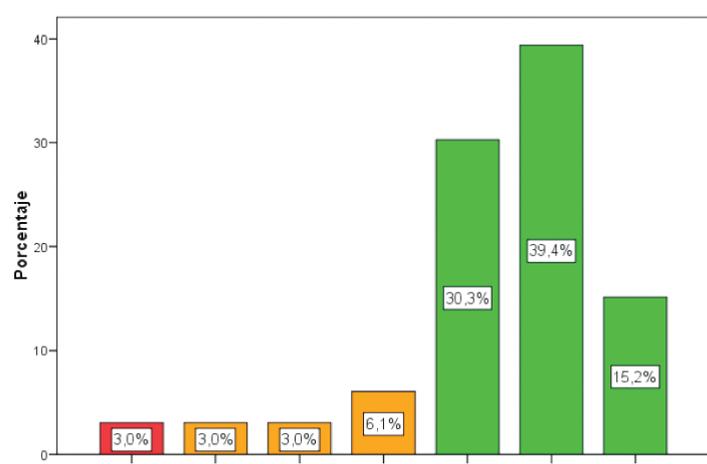
7.2. En depresión geriátrica la psicoterapia es menos eficaz en el anciano que en el adulto



7.3. En depresión geriátrica la presencia de deterioro cognitivo/demencia leve no limita la aplicación de psicoterapia

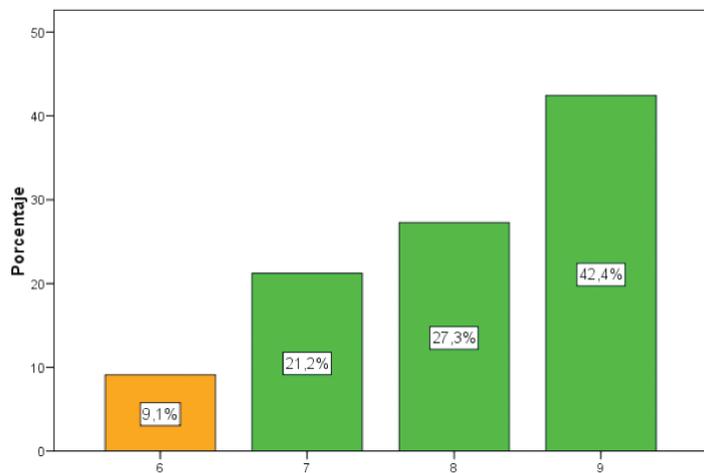


7.4. La psicoterapia es eficaz para la depresión subclínica geriátrica

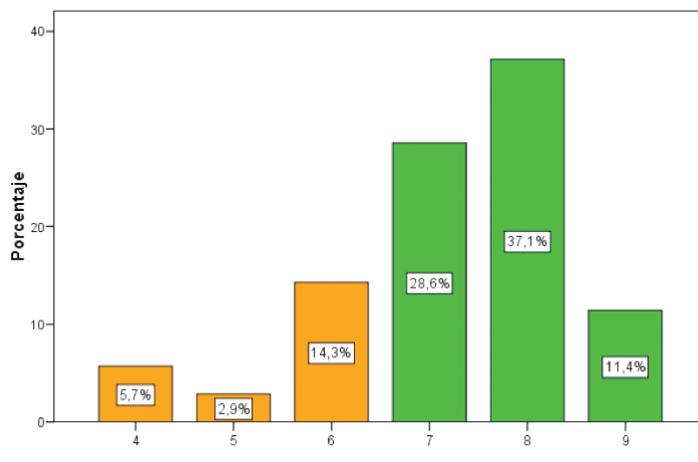


ÁREA TEMÁTICA 8. COMORBILIDAD FÍSICA Y PREVENCIÓN

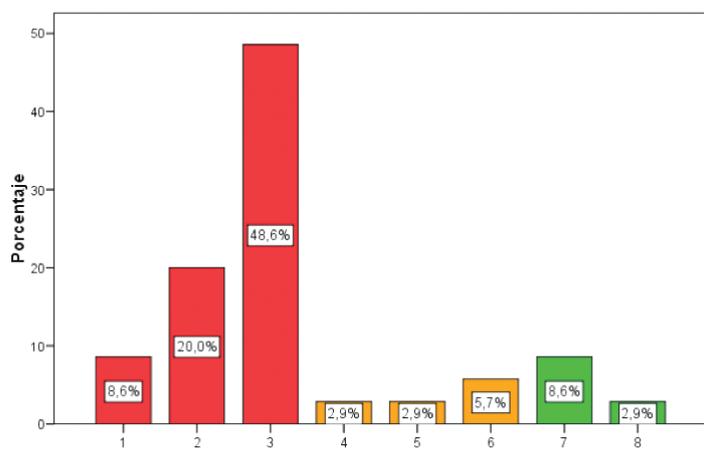
8.1. La presencia de un cuadro depresivo de inicio tardío obliga a considerar la aparición posterior de una enfermedad neurodegenerativa (demencia, Parkinson, ...)



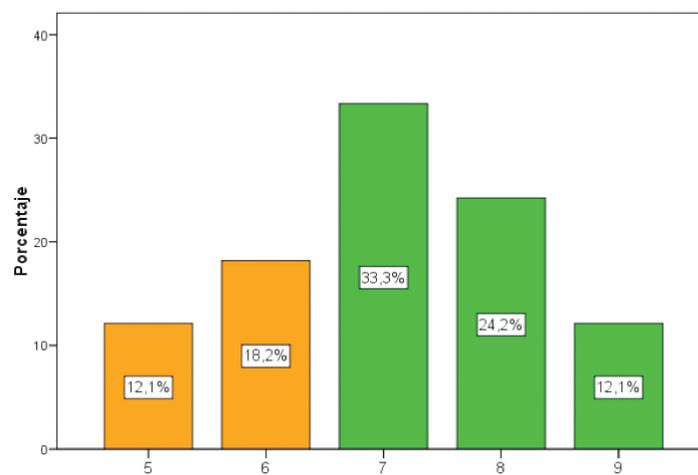
8.2. La presencia de un cuadro depresivo de inicio tardío obliga a considerar la aparición posterior de una enfermedad médica importante (cáncer, cardiopatía,...)



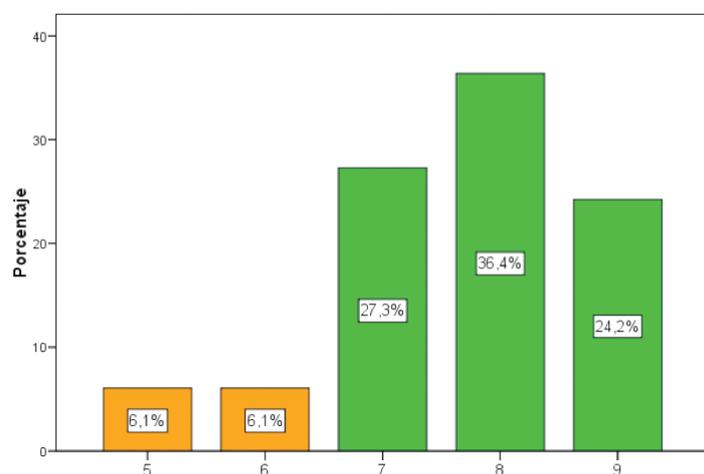
8.3. El paciente anciano que vive en residencia geriátrica tiene acceso a los mismos tratamientos (antidepresivos, psicoterapias, TEC, etc.) que el que reside en la comunidad



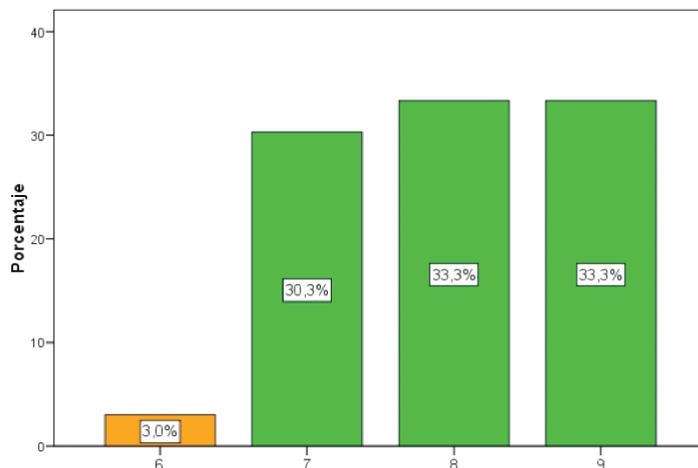
8.4. Los servicios de teleasistencia son útiles para reducir el riesgo de suicidio en los ancianos



8.5. El ejercicio físico es un factor protector significativo de depresión en los ancianos

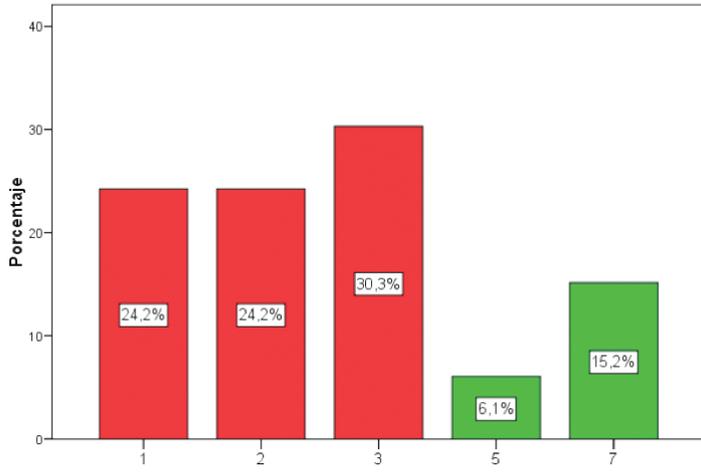


8.6. Las intervenciones dirigidas a reducir el aislamiento social son una estrategia significativa eficaz en la prevención de la depresión de los ancianos

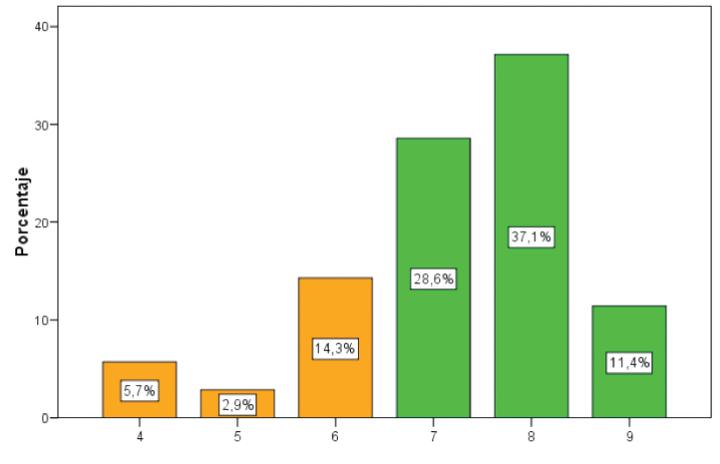


ÁREA TEMÁTICA 9. CAPACITACIÓN PROFESIONAL PARA ABORDAR LA DEPRESIÓN DEL ANCIANO

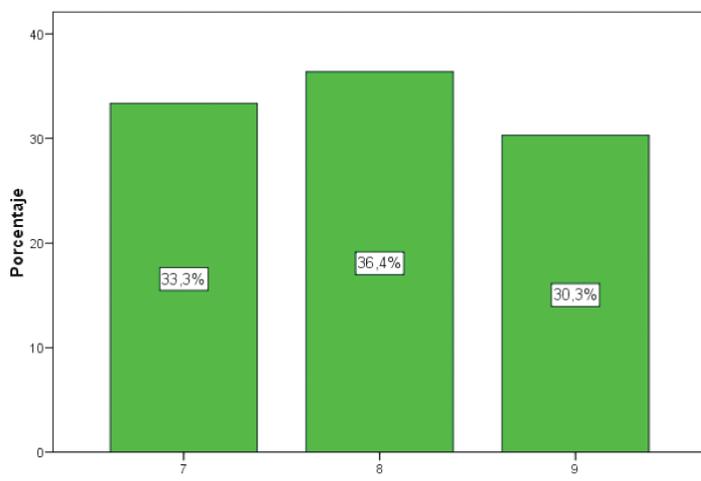
9.1. La formación recibida por los residentes de Psiquiatría durante el programa MIR en la actualidad es suficiente para abordar con solvencia los trastornos depresivos en el anciano



8.2. La presencia de un cuadro depresivo de inicio tardío obliga a considerar la aparición posterior de una enfermedad médica importante (cáncer, cardiopatía,..)



9.3. En el momento actual la detección de la depresión del anciano está claramente por debajo de los niveles óptimos y deseables



9.4. Por su complejidad la depresión del anciano debe ser tratada principalmente por los especialistas en Psiquiatría

