



Trastornos de ansiedad y depresión en el adulto mayor

Dr. David E. Saucedo Martínez

Psiquiatra & Psicogeriatra

Servicio de geriatría

Introducción

- Problemas complejos de diagnóstico y pronóstico en la psicogeriatría
- Los trastornos mentales en el adulto mayor no encajan claramente con criterios del DSM-IV-TR.
- Cambio de paradigma para un diagnóstico sindromático.

Síndromes psiquiátricos en geriatría

1. Confusión aguda
2. Pérdida de memoria
3. Insomnio
4. Susplicacia
5. Hipocondría
6. Ansiedad
7. Depresión

American Psychiatric Association. 2001



Ansiedad en adultos mayores

- Síntoma frecuente acompañante en diversos cuadros clínicos (médicos y psiquiátricos)
- Frecuentemente no es identificada (no es explorada, se acompaña de somatizaciones o se le da más importancia a los síntomas depresivos)
- Estado emocional de malestar y aprensión, son síntomas subjetivos y objetivos

Ansiedad en adultos mayores

- La ansiedad patológica aumenta la mortalidad
- Disminuye la calidad de vida
- Reduce el rendimiento cognoscitivo
- Genera agotamiento
- Agrava los cuadros depresivos y aumenta el riesgo de suicidio
- Interfiere con la actividad social e interpersonal

Encuesta nacional de epidemiología psiquiátrica en México edad de inicio de los trastornos psiquiátricos

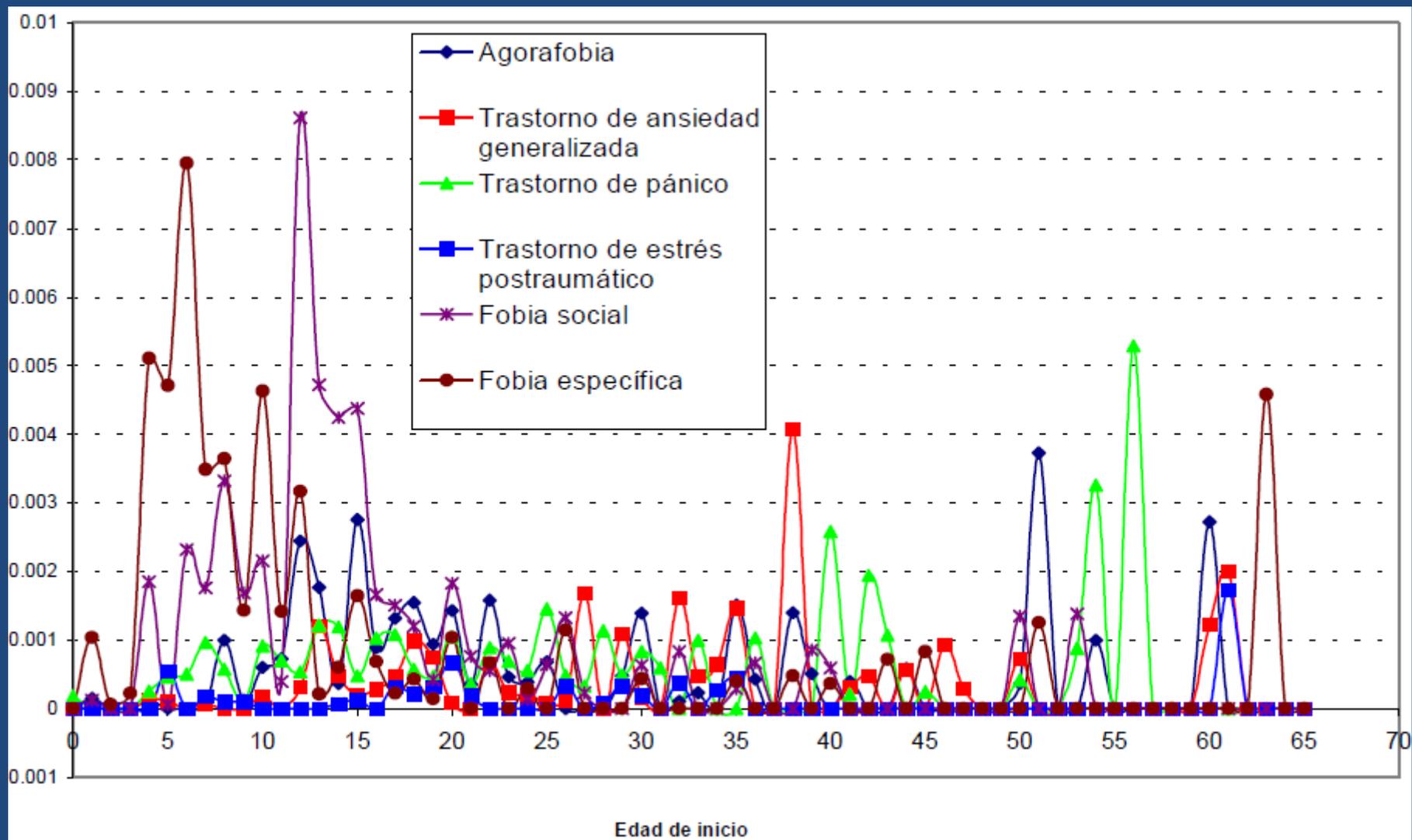
<i>Diagnóstico según la CIE-10</i>	<i>N</i>	<i>Min.</i>	<i>Max.</i>	<i>Media</i>	<i>Mediana</i>
Episodio de depresión mayor	225	1	64	26.08	24
Manía	66	3	47	21.36	20
Hipomanía	94	3	53	21.26	19
Agorafobia	135	1	60	19.60	17
Trastorno de ansiedad generalizada	72	4	61	25.72	27
Trastorno de pánico	122	1	56	21.48	18
Trastorno de estrés postraumático	24	5	61	19.77	19
Fobia social	257	1	53	13.98	13
Fobia específica	227	1	63	9.72	7
Consumo perjudicial de alcohol	262	12	61	24.47	22
Dependencia al alcohol	105	1	53	25.56	25
Consumo perjudicial de drogas	59	1	51	19.64	18
Dependencia a las drogas	21	11	36	18.27	17
Dependencia a la nicotina	66	15	60	27.30	25
Trastorno de la actividad de la atención	2	6	6	6.00	6
Trastorno de ansiedad de separación del adulto	138	1	63	22.25	20
Trastorno disocial	137	1	20	11.39	11
Trastorno disocial desafiante y oposicionista	27	4	23	9.24	8
Trastorno de ansiedad de separación de la infancia	16	1	5	4.59	5
Bulimia nerviosa	26	1	47	24.89	24

Epidemiología

- Es mas frecuente como síntoma que como trastorno
- Prevalencia global: 1-18.6%
- Mujeres > 65 años: 10-12% y hombres >65 años: 5-6%
- **Fobia trastorno mas frecuente: 10%;** mujer 2:1 hombre.
- Agorafobia (la mas frecuente): 7.8%
- Fobia simple: 2.1%; suele tener inicio temprano
- Fobia social: 1.3%

Epidemiología

- Frecuente comorbilidad somática: cardiovascular, digestiva y neurológica
- El TAG es el segundo mas frecuente: 1-7%
- Trastornos de angustia: 0.1-0.5%, frecuente inicio temprano y complicarse con agorafobia.
- Agorafobia de inicio tardío suele tener origen médico.
- TOC: 0.8-1%; poco frecuente de inicio tardío



Clasificación DSM-IV-TR

- Trastorno de angustia con/sin agorafobia
- Agorafobia sin trastorno de angustia
- Fobia específica
- Fobia social
- Trastorno obsesivo compulsivo
- Trastorno por estrés postraumático
- Trastorno por estrés agudo
- Trastorno de ansiedad generalizada
- Trastorno de ansiedad secundario a enfermedad médica
- Trastorno de ansiedad inducido por sustancias
- Trastorno de ansiedad no especificado

Manifestaciones físicas

- Taquicardia y palpitaciones
- Hiperventilación, sensación de falta de aire
- Hiperhidrosis
- Poliuria, polidipsia, polaquiuria
- Alteraciones del sueño
- Sensación de fatiga
- Tos seca
- Cefaleas
- Mareo y sensación de desvanecimiento

Manifestaciones psíquicas

- Despersonalización y desrealización
- Sensación de peligro inminente, temores vagos e injustificados y aprensión general
- Miedo a perder el juicio o el control de los actos
- Sensación de pérdida de memoria
- Tensión motora e inquietud
- Inseguridad

Factores psicológicos

- Consecuencia de conflicto psicológico y su represión
- Teorías psicoanalíticas (pulsión sexual no resuelta)
- Teorías antropológico-existenciales (angustia vital)
- Teoría conductistas: conducta aprendida (favorece aparición de fobias)
- Teoría cognoscitiva: visión amenazante del mundo exterior (ansiedad anticipatoria y respuestas desajustadas)

Enfermedades médicas asociadas con ansiedad

Endócrinas y metabólicas	Feocromocitoma, hipoglucemia, hipoparatiroidismo, menopausia, síndrome carcinoide, síndrome premenstrual, trastornos tiroideos
Cardiovasculares	Arritmias, HAS, IAM, insuficiencia coronaria, prolapso de válvula mitral, taquicardia paroxística supraventricular
Respiratorias	Asma bronquial, EPOC, hipoxia por embolia, neumonía, Sd hiperventilación
Neurológicas	EVC frontal o temporo-límbico, corea de Huntington, demencias, E. Parkinson, E. Wilson, E. desmielinizantes, TIA.
Otras enfermedades	Déficit de vitamina B12

Etiología: factores biológicos

- Disfunciones de estructuras del SNC
- Cambios en el envejecimiento en NA
- Disminución del sistema Ach (sueño y ansiedad)
- Disminución de receptores a 5-HT¹
- Disminución de receptores GABA
- Mayor efecto de estrés sobre sistema neuro-inmuno-endocrino (glucocorticoides)
- Hipótesis panicogénica: alcalosis metabólica por lactato e hiperventilación (↓ pH intraneuronal).
- PCO₂ → LC → centro respiratorio → ANGUSTIA

Diagnóstico

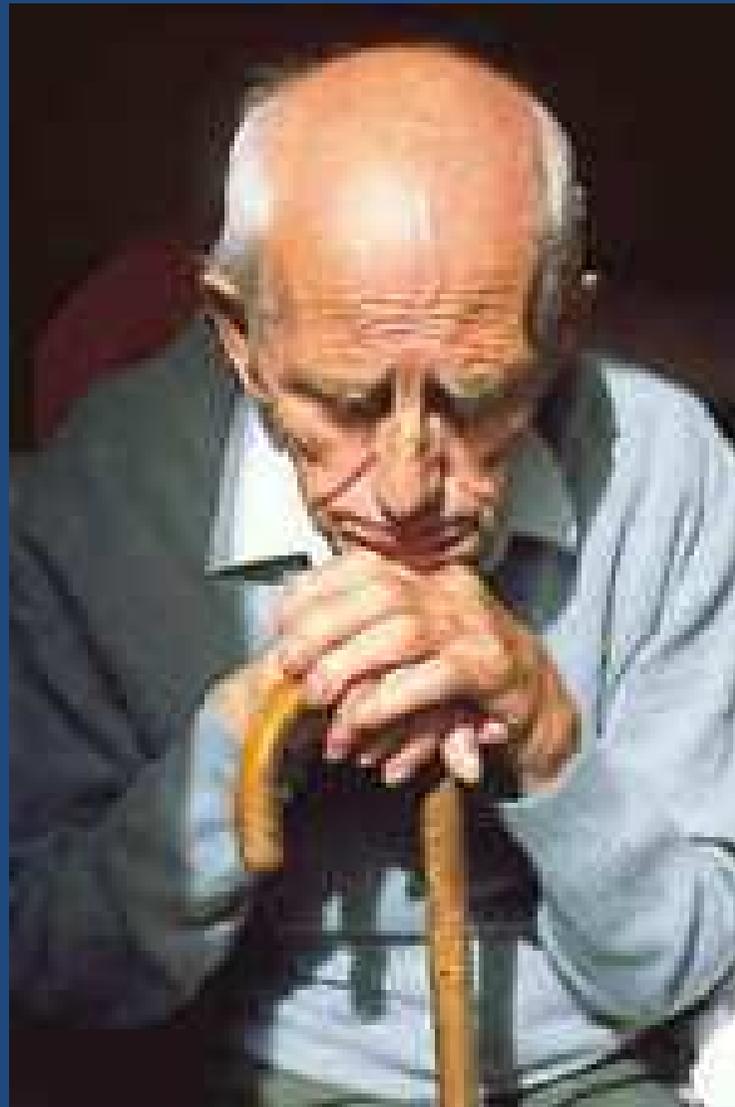
- Historia clínica y exploración psicopatológica antecedentes personales y/o familiares
- Exploración física
- Exploraciones complementaria: electrolítos séricos, ECG, PFT, curva de glucemia, folatos y B12
- Escalas de ansiedad: HARS, escala de ansiedad de Zung, Inventario de ansiedad de Beck, Escala de Covi

Tratamiento farmacológico

- Considerar la queja subjetiva de temor y malestar
 1. Benzodiazepinas propiedades farmacocinéticas; efecto sobre las FMS.
 2. Neurolépticos: uso en delirium; vigilar efectos secundarios
 3. Antidepresivos: efecto dual sobre depresión y ansiedad
 4. Otros: β -bloqueadores, antihistamínicos (H1), buspirona (azapirona, agonista parcial de 5-HT)

Tratamiento no farmacológico

- Medidas psicoterapéuticas y ajustes psicosociales
- Técnicas cognoscitivas y de autocontrol (pensamientos distorsionados y creencias irracionales que llevan a inadecuada interpretación de la realidad)
- Técnicas de exposición



Depresión: definición

- Estado mental caracterizado por sentimientos de tristeza, soledad, baja auto estima y auto-reproches.
- Puede presentarse con: retraso psicomotriz o agitación, aislamiento de las relaciones interpersonales y síntomas vegetativos (insomnio y anorexia).
- El término se refiere a un estado o trastorno del ánimo.

Epidemiología

- Prevalencia global > 65 años: 1.4% en mujeres y 0.4% en hombres.
- 2% tiene un trastorno distímico.
- 4% tiene un trastorno adaptativo con estado de ánimo deprimido.
- 15% tiene síntomas depresivos que no cumple con criterios diagnósticos para TDM.

Clasificación y formas de la depresión

- Dificultad diagnóstica en DSM-IV-TR
- Sueño, funcionamiento sexual y apetito no son indicadores confiables.
- Los subtipos incluyen: melancolía, depresión psicótica y trastornos afectivos estacionales.
- Presencia de distimia, depresión subclínicas, trastornos de personalidad.

Clasificación (DSM-IV-TR)

- Trastorno depresivo mayor
- Trastorno distímico
- Trastorno depresivo no especificado
- Trastorno bipolar (subtipos)
- Trastorno del estado del ánimo secundario a enfermedad médica, sustancias o no especificado

Depresión y enfermedad médica en adultos mayores

- Presencia de TDM del 20%-25%.
- Cerca del 90% de los pacientes con TDM han presentado alguna enfermedad médica.
- La depresión aumenta la morbi-mortalidad en cualquier edad.
- Presencia de la enfermedad médica como rol desencadenante del TDM.

Características clínicas

- Segunda causa de discapacidad en AM
- Presencia de pérdida de peso
- No expresan sentimientos de inutilidad o culpa
- Las quejas cognitivas aumentan de acuerdo a la severidad del cuadro depresivo.
- Aumenta la posibilidad de presentar síntomas psicóticos en relación a los jóvenes.

Características clínicas

- Depresión geriátrica encaja con el modelo biopsicosocial de los trastornos psiquiátricos.
- Menor carga genética en la DIT
- Influencia de mala regulación del eje HHS, ciclo sueño-vigilia y otros ciclos
- Satisfacción en la vida como factor protector a la depresión en la vejez.

Concepto de depresión vascular

- Inicio de ECV 2-3 años previo al inicio de síntomas neuropsiquiátricos (depresión).
- Los pacientes con enfermedades vasculares por lo general tienen depresión
- Predominio de lesiones hiperintensas en sustancia blanca
- Mayor predominio de fallas cognitivas que en pacientes con depresión de inicio tardío; mayor afectación de funciones ejecutivas.

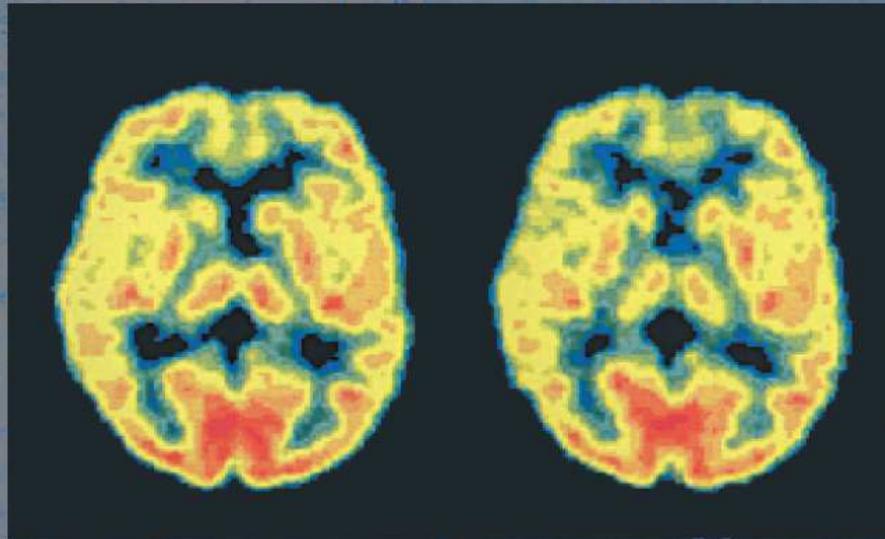
Pacientes con DIT y factores de riesgo vasculares tienen lentitud psicomotriz, apatía, falta de insight, menor agitación y menor culpabilidad que aquellos de inicio temprano sin factores de riesgo vasculares.

MRI

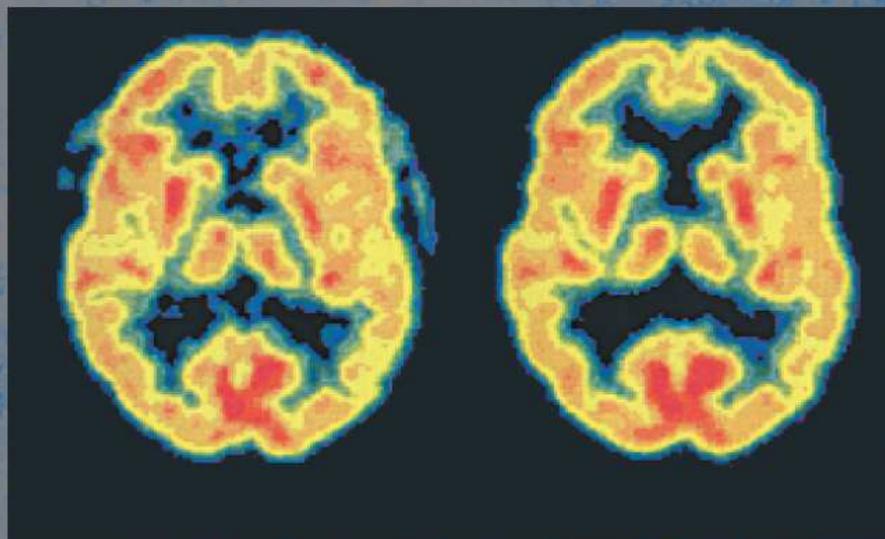


Elderly depressed patient

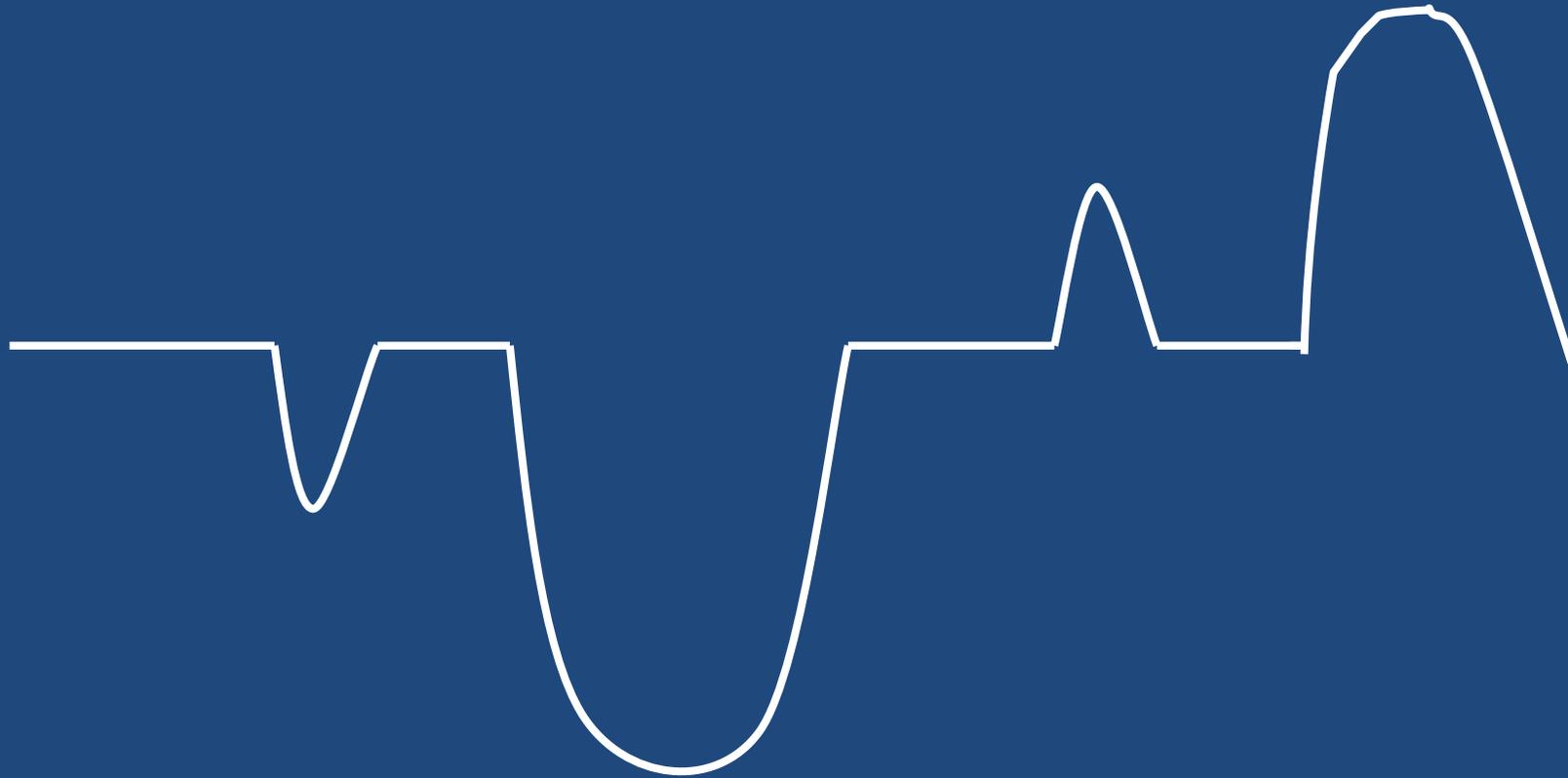
PET



Age-matched control

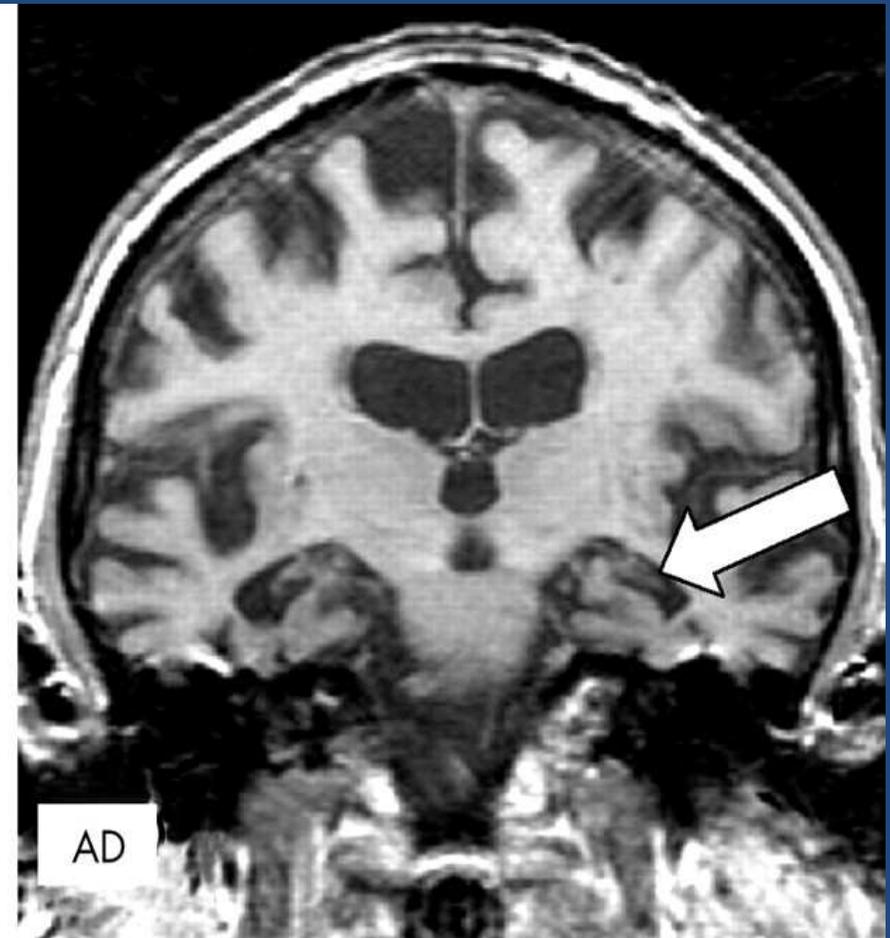
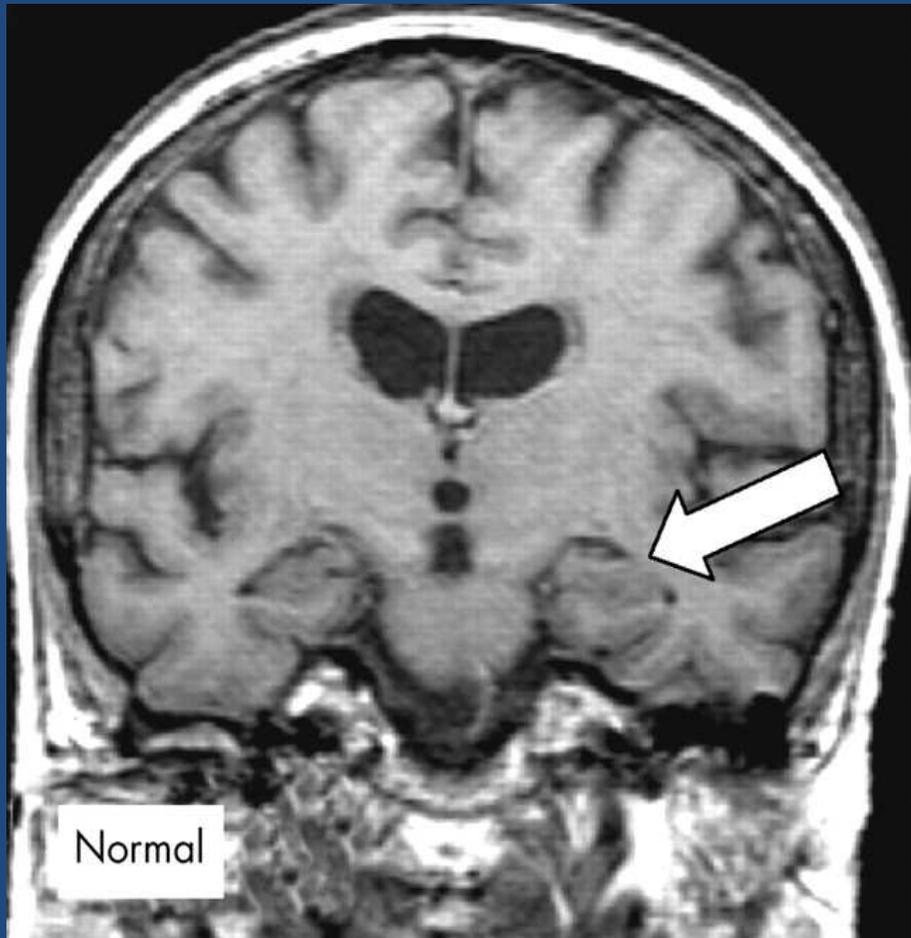


CURSO DE LOS TRASTORNOS DEL AFECTO

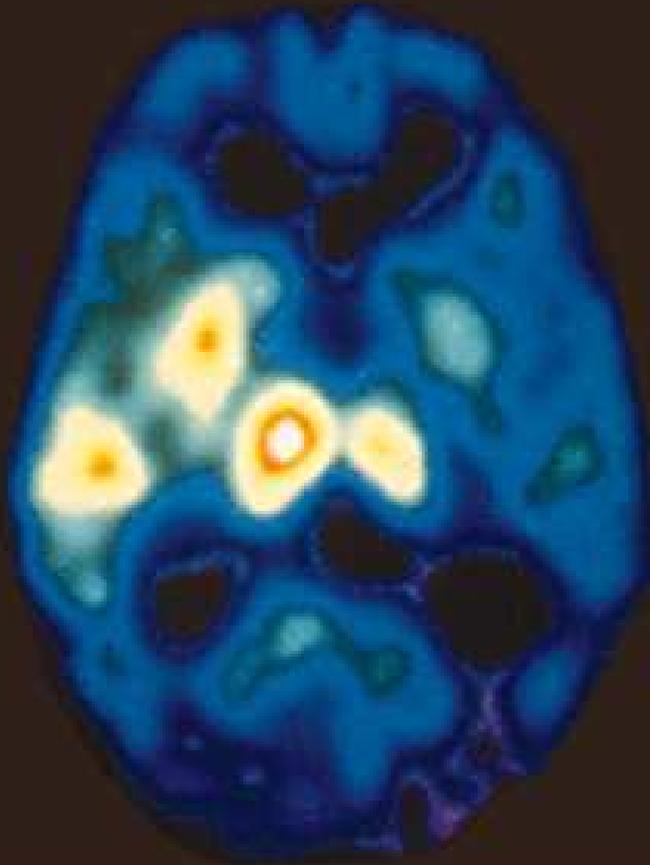


Diagnóstico de la depresión

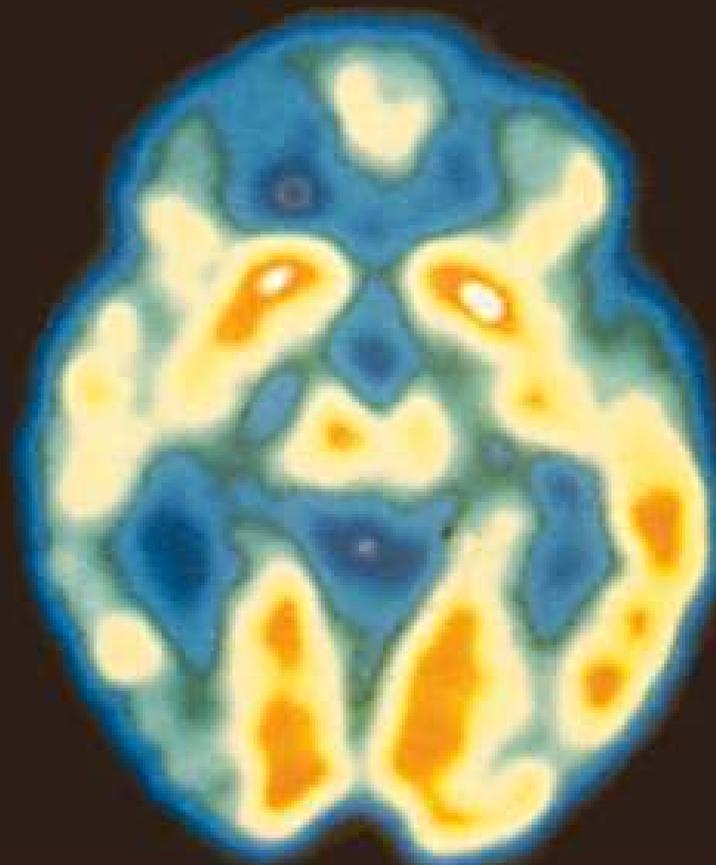
- DSM-IV-TR como “standard de oro”
- No existen estudios de laboratorio o gabinete específicos
- Importante una buena entrevista
- Apoyo con escalas auto-aplicables y aplicadas por el clínico



Depressed



Not depressed



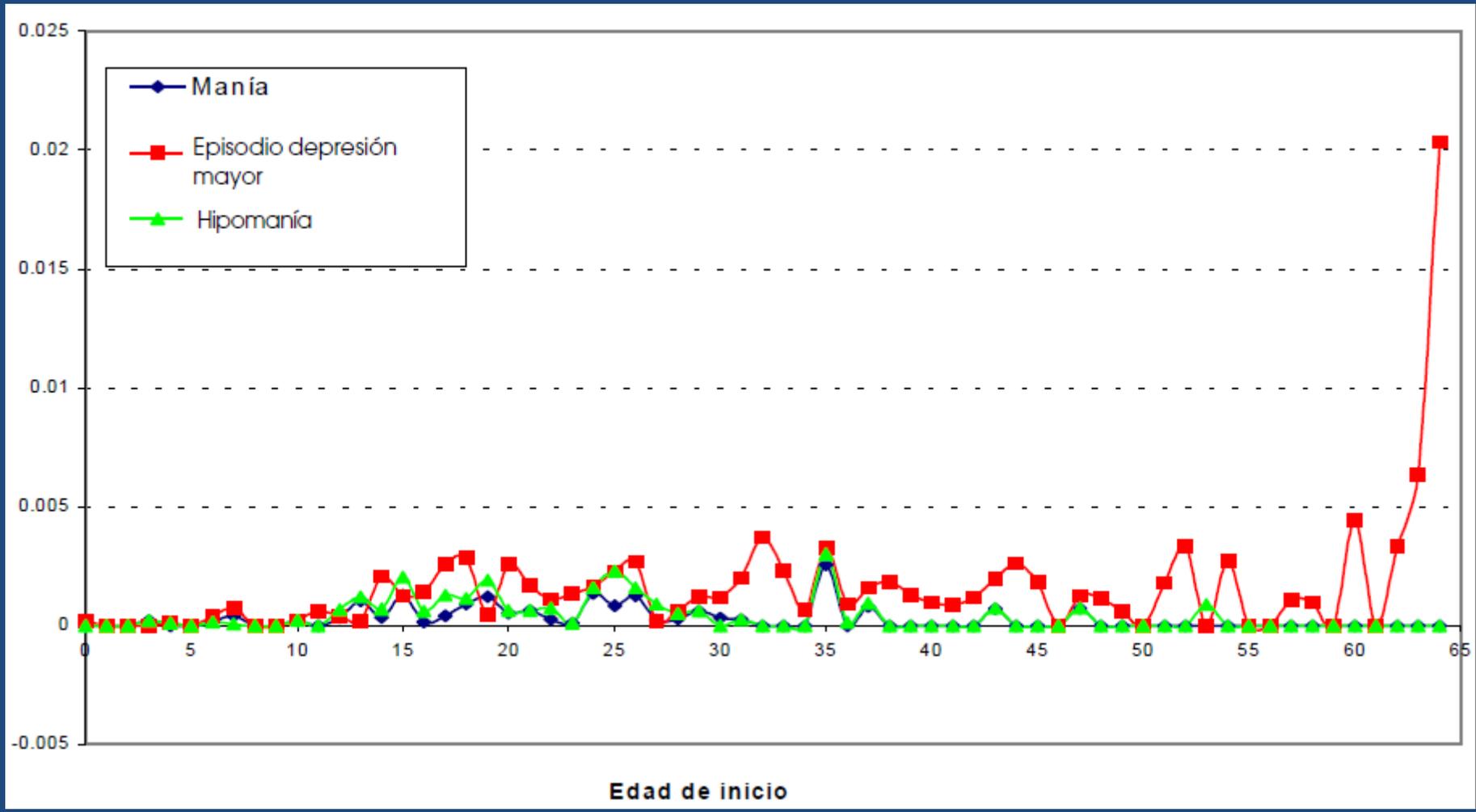
© Mayo Foundation for Medical Education and Research. All rights reserved.

Medicamentos asociados a depresión

- Antiinflamatorios
- Antibióticos
- Antihipertensivos
- Antiparkinsonianos
- Antipsicóticos
- Sustancias de abuso
- Hormonas
- Medicamentos cardiológicos
- Corticoesteroides
- Quimioterapéuticos
- Supresores del apetito
- Tranquilizantes e hipnóticos sedantes
- Anfetaminas y otros estimulantes del SNC
- Antagonistas H2
- Anticonvulsivantes
- Cafeína
- Etanol

Interacciones biológicas y clínicas: demencia y depresión

- Depresión: ¿causa o efecto en EA?
- Secreción excesiva de glucocorticoides y otras hormonas del estrés ↓ factores neurotróficos, inhiben la neurogénesis, y pueden promover la neurotoxicidad amiloidea..
- Contrariamente, la degeneración de núcleos aminérgicos en EA contribuye a depresión.
- Elevación del factor neurotrófico en hipocampo (antidepresivos 5-HT_{2a} y β-adrenérgicos).



Factores de riesgo

- Esta asociada al sexo femenino
- Personas separadas o divorciadas
- Nivel socioeconómico bajo
- Sin apoyo social
- Haber vivido acontecimientos recientes inesperados.
- Discapacidad como consecuencia del estado de salud.

Otros factores de riesgo

1. Depresión antigua
2. Presencia de enfermedad física
3. Dolor crónico
4. Experiencias recientes adversas
5. Pobreza en sus relaciones interpersonales

Suicidio en la mujer

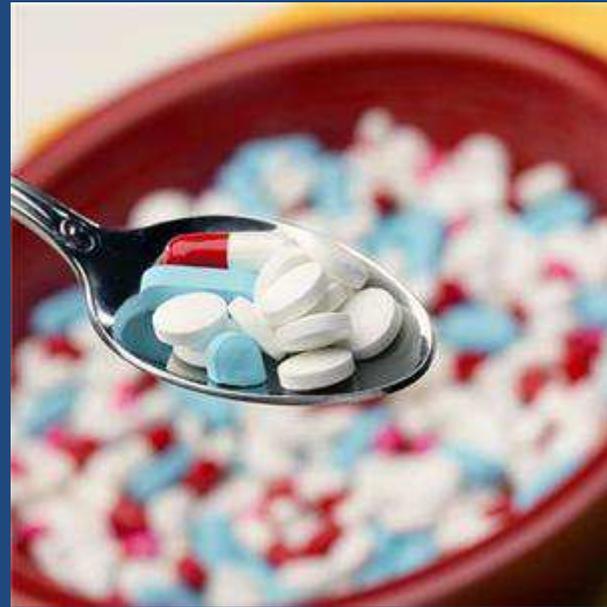
- Tasa de suicidio en hombres > 65 años: 40.7/100,000 y mujeres: 5.9/100,000.
- Tasa de suicidio en mujeres blancas: 6.3/100,000 y no blancas: 2.8/100,000.
- Aumenta mas el riesgo por arriba de los 80 años.
- 60% de suicido consumado son hombres y 75% de quienes lo intentan son mujeres.

Depresión recurrente

- Hasta 50% de posibilidades de presentar segundo episodio
- Con 3 EDM aumenta el riesgo hasta en un 90%
- En las recaídas los episodios aparecen cada vez mas cercanos uno al otro, con mayor severidad y se agregan nuevos síntomas

Demencia y depresión comorbilidad

- TDM en EA: 0-87%
- En pacientes con EVC presencia de depresión hasta en el 24% de los casos.
- Lesiones de hemisferio izquierdo en EVC (cercanas al polo frontal): depresión
- Atrofia subcortical como factor de riesgo
- Depresión en 50%: EA, EP, DV.



Tratamiento de la depresión

- Farmacoterapia sola
- Farmacoterapia + Psicoterapia
- Considerar la terapia ocupacional

Psicoterapias

- Psicoterapia individual o grupal (familiar)
- Psicoterapia de apoyo
- Terapia cognitivo conductual
- Psicoterapia psicodinámica breve
- Psicoterapia orientada a objetivos (insight)

DIAGNOSTIC AND STATISTICAL
MANUAL OF
MENTAL DISORDERS

FOURTH EDITION
TEXT REVISION

DSM-IV-TR®

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION

The American Psychiatric Press

TEXTBOOK OF
GERIATRIC
NEUROPSYCHIATRY

Second Edition



C. Edward Coffey, M.D.

Jeffrey L. Cummings, M.D.

ASSOCIATE EDITORS

Mark R. Lovell, Ph.D.

Godfrey D. Pearlson, M.D.



PSIQUIATRIA MÉDICA

Dirigida por: Bernardino Teles Mota

Manual de
psicogeriatría clínica

Introducción de los Señores de Pedraza

MASSON