

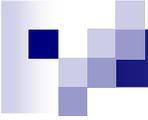
DEPRESION y ANSIEDAD EN EL ADULTO MAYOR

PILAR GAMARRA SAMANIEGO

DEPRESIÓN EN EL ANCIANO

- Trastorno afectivo más frecuente en el anciano y una de las principales consultas médicas, aun cuando puede pasar desapercibida
- No forma parte del envejecimiento normal
- Disminuye la calidad de vida del anciano y puede abocar en discapacidad
- Complica el tratamiento de las enfermedades y aumentan el riesgo de presentar nuevas enfermedades





DEPRESION - DEFINICIÓN

- Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10):
 - episodio depresivo,
 - trastorno depresivo recurrente
 - distimia;
- Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV):
 - episodio depresivo mayor
 - trastorno depresivo mayor episodio único y recidivante,
 - trastorno distímico
 - trastorno no especificado.



DEPRESION - DEFINICIÓN

La depresión es un estado de ánimo triste, una alteración del humor en el que la tristeza es patológica, desproporcionada, profunda, abarcando la totalidad del ser.

El paciente deprimido pierde el interés e incluso la ilusión de vivir, sintiéndose incapaz de realizar sus actividades previas.

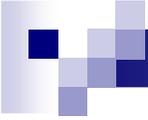
Junto a la tristeza aparecen otros síntomas, como alteraciones del sueño, del apetito, síntomas somáticos y alteraciones del contenido del pensamiento que complican la vida del paciente, interfiriendo en la calidad de la misma.





DATOS EPIDEMIOLÓGICOS

- Personas que viven en la comunidad
 - 30% padeció alguna vez sintomatología depresiva
 - Distimia 10 a 12%
 - Depresión mayor 1 a 2 %
 - Mujeres/varón 2:1, se invierte en mayores de 80
- Población hospitalizada
 - Síntomas depresivos entre un 11 y 45%
 - **HNERM**. Servicios medicina: 43%
- Población institucionalizada
 - Síntomas depresivos: 30 a 75%



Consecuencias de la depresion en el anciano

- Aislamiento social.
- Soledad
- Baja calidad de vida
- Incremento del uso de los servicios de salud.
- Deterioro cognitivo.
- Riesgo de cronicidad.
- Mayor riesgo de evento vascular y de mortalidad.
- Riesgo de perdida funcional y de incapacidad.
- Alto riesgo de suicidio.

Factores de riesgo psicosocial demostrado

- Pérdidas
 - Económicas
 - Roles Sociales y familiares
 - Seres queridos
- Enfermedad medica o quirúrgica



- Mala autopercepción de salud.
- Incapacidad y perdida de funcionalidad.
- Escaso soporte social.
- Fármacos

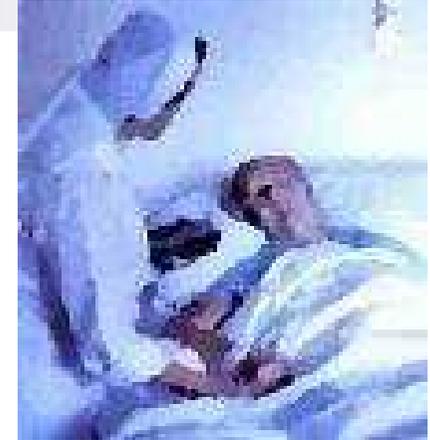
DEPRESION

Fármacos relacionados con la aparición de síntomas depresivos

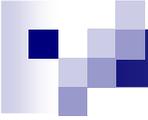


- Diureticos
- Digital
- Botabloqueantes
- Inhibidores ECA *
- Antagonistas del calcio
- Reserpina, metildopa, guanetidina
- Corticoides
- ACO
- AINE; Indometacina Ibuprofeno
- Opiáceos
- Metronidazol
- Neurolepticos
- Levodopa
- Carbamacepina
- Fenitoina
- Lovastatina, Pravastatina
- Metoclopramida
- Disulfiram
- Alfainterferon
- Antimicrobianos: etambutol, sulfonamidas

Enfermedades asociadas a la depresión



- Deshidratación.
- Insuficiencia cardiaca.
- Hipo e hipernatremia.
- Infarto de miocardio.
- Hipo e hiperglucemia.
- Enfermedad pulmonar obstructiva crónica.
- Hipo e hipercalcemia.
- Colon irritable.
- Hipo e hipertiroidismo.
- Artritis degenerativa.
- Diabetes mellitus.
- Incontinencia urinaria.
- Enfermedad de Addison.
- Enfermedad de Paget.
- Déficits vitamínicos.
- Demencia.
- Tumores.
- Infartos cerebrales.
- Infecciones.
- Enfermedad de Parkinson



Depresión en el anciano.

Factores de riesgo biológico.

- **Sexo:** mas frecuente en mujeres, después se iguala la proporción y a partir de los 80 años, mas frecuente en varón.
- **Envejecimiento cerebral:** es frecuente la hipofunción de tres sistemas de neurotransmisión, implicados en la génesis de la depresión:
 - 1. Sistema noradrenergico
 - 2. Sistema serotoninergico
 - 3. Sistema dopaminergico
- **Genéticos:** suelen existir antecedentes familiares; menos evidentes en las depresiones de aparición muy tardía.
- **Lesiones vasculares en sustancia blanca cerebral:** fundamentalmente a nivel de corteza prefrontal dorsolateral

Formas clínicas de la depresión en el anciano

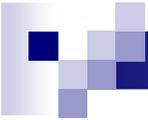
- Ejemplo de presentación inespecífica y atípica de enfermedad en la población geriátrica.
- Los síntomas y signos pueden resultar de una variedad de enfermedades físicas tratables
- La depresión y las enfermedades físicas coexisten y se exacerban
- Muchos síntomas físicos pueden ser causa de una depresión
- Se asocia a un declive en la función cognitiva y física.





Características especiales de la depresión en el anciano

- Acentuación patológica de rasgos premórbidos.
- Escasa expresividad de la tristeza.
- Tendencia al retraimiento y aislamiento.
- Dificultad para reconocer los síntomas depresivos.
- Deterioro cognitivo frecuentemente asociado.
- Expresión en forma de quejas somáticas. Hipocondría.
- Mayor frecuencia de síntomas sicóticos. Delirio.
- Trastornos conductuales posibles. Irritabilidad.
- Presencia de comorbilidad. Polipatología.
- Enfermedad cerebrovascular frecuente.
- Presencia de polifarmacia.



Depresión vascular.

Características clínicas (Alexopoulos, 1997).

■ Características principales

1. Evidencia clínica de enfermedad vascular o de factores de riesgo vascular.
2. Presencia de lesiones cerebrales isquémicas detectadas por neuroimagen.
3. Inicio de la depresión a edad tardía o cambio en la misma.

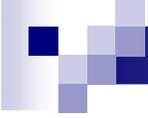
■ Características secundarias

1. Deterioro cognitivo, sobre todo, frontal
2. Enlentecimiento psicomotor, apatía
3. Ideación depresiva limitada.
4. Baja conciencia de enfermedad.
5. Ausencia de historia familiar de trastorno afectivo.
6. Impedimento o minusvalía física.
7. Riesgo de desarrollar confusión (anticolinérgicos)



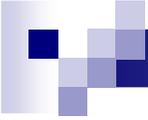
DEPRESIÓN Y DEMENCIA

- Los pacientes con demencia desarrollan depresión en mayor frecuencia, y a su vez los síntomas depresivos son muy frecuentes entre los pacientes con demencia.
- Puede aparecer inicialmente como la única clínica destacable.
- La depresión es un factor de riesgo para padecer enfermedad de Alzheimer a los cinco años
- La frecuencia de la depresión aumenta en relación a la severidad de la demencia hasta un estadio GDS 4
- la depresión complica el curso de la demencia por aumentar la incapacidad, la agresividad, el estrés y depresión del cuidador
- La depresión no tratada determina un aumento de la mortalidad



Signos para detectar depresión en pacientes con demencia

- Apariencia triste.
- Baja reactividad ambiental.
- Agitación diurna.
- Ansiedad afectiva (llanto...).
- Lentitud del lenguaje.
- Demanda excesiva de atención.
- Retraso psicomotor.
- Autoagresiones.
- Pérdida de apetito.
- Gritos con contenido depresivo.
- Despertar temprano.
- Variación diurna del humor



Diagnóstico diferencial

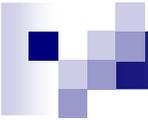
depresión demencia

Historia y curso evolutivo	<ul style="list-style-type: none"> 1. Inicio bien definido. 2. Evolución rápida y corta (semanas) 3. Antecedentes previos de depresión o acontecimientos adversos 	<ul style="list-style-type: none"> 1. Inicio insidioso 2. Evolución lenta (años) 3. No antecedentes previos
Cuadro clínico	<ul style="list-style-type: none"> 4. Quejas detalladas y elaboradas de deterioro cognitivo 5. Poco esfuerzo por responder 6. Síntomas afectivos 7. Incongruencia entre el comportamiento y el déficit cognitivo 8. Mejoría vespertina 	<ul style="list-style-type: none"> 4. Quejas escasas. No conciencia de enfermedad 5. Se esfuerza por responder 6. Afecto plano, apatía 7. Congruencia entre el comportamiento y el déficit cognitivo 8. Empeoramiento vespertino y nocturno
Exploración	<ul style="list-style-type: none"> 9. Respuestas displicentes antes de iniciar la prueba ("no se"). 10. Patrón de déficit incongruente. 11. Lagunas de memoria específicas, por ejemplo, puntos sensibles. 	<ul style="list-style-type: none"> 9. Respuestas intentando disimular el déficit 10. Patrón de déficit incongruente. 11. No hay lagunas específicas

DIAGNOSTICO

- **HISTORIA**
 - Síntomas
 - Antecedentes
 - Empleo de medicamentos y sustancias
- **EXPLORACION FISICA**
 - Especialmente alteraciones endocrinas, neurológicas, cardiovasculares, malignidad
- **EXPLORACION PSICOPATOLOGICA**
 - Alteraciones de humor, afecto, conducta, motricidad, alteraciones de percepción, y pensamiento. Autoestima, ideas autolíticas
- **EXPLORACION COGNOCITIVA**
- **PRUEBAS COMPLEMENTARIAS**
 - Analítica
 - Hemograma, VSG, orina, electrolitos, glucosa, creatinina, TGO, TSH, T4, vit 12, folatos
 - Psicométricas
 - MINIMENTAL
 - EGD



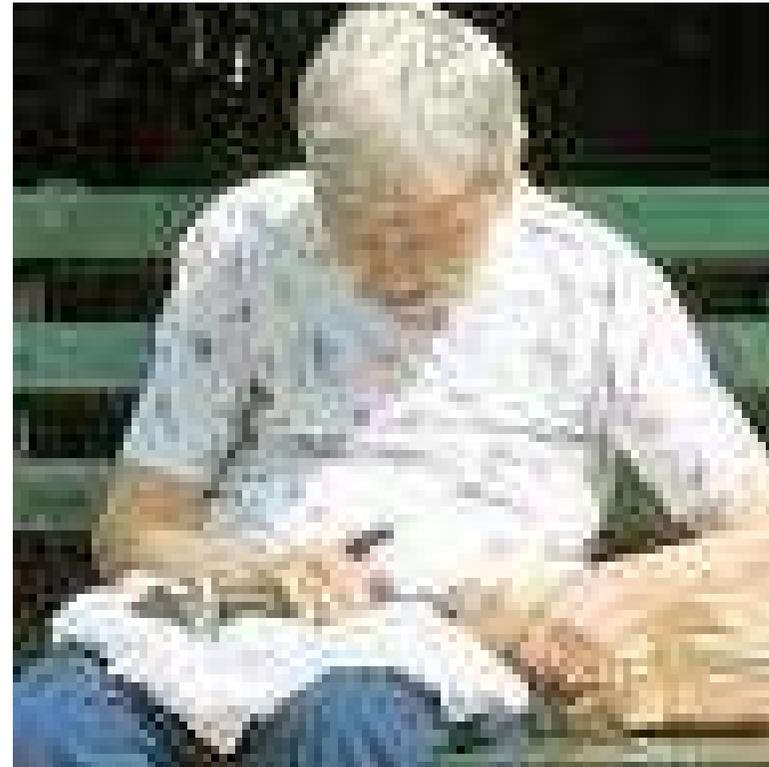


INSTRUMENTOS DE VALORACIÓN (CRIBADO)

- HAMILTON
 - No ha sido validada en ancianos
- ESCALA AUTOAPLICADA DE ZUNG
- ESCALA de MONTGOMERY ASBERG
- ESCALA GERIÁTRICA DE DEPRESIÓN (YESAVAGE)
 - Validada en ancianos
 - En versión de 30 ítems sensibilidad de 84%, especificidad de 94% (corte 10-11)
 - No funciona bien en deterioro cognitivo
 - Existen versiones de 15, 10, 5 y 1 ítem

FORMAS CLINICAS DE LA DEPRESION

- Depresión mayor
- Distimias
- Depresión bipolar
- Trastorno adaptativo

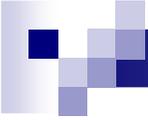




Criterios Diagnósticos

DSM-IV- TR de Trastorno depresivo mayor

- Cinco o más de los síntomas siguientes deben estar presentes la mayor parte del día durante al menos dos semanas y representan un cambio del funcionamiento previo
 - Animo depresivo.
 - Pérdida del interés o de la capacidad para el placer.
 - Pérdida o aumento de peso.
 - Insomnio o hipersomnias.
 - Agitación o enlentecimiento psicomotores.
 - Fatiga o pérdida de energía.. Sentimientos de inutilidad o de culpa.
 - Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión.
 - Pensamientos recurrentes de muerte o suicidio, planes o tentativas de suicidio.



Comparación de los criterios DSM-IV- TR de Trastorno depresivo mayor y manifestaciones clínicas frecuentes en la depresión del anciano.

Los síntomas siguientes pueden aparecer con mayor frecuencia en ancianos, llegando a dominar el cuadro clínico:

- Irritabilidad con aumento de discusiones.
- Síntomas somáticos, por ejemplo, dolor.
- Deterioro cognitivo.
- Disminución de la iniciativa y capacidad de resolución de problemas.
- Deterioro del cuidado personal.
- Abuso de alcohol u otras sustancias.
- Culpa excesiva.
- Síntomas sicóticos (ideas delirantes, alucinaciones).
- Obsesiones y compulsiones u otros síntomas neuróticos.
- Trastornos del comportamiento.
- Agitación o retardo psicomotor.
- Ansiedad, preocupaciones excesivas.
- Acentuación de rasgos anómalos de personalidad.



DIAGNOSTICO

- FACTORES QUE DIFICULTAN
 - Presencia de comorbilidad somática
 - Déficit cognitivo
 - Factores estresantes psicosociales
 - Síntomas de ansiedad intensos



COEXISTENCIA DE DEPRESIÓN Y ENFERMEDAD SOMÁTICA

■ ACV	22-50%
■ Cancer	18-39%
■ Enfermedad coronaria	15-19%
■ AR	13%
■ Parkinson	10-37%
■ DM	5-11%
■ Otras: hipotiroidismo, agudas	5-8%



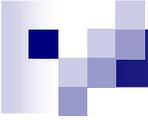
Comorbilidad entre depresión y enfermedad somática. Síntomas que orientan hacia la presencia de depresión

- Antecedentes depresivos.
- Predominio de síntomas emocionales y cognitivos sobre sintomatología física
- Presencia de llanto espontáneo.
- Acentuación matutina de los síntomas.
- Pérdida de apetito en ausencia de otro tipo de sintomatología (náuseas, disfagia, etc.).
- Pérdida de interés e inquietud sin causa aparente.
- Falta de respuesta de la sintomatología física a un tratamiento médico adecuado.
- Aumento del malestar subjetivo ante la enfermedad.

Factores de riesgo de suicidio identificados en ancianos

- Sexo masculino.
- Edad avanzada.
- Historia de intentos previos.
- Viudedad reciente.
- Presencia de planes o actuaciones concretas (por ejemplo, almacenamiento de medicación, modificación del testamento, etc.)
- Consumo abusivo de alcohol o de otras sustancias.
- Enfermedades somáticas crónicas y discapacitantes, especialmente si se acompañan de dolor
- Rasgos anómalos de personalidad, por ejemplo, impulsividad, introversión.
- Soporte social deficiente, por ejemplo, soledad.
- Presencia de los siguientes síntomas en la exploración psicopatológica: Desesperanza intensa, ideación sobrevalorada o delirante, por ejemplo, inutilidad, culpa, autorreproche, hipocondrías, agitaciónn psicomotora, insomnio marcado.





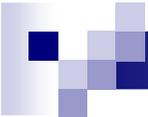
TRATAMIENTO

- A menudo la depresión en el anciano está infratratada e infradiagnosticada.
- La elección del tx puede depender:
 - la causa de la depresión
 - la severidad de los síntomas prioritarios
 - las contraindicaciones para un tx específico
- Los propósitos
 - son disminuir los síntomas,
 - prevenir la ideación suicida y por ende el suicidio,
 - prevenir la recaída o recurrencia de los síntomas,
 - mejorar el estado funcional y cognitivo
 - ayudar al paciente a superar la incapacidad o la adversidad psicológica.



TRATAMIENTO

1. Descartar que un medicamento o sustancia sea el responsable
2. Estudiado el entorno social y económico debe iniciarse un programa de **rehabilitación conductual (de enseñar cómo conducirse)**.
3. Luego el tratamiento basado en **intervención psicoterapéutica** y con antidepresivos.
La combinación de las dos en depresión mayor de inicio tardío. Una u otra en depresión menor.
4. **Terapia electroconvulsiva o electrochoque**, para casos severos, refractarios o cuando hay depresión psicótica o riesgo de suicidio, o cuando se acompaña de malnutrición o déficit de la ingesta de alimentos o fluidos.
5. En los casos de depresión psicótica neurolépticos atípicos como clozapina.



Pautas de dosificación de los antidepresivos en geriatría.

Tricíclicos o heterocíclicos

Nortriptilina 50-100 2 veces al día

Inhibidores no selectivos de la recaptación de serotonina

Trazodona 50-200 1 a 3 veces al día

Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS)

Fluvoxamina 100 a 150 mg 2 veces al día

Fluoxetina 20 mg 1 vez al día

Sertralina 50 a 150 mg 1 vez al día con alimentos

Paroxetina 20 mg 1 vez al día

Citalopram/

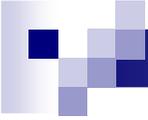
escitalopram 20 mg/10 mg 1 vez al día

Duales: antidepresivo noradrenérgico y serotoninérgico específico (NASSA)

Mirtazapina 15-30 mg 1 vez al día. Dosis nocturna.

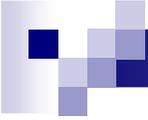
Duales: inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina y noradrenalina (ISRSN)

Venlafaxina retard 75 a 150 mg 1 vez al día. Fórmula retard



Algunas recomendaciones para uso de antidepresivos en ancianos.

- Pueden requerirse periodos mas largos para el inicio de la acción antidepresiva (4-6 semanas).
- Mantener el tratamiento antidepresivo al menos un año tras la resolución sintomática.
- Evitar antidepresivos con efecto anticolinergico: tricíclicos.
- Se pueden aprovechar las capacidades sedativas de trazodona como ansiolítico e hipnótico, especialmente en demencia.
- Si hay importante anorexia y perdida de peso: evitar ISRS, en especial fluoxetina. Recomendable mirtazapina.
- Evitar ISRS si hay sintomatología extrapiramidal.
- Los ISRS pueden aumentar la digitalemia.
- Fluvoxamina puede aumentar la teofilinemia.
- Los ISRS pueden disminuir las necesidades de anticoagulantes orales.
- Venlafaxina retard puede mejorar las patologías algicas.
- No hay interacciones significativas entre antidepresivos y fármacos para la enfermedad de Alzheimer (inhibidores de la ACE o memantina).



Técnicas de intervención psicoterapéutica en la edad avanzada

Psicoterapias individuales.

- De inspiración psicodinámica.
- Psicoanálisis.
- Psicoterapia psicoanalítica.
- Psicoterapia breve o focal.
- Psicoterapia de apoyo.
- Cognitivas-conductuales.
- Reminiscencia.
- Interpersonal.
- Intervención psicomotriz.
- Ergoterapia y fisioterapia.
- Terapias grupales.

Técnicas grupales similar a las terapias individuales.

- Terapias familiares.
- Sistémicas.
- Psicodinámicas.
- Terapias institucionales.
- Grupos institucionales.
- Hospital de día.
- Socioterapia.
- Centros sociales, recreativos, de día, ocupacionales, aulas y universidades de tercera edad, etc.

Criterios de derivacion a psiquiatria

- Dificultades en el diagnóstico o diagnóstico diferencial.
- Grave intensidad de los síntomas.
- Riesgo claro de suicidio.
- Intentos autolíticos previos.
- Presencia de episodios previos de manía o características de bipolaridad
- Presencia de ideación delirante.
- Importante comorbilidad física o psíquica.
- Ausencia de respuesta o respuesta parcial tras 4-6 meses de tratamiento,
- Valoración de ingreso psiquiátrico.
- Valoración de terapia electroconvulsiva.





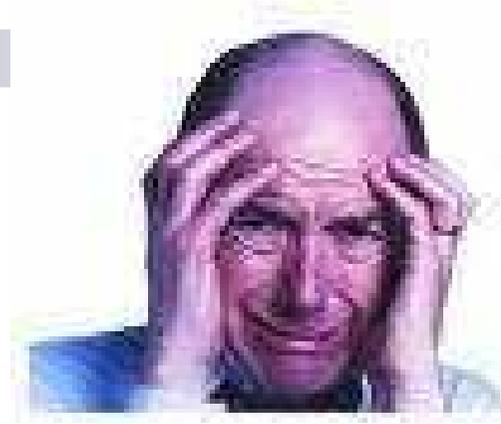
La prevención de la enfermedad depresiva en el anciano es una tarea de urgente actuación, cuyo primer eslabón es la correcta valoración geriátrica



TRASTORNOS DE ANSIEDAD



ANSIEDAD

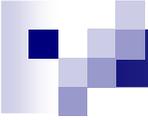


- Es una emoción normal, con valor adaptativo, un sistema de advertencia, alertando al individuo de acontecimientos adversos o riesgos inminentes.
- La ansiedad mórbida se manifiesta bajo la forma de síntomas:
 - cognitivos (temor, miedo, preocupación, inseguridad, angustia)
 - comportamiento (hiperactividad, inquietud, evitación)
 - fisiológicos (palpitaciones, hiperventilación).
- Puede presentarse como un síntoma, un síndrome o como trastornos bien definidos como entidades diagnósticas, con criterios específicos de intensidad y duración, según se describe en el (DSM-IV, CIE-10).
- Aunque en los ancianos son una de las afecciones psiquiátricas más frecuentes, siguen estando entre las menos estudiadas.

Prevalencia a 6 meses de los trastornos de ansiedad por grupos de edad.

Grupos de edad Tamaño muestral (N)	55-64 964	65-74 954	75-85 1.138	Total 3.056
Trastorno obsesivo-compulsivo	0,1%	1,6%	0,4%	0,6%
Trastorno de ansiedad generalizada	4%	11,5%	6,9%	7,3%
Trastorno de pánico	0,8%	1,7%	0,5%	1%
Trastornos fóbicos	2,9%	2,9%	3,5%	3,1%
Cualquier trastorno de ansiedad	6,9%	13,9%	10,4%	10,2%

Fuente: Beekman, A. y cols. *Int J Geriatr Psychiatry*, 1998;13:717-26.



Factores de riesgo asociados a los trastornos de ansiedad en el anciano

- **Factores de vulnerabilidad:** (sexo femenino, bajo nivel educativo, ser soltero o separado, historia familiar de trastorno de ansiedad, locus de control externo, soledad y la exposición a sucesos trágicos en guerras)
- Otros factores relacionados con el estrés (acontecimientos vitales, enfermedad crónica, limitación funcional y sensación subjetiva de salud baja)
- El trastorno obsesivo-compulsivo parecen primar los factores biológicos, como la historia familiar, aunque en este estudio también la soledad aparece como un factor

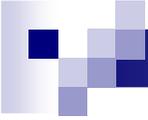


SÍNDROME ANSIOSO EN EL ANCIANO

- Los síntomas **cognitivo-emocionales** (temor, miedo, preocupación, inseguridad, angustia) se manifiestan de forma más imprecisa. Refiere una situación indefinida de malestar general
- Los síntomas **conductuales o de comportamiento** suelen ser más evidentes. La hiperactividad o la inquietud. En personas con dependencia funcional y/o deterioro cognitivo puede manifestarse en forma de gritos o demandas frecuentes.
- los síntomas **físicos o somáticos** son más frecuentes (palpitaciones, sudoración, hiperventilación)
- El síntoma guía son las **somatizaciones**: sensación de opresión precordial, de nudo en el estómago o en la garganta, dificultad para respirar, cefalea, dolor en columna cervical, vértigos, náuseas o polaquiuria

Síntomas comunes y diferenciales de la ansiedad y la depresión.



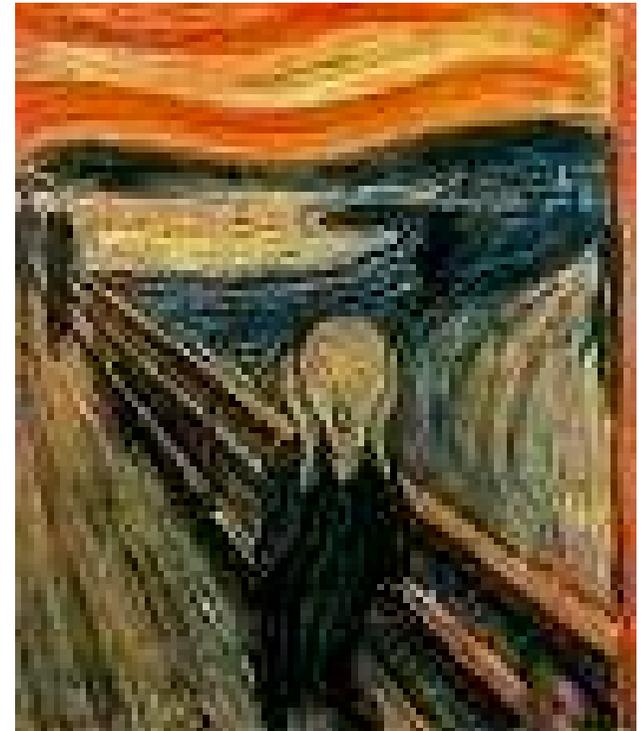


Asociación con demencia y depresión

- 80% de los pacientes con diagnóstico primario de trastorno depresivo tienen niveles altos de ansiedad
- 50% de los diagnosticados de ansiedad generalizada presentaban diagnóstico síndrome depresivo.
- 35% de los pacientes con demencia presentaba síntomas de ansiedad que, no se correlacionaba con la gravedad de la demencia.

FORMAS CLÍNICAS (DSM IV).

- Trastornos de angustia con y sin agorafobia.
- Agorafobia sin trastornos de angustia.
- Fobia específica.
- Fobia social.
- Trastornos obsesivo-compulsivos.
- Trastorno de ansiedad generalizada.
- Trastornos por estrés postraumático.
- Trastornos por estrés agudo.
- Trastornos de ansiedad debido a enfermedad médica.
- Trastornos de ansiedad inducidos por sustancias.
- Trastornos de ansiedad no especificados.



Trastorno de ansiedad generalizada.



- Hay ansiedad anticipatoria, hipervigilancia, tensión emocional y temores excesivos. Se asocia al menos con seis de los siguientes síntomas:
 - temblor, desasosiego, tensión muscular, fatiga (*tensión motora*)
 - disnea, taquicardia, sudoración, sequedad de boca, mareos, tiritona, disfagia (*hiperactividad autonómica*)
 - insomnio, dificultad de concentración, irritabilidad (*hipervigilancia*).
- Suele debutar tempranamente siendo, considerado como un rasgo de personalidad, pero el propio envejecimiento o circunstancias relacionadas pueden exacerbarlo hasta hacerlo claramente patológico

Trastorno fóbico

- Temor persistente hacia un objeto, situación o actividad.
- La más destacable y frecuente en el anciano sea la agarofobia, pero ya se suele presentar en edades previas y simplemente se agudiza.
- La fobia social es persistente en el anciano por causas físicas (adenticia, temblor, etc.) o psíquicas, con maniobras de evitación (demencias)



Trastorno obsesivo compulsivo.

- Obsesiones recurrentes, que interfirieren la rutina o las relaciones laborales o sociales del individuo.
- Las obsesiones pueden consistir en ideas, impulsos o imágenes recurrentes que se experimentan de forma inapropiada; es decir, no son simples preocupaciones; lo realmente patológico es la propia vivencia de esas sensaciones.
- La ideación obsesiva religiosa es la más frecuente en ancianos.



Trastorno de estrés post-traumático.

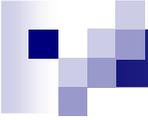
Es idéntico al de otras edades, y existen muy pocos datos en edades avanzadas.



Trastorno de ansiedad en relación con enfermedad médica.

En geriatría, la ansiedad puede ser el síntoma único de enfermedad médica o carencia nutricional.



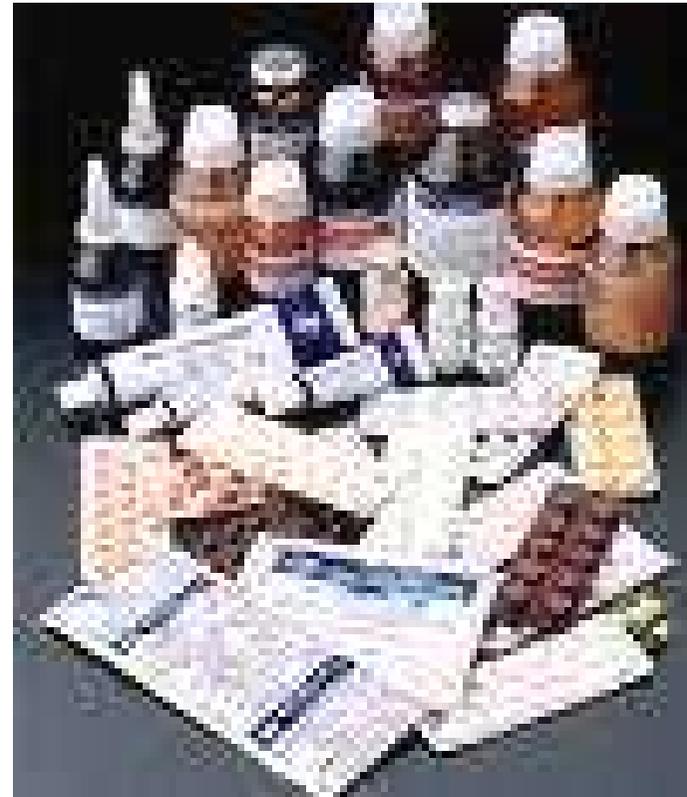


Enfermedades médicas relacionadas con la presentación de ansiedad en el anciano.

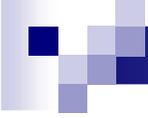
- **Enfermedades cardiovasculares**
 - Cardiopatía isquémica (ángor o infarto)
 - Arritmias
 - Hipotensión ortostática
 - Insuficiencia cardíaca congestiva
- **Enfermedades pulmonares**
 - Tromboembolismo pulmonar
 - Enfermedad pulmonar obstructiva crónica
 - Neumonía
 - Neumotórax
 - Carcinoma bronquial
 - Hipoxia
- **Enfermedades neurológicas**
 - Epilepsia del lóbulo temporal
 - Traumatismo craneoencefálico
 - Accidente cerebrovascular agudo
 - Hemorragia subaracnoidea
 - Enfermedad de Parkinson
 - Delirium
 - Demencia
- **Enfermedades endocrinas**
 - Hipertiroidismo
 - Hiperparatiroidismo
 - Síndrome de Cushing
 - Síndrome carcinoide
 - Diabetes mellitus
- **Alteraciones metabólicas**
 - Acidosis láctica
 - Hiper e hipopotasemia
 - Hiponatremia
 - Hipo e hipercalcemias
- **Otras**
 - Déficit de ácido fólico y vitamina B12
 - Anemia
 - Enfermedad péptica
 - Artritis reumatoide
 - Lupus eritematoso sistémico
 - Poliarteritis nodosa
- **Sustancias inductoras de ansiedad**
 - Café
 - Alcohol

Trastorno de ansiedad inducido por fármacos

- Digoxina
- Anticolinérgicos
- Antagonista Ca
- Corticoides
- Broncodilatadores
- Aspirina
- Tiroxina
- Anticomociales
- Antihistamínicos



Instrumento	Autor	Año	Evalúa
HARS Escala de Hamilton para la Ansiedad	Hamilton M.	1959	Intensidad de la ansiedad
BSA Escala breve de ansiedad	Tyrer P	1984	Intensidad de la ansiedad
CAS Escala de Ansiedad Clínica	Snaith RP.	1982	Gravedad de síntomas
STAI Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo	Spielberger CD	1970	Ansiedad estado y rasgo
PAS Escala de pánico y Agorafobia	Bandelow B	1995	Trastorno de pánico
LSAS Escala de Ansiedad Social	Leibowitz MR	1987	Gravedad Ansiedad Social
BSPS Escala Breve de Fobia Social	Davidson JRT	1997	Fobia Social
Y-BOCS Escala de Obsesiones y Compulsiones de Yale-Brown	Goodman WK	1989	Gravedad de síntomas del T. Obsesivo-Compulsivo
Escala de Trauma	Davidson JRT	1997	T. por estrés postraumático
ASQ-15 Cuestionario Screening de Ansiedad	Wittchen HU	1998	T. Ansiedad Generalizada



Diagnóstico diferencial

- **Con la ansiedad transitoria:** que es de adaptación a una situación de estrés, pero a priori desproporcionadas. Suelen ser más leves en el anciano y tienen menor repercusión en la actividad global.
- **Con las enfermedades somáticas.** Se sospecha causa médica si existe relación con la introducción de un nuevo fármaco o con un Dx reciente, si apreciamos manifestaciones atípicas, como crisis de angustia de aparición tardía o si existe resistencia al tratamiento con los fármacos ansiolíticos a dosis adecuadas.
- **Con el deterioro cognitivo.** El deterioro mnésico puro cursa con trastorno de ansiedad en los que les preocupa mucho su deterioro, pero es en las fases más tardías cuando son más frecuentes las alteraciones de conducta que cursan con ansiedad importante.
- **Con el delirium.** Sobre todo la situación vivencial que acompaña a las alucinaciones visuales.
- **Con la depresión.** Frecuentemente son enfermedades concomitantes



Diagnóstico diferencial entre depresión- ansiedad y ansiedad única

	Depresión asociada con ansiedad	Ansiedad única
INICIO Y EMPEORAMIENTO	Tardío por la mañana	Precoz por la tarde
SENTIMIENTOS	Desesperanza	Indefensión
SUEÑO	Despertar temprano	Sueño tardío
ANSIEDAD	Acerca del pasado	Acerca del futuro
GRAVEDAD DE LOS SÍNTOMAS	Importante	No incapacitante
SUICIDIO	Riesgo alto	Riesgo bajo



Tratamiento: psicoterapia + fármacos

Ansiedad generalizada:

- Escitalopram.
- Venlafaxina más terapias conductuales de relajación.
- Paroxetina.

Angustia y pánico:

- Escitalopram u otro ISRS-ISRSN asociado a una benzodiacepina las dos o tres primeras semanas.
- Terapia de exposición.

Otras fobias:

- Terapia de exposición y si no basta ISRS oISRSN.

Estrés posttraumático:

- Mirtazapina u otro ISRS-ISRSN.
- No utilizar benzodiacepinas.

Trastorno obsesivo:

- Escitalopram u otro ISRS-ISRSN durante al menos 12 semanas, asociado a terapia conductual de exposición y prevención de la respuesta.

CRITERIOS DE DERIVACIÓN

Derivación urgente

- Crisis de pánico difícil de contener y tratar.
- Ansiedad con riesgo de suicidio o daño a terceros.

Derivación no urgente

- Comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos graves.
- Diagnóstico no bien establecido.
- Trastornos fóbicos u obsesivos muy graves.
- Ataques de pánico que no responden al tx.
- Casos resistentes a las técnicas de apoyo al alcance del médico de familia, transcurrido al menos un mes desde su inicio.



ALGORITMO DE AYUDA DIAGNÓSTICA

