

# Gerontopsiquiatría en esquemas

## Trastornos de ansiedad



Dra. Alicia B Kabanchik

# Gerontopsiquiatría en esquemas

## Trastornos de ansiedad



Editorial Sciens  
BUENOS AIRES

Kabanchik, Alicia

Gerontopsiquiatría en esquemas: Trastornos de ansiedad / Alicia Kabanchik;  
adaptado por Alicia Kabanchik. - 1a ed. - Ciudad Autónoma de Buenos Aires:  
Sciens, 2015.

144 p. ; 24x17 cm.

ISBN 978-987-45770-1-6

1. Psiquiatría . 2. Gerontología . 3. Medicina Clínica. I. Kabanchik, Alicia, adapt. II.  
Título

CDD 618.97

PRIMERA EDICIÓN

OCTUBRE DE 2015

IMPRESO EN ARGENTINA

Queda hecho el depósito  
que establece la Ley 11.723

ISBN 978-987-45770-1-6

© 2015, Editorial Sciens SRL ®

Franklin Roosevelt 3917, 1° "K", CABA

Tel/Fax: (5411) 4543-9365

[www.sciens.com.ar](http://www.sciens.com.ar)

[info@sciens.com.ar](mailto:info@sciens.com.ar)

No se permite la reproducción parcial o total, el almacenamiento, el alquiler, la transmisión o la transformación de este libro, en cualquier forma o por cualquier medio, sea electrónico o mecánico, mediante fotocopias, digitalización u otros métodos, sin el permiso previo y escrito del editor. Su infracción está penada por las leyes 11.723 y 25.446.

# Prólogo

## Perturbaciones de la ansiedad en los adultos mayores: un problema de la salud pública

Carlos Augusto de Mendonça Lima, MD; DSci

Secretario, WPA Section of Old Age Psychiatry

Conselheiro, EPA Section of EPA Section of Geriatric Psychiatry

Responsável, Unidade de Psiquiatria Geriátrica, Centre Les Toises, Lausanne, Suíça

El miedo es una emoción normal, pero a veces se torna fuera de control e interfiere con la capacidad de hacer frente a la vida cotidiana, caracterizando así el inicio de un trastorno de ansiedad. Las personas mayores con trastornos de ansiedad experimentan una disminución significativa de la calidad de vida y los trastornos funcionales pueden provocar a largo plazo discapacidad significativa, como la reducción de la autonomía e independencia. Ansiedad, ataques de pánico y fobias llegan aproximadamente al 10% en las personas mayores. Son los trastornos mentales más comunes en la comunidad y en el contexto de la atención primaria, más frecuente en mujeres que en hombres y tienen una alta tasa de comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos y somáticos. Su detección precoz es posible gracias a que a lo clínico se incluye el uso de escalas de calificación que son altamente sensibles y específicas. Las personas mayores con problemas somáticos significativos deben ser evaluados sistemáticamente para detectar posibles alteraciones de ansiedad que puede presentar ya que suelen ser causa de complicaciones y agravamiento de las mismas, aumentando el costo de su tratamiento, incluyendo las hospitalizaciones evitables. El uso de ciertos medicamentos puede también causar síntomas de ansiedad. El tratamiento, en general, tales como la educación sobre el tratamiento y los síntomas, el seguimiento continuo de los síntomas, con el apoyo de técnicas de autoayuda y grupos de apoyo o psicoeducativo se muestran muy útiles y eficaces para los casos leves y moderados en el nivel de atención primaria. Se indican terapias cognitivo-conductuales y deben ser realizadas por expertos, pero sus principios también pueden ser utilizados por los profesionales de atención primaria. Los antidepresivos son los mejores fármacos indicados para los trastornos de ansiedad, y en la medida de lo posible, las benzodiacepinas deben evitarse, excepto en situaciones de crisis. La identificación y el tratamiento de los trastornos de ansiedad son un importante problema de salud pública y deben ser objeto de la educación permanente para todos aquellos que se dedican a esta población vulnerable.

Este trabajo es una contribución muy importante y bienvenido a garantizar y mantener una adecuada formación. Se presenta el tema con claridad, en forma de esquemas para facilitar la consulta y poner en práctica inmediatamente las recomendaciones que se basan en la evidencia más reciente de la literatura, un recurso no solo para los especialistas, sino también para todos los profesionales de atención primaria y hasta los usuarios de los servicios de salud.



## Prefacio

En 1996, en Ginebra se emitió un documento que es la Declaración de Consenso sobre la atención psiquiátrica a las personas de edad avanzada, producido conjuntamente por la OMS y por la Sección de Psiquiatría Geriátrica de la Asociación Mundial de Psiquiatría con la colaboración de varias ONGs pertinentes y la participación de expertos procedentes de países de distintas regiones de la OMS.

En el mismo expresa: *La Psiquiatría geriátrica es una rama de la psiquiatría y forma parte de la provisión de atención multidisciplinaria a la salud mental del anciano. La especialidad es denominada a veces “psiquiatría geriátrica”, “psiquiatría de la vejez” o “psicogeriatría”.*

Su campo de acción es la atención psiquiátrica a personas en edad de jubilación y por encima de esta. Muchos servicios fijan una edad “de corte” a los 65, pero puede variar según los países y las prácticas locales: varios servicios especializados contemplan la ayuda a personas más jóvenes con demencia. La especialidad se caracteriza por su orientación comunitaria y su aproximación multidisciplinaria a la evaluación, diagnóstico y tratamiento. La especialidad se ocupa del amplio abanico de enfermedades mentales y sus consecuencias, especialmente los trastornos afectivos y de ansiedad, las demencias, las psicosis de la vejez y el abuso de substancias. Además, la especialidad ha de ocuparse de ancianos que hayan desarrollado enfermedades mentales crónicas en una edad más temprana. De todos modos, las patologías psiquiátricas en la edad avanzada suelen coexistir con dolencias físicas, y presentan muchas posibilidades de verse complicadas por problemas sociales. Los ancianos pueden también presentar más de un diagnóstico psiquiátrico. Los factores arriba mencionados, junto con los cambios biológicos, sociales y culturales asociados al envejecimiento pueden alterar significativamente la presentación clínica de las enfermedades mentales en la edad avanzada. Los sistemas actuales de diagnóstico (ICD-10, DSM-5, etc.) no tienen demasiado en cuenta todos estos factores. Los trastornos de ansiedad en el adulto mayor suelen ser subdiagnosticados y subtratados, la formación médica de pregrado no incluye al psicogeriatra y el médico se maneja con los parámetros correspondientes al adulto.

El objetivo de esta obra ha sido trabajar en esquemas las patologías más frecuentes en la consulta psicogeriátrica. Se desarrollan, sus características, prevalencia, clasificaciones, diagnóstico, diagnóstico diferencial, neurobiología y terapéutica farmacológica psicoterapéutica y prevención desde la interdisciplina.

¿Por qué en esquemas? un esquema es una representación gráfica y visual que ayuda en la memorización y cognición. Es una organización estructural de la información que marca los aspectos importantes de un texto, localizando las fuentes cognoscitivas.

Esta modalidad de abordaje acerca de la ansiedad en la vejez está orientada a ser un material de consulta rápida en particular para los jóvenes profesionales en su práctica cotidiana.



### **Agradecimientos**

Al destacado Prof. Dr. Carlos de Mendonça Lima por haber realizado el prologo del libro.

A mi esposo por su permanente afecto y colaboración.

Dedico este trabajo a mi familia, colegas y estudiantes



Agradezco al Laboratorio Casasco por ayudar a difundir este material.



## Datos del autor

Dra. Alicia B. Kabanchik

Médica Especialista en Psiquiatría

Dra. en Salud Mental UBA

Magister en Psiconeurofarmacología Universidad Favaloro

Directora de la Carrera de Especialista en Psicogeriatría Universidad Maimónides



# Índice

Prólogo .....	05
Prefacio .....	07
Autor .....	13
Ansiedad .....	19
Etimología .....	19
Definición .....	19
Ansiedad Normal y Patológica .....	19
Historia .....	21
Síntomas de ansiedad: Físicos, psíquicos, conductuales cognitivos y sociales .....	23
Envejecimiento .....	29
Ansiedad y Vejez .....	30
Ansiedad durante el envejecimiento por: perdidas, enfermedad, conflictos familiares económicos soledad .....	32
Crisis transitoria de ansiedad por cumpleaños .....	33
Aportes psicoanalíticos .....	34
Personalidad y longevidad .....	38
Centenarios .....	39
Indicadores .....	43
Epidemiología .....	45
Neurobiología .....	46
Neuroendocrinología .....	55
Comorbilidades .....	59
- Clasificaciones DSM -5 ICD 10 .....	64
- Trastorno de ansiedad por separación .....	68
- Mutismo selectivo .....	71
- Fobia específica .....	74
- Trastorno de ansiedad social. Fobia social .....	78
- Trastorno de pánico .....	81
- Agorafobia .....	84
- Trastorno de ansiedad generalizada .....	87
- Trastorno de ansiedad inducido por sustancias/medicamentos .....	91

- Trastorno de ansiedad debido a otra afección médica .....	96
- Trastorno obsesivo-compulsivo .....	98
- Trastorno dismórfico corporal .....	101
- Trastorno de acumulación .....	103
- Trastorno de estrés postraumático .....	105
- Trastorno de estrés agudo .....	109
- Trastornos de adaptación .....	112
Metodología diagnóstica .....	116
Tratamiento Farmacológico .....	118
Tratamiento No Farmacológico .....	125
Prevención .....	128
Envejecimiento activo .....	129
Envejecimiento exitoso .....	131
Reconocimiento y cuidado .....	132







# ANSIEDAD

## ETIMOLOGÍA →

- Del latín *anxietas, anxietatis*
- Proviene de la raíz indoeuropea angh de la cual deriva ansietas y angor (constricción, sufrimiento)

## DEFINICIÓN →

- "La ansiedad es un estado emocional que genera una situación de alerta, donde hay un aumento de la percepción debido a una necesidad del organismo. Puede estar dentro de la normalidad o de la enfermedad según como responda la persona a estas alertas" (Kazdin, A. 1996).
- Sensación de inquietud, temor, aprensión y desastre inminente; no tan intensa o duradera como para ser incapacitante.  
[diccioned.eusal.es](http://diccioned.eusal.es)

## ANSIEDAD NORMAL →

- La ansiedad normal es adaptativa y permite a la persona responder al estímulo de forma adecuada. Se presenta ante estímulos reales o potenciales (no imaginarios o inexistentes).
- La reacción es proporcional cualitativa y cuantitativamente, en tiempo, duración e intensidad.
- Área de Psiquiatría de la Universidad de Oviedo CIBERSAM. (2010/2011).

## ANSIEDAD PATOLÓGICA →

- Los trastornos de ansiedad son un grupo de enfermedades caracterizadas por la presencia de preocupación, miedo o temor excesivo, tensión o activación que provoca un malestar notable o un deterioro clínicamente significativo de la actividad del individuo.
- López-Ibor JJ, Valdés M, editores. *DMS-IV-TR-AP. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Texto revisado. Atención Primaria. Barcelona: Masson; 2004.

# ANSIEDAD



La ansiedad es una experiencia humana adaptativa que puede ocurrir en todas las edades y sirve para ayudar a llamar la atención, evitar o afrontar el peligro y la amenaza inmanente.



Tiene fuertes fundamentos genéticos y biológicos, y cuando sirve a esa función adaptativa para el organismo, puede ser vista como útil.



La ansiedad es una primera forma líneal y universal para responder al estrés y la amenaza.



Los trastornos de ansiedad son extremadamente heterogéneos en sintomatología, etiología y resultados y plantea grandes desafíos a la investigación y práctica clínica.

*Int Psychogeriatr. 2015 Jul;27(7):1053-6*  
Late-life anxiety is coming of age  
Beekman AT, Oude Voshaar R, Pachana NA.

# HISTORIA

● En DSM I.II y III se hablaba de Neurosis

Neurosis fóbica, neurosis obsesiva –compulsiva, neurosis depresiva, neurosis hipocondríaca, neurosis neurasténica, neurosis de despersonalización, neurosis inespecífica.

● Con el advenimiento de los psicofármacos, Klein y Fink 1962 observan que hay pacientes respondedores a benzodiacepinas y otros no, aquellos no respondedores, presentan buena respuesta a imipramina y propone una subclasicación de la neurosis ansiosa. Introduce los términos de *Panic Attacks* y *Panic Disorder* basado en la farmacosensitividad.

● En 1978 the *Reserch Diagnosis Criteria* (RDC) basado en los aportes de Klein y Fink propone un nuevo sistema clasificatorio, precursor del actual DSM. Menciona por 1ra vez el trastorno de ansiedad generalizada (TAG) como entidad separada.

● En el DSM III-R 1987 desaparece el término neurosis

● ICD-10 conserva el término neurosis

Trastornos neuróticos secundarios a situaciones estresantes y somatomorfas.

# S. FREUD

Clasificación y definición de **Neurosis**

1894-95.



**Psiconeurosis:**  
neurosis fobica,  
histerica y obsesiva

**Neurosis Actuales:**  
neurastenia  
neurosis de angustia  
hipocondría

Afección psicógena cuyos síntomas son la expresión simbólica de un conflicto que tiene sus raíces en la historia infantil del sujeto y constituyen compromisos entre el deseo y la defensa

El origen está en el presente, no debe buscárselo en los conflictos infantiles  
Los síntomas no constituyen expresión simbólica y sobre-determinada que resultan de la falta o inadecuación de la satisfacción sexual





# FÍSICOS



TAQUICARDIA, PALPITACIONES,  
OPRESIÓN EN EL PECHO



FALTA DE AIRE, TEMBLORES,  
SUDORACIÓN



DIFICULTADES DIGESTIVAS,  
NÁUSEAS, VÓMITOS



ALTERACIONES DE LA ALIMENTACIÓN,  
TENSIÓN MUSCULAR



CANSANCIO, HORMIGUEO, SENSACIÓN  
DE MAREO E INESTABILIDAD



ALTERACIONES DEL SUEÑO, LA ALIMENTACIÓN  
Y LA RESPUESTA SEXUAL



# PSÍQUICAS



INQUIETUD, AGOBIO,  
SENSACIÓN DE PELIGRO



GANAS DE HUIR, INSEGURIDAD



SENSACIÓN DE VACÍO,  
DESPERSONALIZACIÓN



TEMOR A PERDER EL CONTROL



TEMOR LA MUERTE,  
A ENLOQUECER, A MORIRSE



INCERTIDUMBRE,  
DIFICULTAD PARA TOMAR DECISIONES



# CONDUCTUALES



ALERTA, HIPERVIGILANCIA



BLOQUEO, TORPEZA



IMPULSIVIDAD, INQUIETUD MOTORA,  
DIFICULTAD PARA ESTAR QUIETO



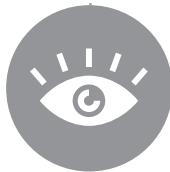
RIGIDEZ, MOVIMIENTOS TORPES DE  
MIEMBROS SUPERIORES E INFERIORES



TENSIÓN DE LAS MANDÍBULAS



CAMBIOS EN LA VOZ



EXPRESIÓN DE ASOMBRO

# COGNITIVOS



DIFICULTADES DE ATENCIÓN,  
CONCENTRACIÓN Y MEMORIA



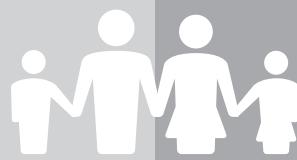
PREOCUPACIÓN EXCESIVA,  
EXPECTATIVAS NEGATIVAS, RUMIACIÓN



PENSAMIENTOS DISTORSIONADOS



INCREMENTO DE LAS DUDAS, SENSACIÓN DE  
CONFUSIÓN, INTERPRETACIONES INADECUADAS,  
SUSCEPTIBILIDAD, ETC



# SOCIALES



IRRITABILIDAD, ENSIMISMAMIENTO



DIFICULTADES PARA INICIAR O SEGUIR UNA CONVERSACIÓN, EN UNOS CASOS, Y VERBORRAGIA EN OTROS,



BLOQUEARSE O QUEDARSE EN BLANCO A LA HORA DE PREGUNTAR O RESPONDER



DIFICULTADES PARA EXPRESAR LAS PROPIAS OPINIONES O HACER VALER LOS PROPIOS DERECHOS, TEMOR EXCESIVO A POSIBLES CONFLICTOS, ETC.

# ENVEJECIMIENTO

Envejecer es un proceso que se inicia al finalizar la fase de crecimiento y madurez de los individuos, alrededor de los 25 años



Se es adulto mayor, por consenso, a partir de los 65 años



Al principio sus efectos son imperceptibles, pero van siendo más visibles con el paso del tiempo



Hay mayor vulnerabilidad y fragilidad



Se envejece heterogéneamente

# ANSIEDAD Y VEJEZ

La ansiedad durante el envejecimiento

Mario Strejilevich

*Temas de Psicogeriatría* 1979 Ediciones 1919 pp 255-266



La ansiedad en el envejecimiento es la resultante de un proceso psicobiológico de aparición variable según el umbral individual y que a cierta intensidad, toma una connotación subjetiva desagradable, parecida a un presentimiento de peligro vinculado con el miedo, que puede ubicarse entre las vivencias afectivas.....



Una ansiedad patológica puede bloquear la capacidad intelectual e incluso producir una desorganización en la integridad del yo



No existe la ansiedad sino la persona ansiosa  
no existe ansiedad sin correlato biológico.



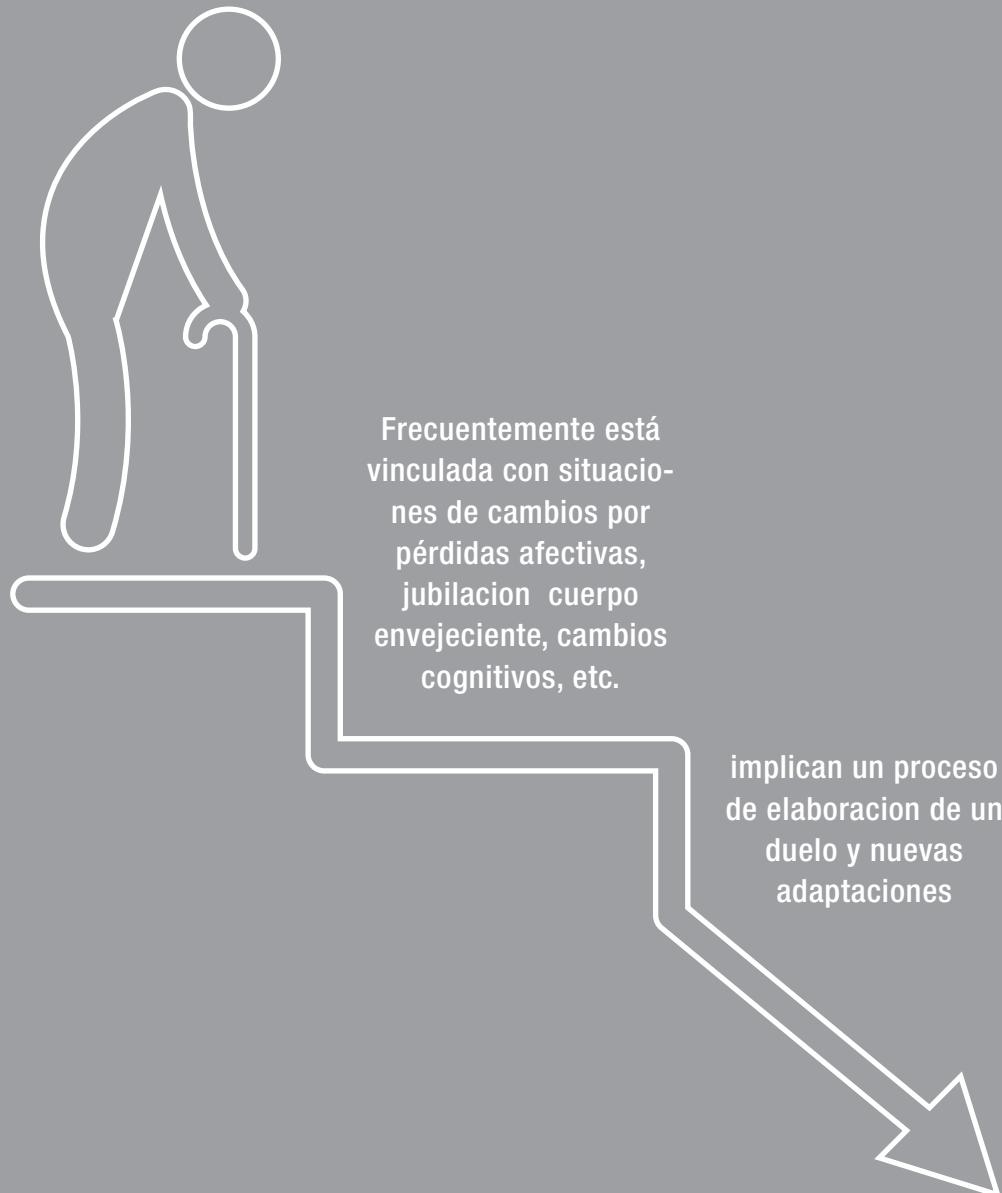
Muchas veces, luego de un pasado indemne de patología psiquiátrica, los adultos mayores desarrollan trastornos de ansiedad que en oportunidades evolucionan a depresión.

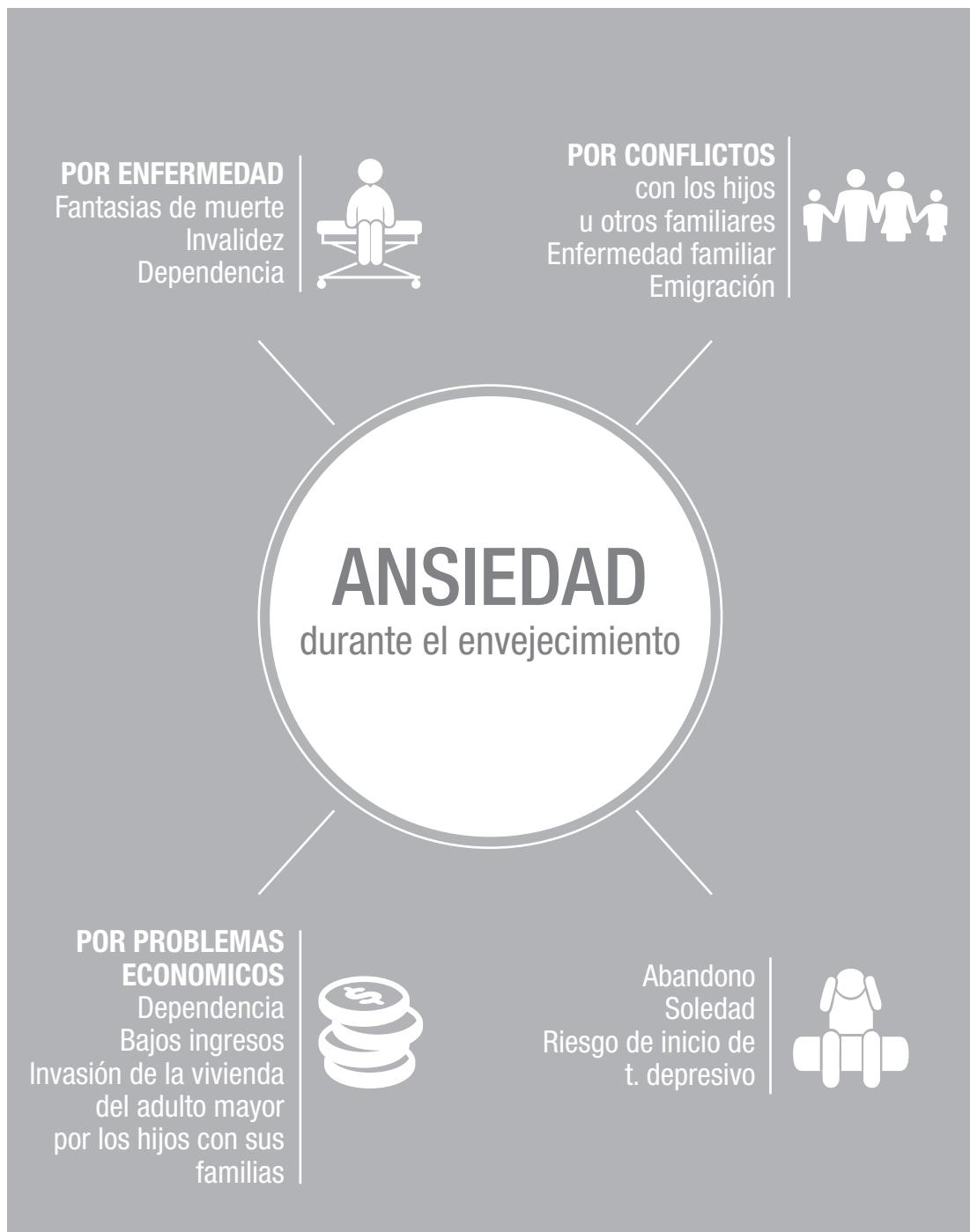
**11% mujeres mayores de 67 años, 2% hombres**

Samuelsson G, McCamish-Svensson C, Hagberg B, G Sundström, Dehlin O. *Aging Ment Health.* 2005 Nov;9(6):571-5.

*Incidence and risk factors for depression and anxiety disorders: results from a 34-year longitudinal Swedish cohort study.*

# ANSIEDAD DURANTE EL ENVEJECIMIENTO NORMAL







## CRISIS DE ANSIEDAD TRANSITORIA

POR CUMPLEAÑOS

O EDAD SIMILAR AL DE LA  
PÉRDIDA DE LOS PADRES

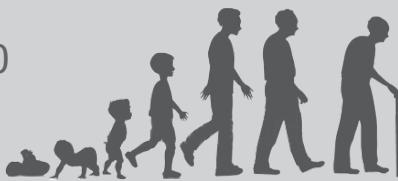
80-90, 95, 100 AÑOS....

ES EL ÚLTIMO!

# Aportes psicoanalíticos



## DURANTE EL PROCESO DEL ENVEJECIMIENTO



Se produce una modificación de las aspiraciones narcisistas.

Aquellos acontecimientos biológicos, psicológicos y sociales, vividos como heridas narcisistas, precipitan la desinvestidura del sí mismo pudiendo conducir a la enfermedad o a la muerte.

**SIGMUND  
FREUD →**  
**1856-1939**

La relación entre narcisismo y autoestima fue establecida. Freud ofrece una valoración positiva del narcisismo como estructurante de la personalidad. Para él, el narcisismo no es sólo una etapa evolutiva, sino también una estructura estable del ser humano nunca terminado, probablemente, se inicia en la vida prenatal y nos acompaña hasta el último día de la vida conservando su coherencia.

**ERIK  
ERIKSON →**  
**1902-1994**

Integridad- Desesperación

En su teoría del desarrollo de la personalidad plantea que en la última etapa de la vida el viejo oscila entre la integridad cuando está satisfecho con su vida y la desesperación que da lugar a patologías porque carece ya del tiempo biológico para cumplir sus objetivos.

**HEINTZ  
KOHUT →**  
**1913-1981**

Plantea la transformaciones del narcisismo a lo largo de la vida como serie de logros yoicos.

- Al *reconocimiento de la finitud*: la posibilidad de poder no temer a la muerte se debe a la transformación del narcisismo en uno más amplio que él denomina cósmico.
- El *sentido del humor*: modo en que un sujeto puede superar su temor a la muerte, es un triunfo sobre el narcisismo. El narcisismo cósmico y el sentido del humor, constituyen transformaciones que ayudan al hombre a tolerar la muerte quedando activo con deseo.
- La *sabiduría*, se basa en su aceptación de las limitaciones de los poderes físicos, intelectuales y emocionales.
- El *sentido del humor*, la aceptación de la muerte y los ideales de trascendencia posibilitan acceder a la sabiduría, actitud estable de la personalidad frente a la vida.

**OTTO  
KERNBERG →  
1928**

Describe al sujeto narcisista por tener una actitud autosuficiente, sin conciencia de la existencia de los demás, ni de sus sentimientos de rabia y envidia hacia ellos. Destaca la importancia de la patología del yo grandioso que le sirve para protegerse de la desvalorización e incapacidad de reconocer a un otro diferente, jerarquiza el papel de la agresión en los desarrollos estructurales internos.

**CLAUDE  
BALIER →  
1925-2013**

Plantea que en el ensamble del ciclo de la vida con la trayectoria del narcisismo, sumados a los fenómenos biológicos y eventos sociales, constituye la herida narcisista que genera la desinvestidura del sí mismo y la producción de la muerte. Lo biológico asociado a la herida narcisista sería el origen del envejecimiento del sí mismo sumado a una sociedad que ejerce restricciones. La organización de las sociedades industriales actuales responderían a cierto tipo de ideal del Yo debajo de cual operaría el narcisismo de la personalidad.

**MAUD  
MANNONI →  
1923-1998**

El derrumbe psíquico de ancianos enfermos, aislados o mal tolerados por su familia o por la Institución, se debe a que en su relación con el otro la persona de edad ya no es tratada como sujeto sino solo como un mero objeto de cuidados. Su deseo ya no encuentra anclaje en el deseo del Otro. No preparados para vincularlos con las personas de edad, nuestra sordera nos quita recursos para que vuelvan a arrancar como sujetos deseantes.

# Rasgos de personalidad

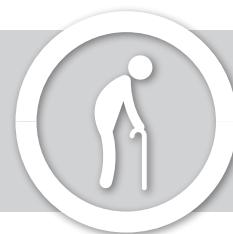
## NEUROTICISMO

Es un rasgo psicológico relativamente estable y que define una parte de la personalidad, el cual conlleva, para quien puntúa alto en este rasgo: inestabilidad e inseguridad emocional, tasas elevadas de ansiedad, estado continuo de preocupación y tensión, con tendencia a la culpabilidad y generalmente unido a sintomatología psicosomática.

## EXTRAVERSIÓN

Aproximación dinámica y activa hacia el mundo social e incluye rasgos como sociabilidad, assertividad, actividad y emociones positivas.

# Personalidad y longevidad



4.937 participantes de la larga vida familiar  
(edad media 70 años).  
Modelo mixto lineal de la edad y el género.



FAMILIAS LONGEVAS



bajo en neuroticismo



alto en extraversion

Factores de personalidad, y más concretamente bajo neuroticismo y extraversion alta, puede ser importante para alcanzar la extrema vejez, lo que sugiere que factores ambientales pueden desempeñar un papel importante, además de factores genéticos.

*Gerontol B Psychol Sci Soc Sci. 2013 Sep;68(5):739-49. Personality factors in the Long Life Family Study. Andersen SL1, Sun JX, Sebastiani P, Hurntly J, Gass JD, Feldman L, Bae H, Christiansen L, Perls TT.*



## Centenarios

*Personality and Longevity: Knowns, Unknowns, and Implications for Public Health and Personalized Medicine*

BP. Chapman, B Roberts, P Duberstein  
J Aging Res. 2011



Un mayor nivel de conciencia y reducir los niveles de hostilidad y  
Tipo D de la personalidad "en dificultades" se asocia con una  
mayor longevidad



Los niveles de extraversión, apertura, el control percibido y la  
baja de la supresión emocional pueden estar asociados con una  
mayor esperanza de vida



El neuroticismo elevado está en detrimento de la esperanza de  
vida, pero algunos de los componentes en algunos niveles  
pueden ser saludables o de protección.



Poon, LW; Martin P; Bishop A *et al.*  
*Current Gerontology and Geriatrics Research* Vol 2010  
Understanding Centenarians' Psychosocial Dynamics  
and Their Contributions to Health and Quality of Life

- Los centenarios fueron:
  - Responsables, tolerantes, capaces, relajados, eficientes y no propensos a la ansiedad.
  - Estudio de centenarios Georgia.
  - Personalidad robusta, bajos niveles de neuroticismo, escrupulosidad y extraversion alto.
  - Elevada conciencia y agradabilidad.
  - Bajos niveles de Neuroticismo.



## Behavioral neuroscience of emotion in aging

Kaszniaak AW, Menchola M  
*Curr Top Behav Neurosci.* 2012;10:51-66

Investigaciones recientes sobre emociones y el envejecimiento han revelado una estabilidad de la experiencia emocional de la adultez a mayor edad

La expresión emocional permanece intacta con el envejecimiento

Investigación en atención y memoria para información emocional apoya un proceso de disminución de estímulos emocionales negativos (es decir, una disminución en el efecto de negatividad en adultos jóvenes) y un aumento relativo en el procesamiento de estímulos emocionales positivos (efecto de positividad).

Estas respuestas y la memoria atencional han sido interpretadas, dentro de la teoría de la selectividad socioemocional, como el reflejo de una mayor motivación para la regulación de la emoción con el envejecimiento.

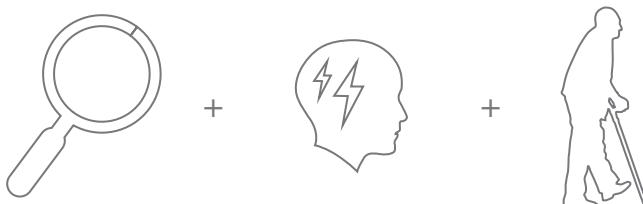
Según esta teoría, como la edad de las personas, su tiempo futuro percibida se reduce el horizonte y un mayor valor se coloca en cultivar relaciones cercanas, familiares y significativas y otras situaciones que dan lugar a una experiencia emocional positiva, y se evita o se desplaza la atención de las personas y situaciones que suelen provocar emoción negativa.

# LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD SON ESCASAMENTE ESTUDIADOS EN LOS ADULTOS MAYORES

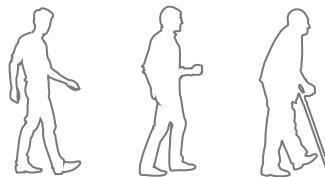
Health anxiety disorders in older adults: conceptualizing complex conditions in late life.

El-Gabalawy R, Mackenzie CS, Thibodeau MA, Asmundson GJ, Sareen J.

*Clin Psychol Rev.* 2013 Dec;33(8):1096-105..



LAS PRESENTACIONES  
DE LA ANSIEDAD  
DIFIEREN CON LA EDAD



PUEDEN NO SER RECONOCIDOS Y, POR TANTO  
SON SUBDIAGNOSTICADOS Y SUBTRATADOS;

Anxiety and depression in old age: challenges in recognition and diagnosis.

Bryant C.

*Int Psychogeriatr.* 2010 Jun;22(4):511-3..

Aging-related diagnostic variations: need for diagnostic criteria appropriate for elderly psychiatric patients.

Jeste DV, Blazer DG, First M.

*Biol Psychiatry.* 2005 Aug 15;58(4):265-71.

LOS ADULTOS MAYORES MUESTRAN UNA DISMINUCIÓN DE LA ACTIVIDAD DEL  
SISTEMA NERVIOSO AUTÓNOMO

Agingcognition: from neuromodulation to representaton LiSC,

Lindenberger U, Sikström S.

*Trends Cogn Sci.* 2001 Nov 1;5(11):479-486.

EL DETERIORO EN EL TRABAJO O LAS RELACIONES SOCIALES (UN CRITERIO CLAVE  
PARA EL DIAGNÓSTICO DE TODOS LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD) PUEDE NO SER  
FÁCILMENTE EVIDENTE SI LA PERSONA ESTÁ JUBILADA O SOCIALMENTE AISLADA, Y  
POR LO TANTO, MÁS CAPAZ DE EVITAR SITUACIONES QUE PROVOCAN ANSIEDAD

Anxiety and depression in old age: challenges in recognition and diagnosis.

Bryant C.

*Int Psychogeriatr.* 2010 Jun;22(4):511-3..

NO MANIFIESTAN POR PREJUICIO O FALTA DE RECONOCIMIENTO LOS SÍNTOMAS DE ANSIEDAD

NO ASISTIR A ACTIVIDADES SOCIALES O NO QUERER GASTAR DINERO PUEDEN SER  
MANIFESTACIONES DE ANSIEDAD

Anxiety Disorders in Older Adults

By Michael B. Friedman, LMSW; Lisa Furst, LMSW, MPH; Zvi D. Gellis, PhD; and Kimberly Williams, LMSW

Social Work Today

July/August 2013 Issue

Vol. 13 No. 4 P. 10

Quejas físicas



Comer en exceso  
o saltar comidas



Salidas disminuidas



## INDICADORES DE ANSIEDAD EN VIEJOS

### ANSIEDAD PATHOLOGÍA

Usar o abusar del  
alcohol



Dormir



Aislamiento





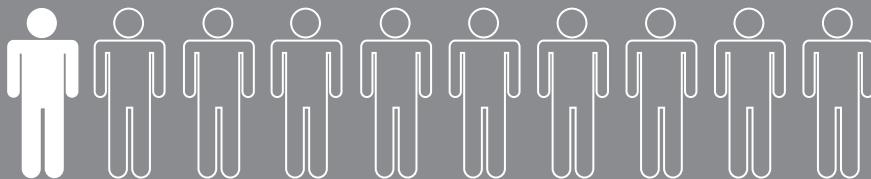
# OMS LA SALUD MENTAL Y LOS ADULTOS MAYORES

Nota descriptiva N° 38, septiembre de 2013

- Los trastornos de ansiedad afectan al 3,8% de la población de edad mayor y los problemas por abuso de sustancias psicotrópicas, casi al 1%.
- Asimismo, aproximadamente una cuarta parte de las muertes por daños autoinfligidos corresponden a personas de 60 años de edad o mayores.
- Es frecuente que los problemas por abuso de sustancias psicotrópicas en los ancianos se pasen por alto o se diagnostiquen erróneamente.

# EPIDEMIOLOGÍA

PREVALENCIA DE APROXIMADAMENTE EL 10 % EN LOS ADULTOS MAYORES RESIDENTES EN LA COMUNIDAD



Prevalence of mood, anxiety, and substance-abuse disorders for older Americans in the national comorbidity survey-replication

Gum AM , King-Kallimanis B , Kohn R

*Am J Geriatr Psychiatry.* 2009 Sep;17(9):769-81.

High occurrence of mood and anxiety disorders among older adults: The National Comorbidity Survey Replication.

Byers AL, Yaffe K, Covinsky KE, Friedman MB, Bruce ML

*Arch Gen Psychiatry.* 2010 May;67(5):489-96



# NEUROBIOLOGÍA

---

Neural systems underlying approach and avoidance in anxiety disorders.

Aupperle RL, Paulus MP

*Dialogues Clin Neurosci.* 2010;12(4):517-31.

Ansiedad patológica: potencialmente debida a una desconexión funcional entre la amígdala (y posiblemente ínsula) y áreas frontales (incluyendo la corteza cingulada anterior, dorsolateral y la corteza prefrontal ventromedial), perjudicando naturales miedo extinción y la conversión de los temores o preocupaciones en condiciones patológicas crónicas.



## Estructuras que intervienen en mayor respuesta de miedo

Functional neuroimaging of anxiety: a meta- social, analysis of emotional processing in PTSD, social anxiety disorder, and specific phobia.  
Etkin A, Wager TD.

*Am J Psychiatry.* 2007; 164 (10): 1476-1488. 2007;164(10):1476-88

**FOBIA  
ANSIEDAD SOCIAL** → hiperactivación de amígdala e ínsula

**ESTRES  
POSTRAUMATICO** →

- hiperactivación de la amigdala e insula
- hipoactivacion, corteza cingulada rostral y dorsal
- corteza prefrontal dorsal y ventromedia

**TRASTORNO DE  
ANSIEDAD  
GENERALIZADA** → correlación positiva entre el volumen de la corteza prefrontal y el nivel de preocupación



## LOS ADULTOS MAYORES PROCESAN MENOS LAS EMOCIONES NEGATIVAS

Effects of aging on functional connectivity of the amygdala during negative evaluation: A network analysis of fMRI data

St Jacques P Dolcos F and Cabeza R

*Neurobiology of aging* 31(2):315-27, 2010 Feb

Los adultos mayores mostraron una disminución de la conectividad funcional con las regiones del cerebro posterior, probablemente debido a que disminuyó el procesamiento perceptivo.

Las diferencias relacionadas con la edad en la evaluación de los estímulos negativos podría reflejar la disminución del procesamiento perceptivo de estos, así como la participación de los procesos de control que inhiben la respuesta a emociones negativas.



La corteza prefrontal (PFC) se reorganiza funcionalmente y anatómicamente para adaptarse a desafíos neuronales en el envejecimiento.



- Este estudio empleó estructural MRI, fMRI estado descansando (rs-fMRI) y difusión de alta resolución angular (HARDI) la proyección de imagen y examinó la reorganización funcional y estructural de los PFC en el envejecimiento.



- 173 sujetos de 21 a 80 años de edad



- Relacionado con la edad, se encontró que aumenta la conectividad estructural entre el PFC y las regiones del cerebro posterior.



- Tales resultados fueron parcialmente mediados por aumentos relacionados con la edad en la conectividad estructural del lóbulo occipital en el cerebro posterior.



- Se cree que la reorganización de PFC en el envejecimiento podría ser, en parte, debido a la adaptación a los cambios relacionados con la edad en la reorganización estructural del cerebro posterior.



- La conectividad estructural de los PFC con el lóbulo temporal estaba completamente mediatizada por el grosor cortical temporal, lo que sugiere que la morfología del cerebro desempeña un papel importante en la reorganización funcional y estructural con el envejecimiento.

Adaptation of brain functional and structural networks in aging.

Lee A, Ratnarajah N, Tuan TA, Chen SH, Qiu A.

*PLoS One.* 2015 Apr 15;10(4):



# PROCESAMIENTO EMOCIONAL EN LA VEJEZ

Etimológicamente el término emoción viene del latín *emotio*, que significa el impulso que induce a la acción.

Las emociones primarias o tempranas dependen del circuito del sistema límbico principalmente amígdala y corteza cingulada anterior (CCA).

Las emociones secundarias dependen del sistema límbico mas cortezas prefrontales y somatosensoriales.

La amígdala forma parte del llamado cerebro profundo, ese donde priman las emociones básicas, tales como la rabia o el miedo, y el instinto de supervivencia.

Antonio R. Damasio

*El error de Descartes:  
la razón de las  
emociones*  
2001



La emoción antecede al sentimiento.

Emociones



Combinación de un proceso evaluador mental simple o complejo con repuestas disposicionales a este proceso, la mayoría dirigidas hacia el cuerpo propiamente dicho, que producen un estado emocional corporal.

Sentimientos



La percepción de un determinado estado del cuerpo junto con la percepción de un determinado modo de pensar y de pensamientos con determinados temas.

Reflections of AgeRelated Decline or Increased Emotion Regulation?

Kaoru Nashiro Michiko Sakaki Mara Mathe

*Gerontology*, PublishedOnline: June 21, 20

A pesar de que la salud física y las habilidades cognitivas disminuyen con el envejecimiento, la capacidad de regular la emoción sigue siendo estable y en algunos mejora a través de la vida adulta.



## Behavioral neuroscience of emotion in aging

Kaszniak AW, Menchola M  
*Curr Top Behav Neurosci.* 2012;10:51-66

Investigaciones recientes sobre emociones y el envejecimiento han revelado una estabilidad de la experiencia emocional de la adultez a mayor edad

La expresión emocional permanece intacta con el envejecimiento

Investigación en atención y memoria para información emocional apoya un proceso de disminución de estímulos emocionales negativos (es decir, una disminución en el efecto de negatividad en adultos jóvenes) y un aumento relativo en el procesamiento de estímulos emocionales positivos (efecto de positividad).

Estas respuestas y la memoria atencional han sido interpretadas, dentro de la teoría de la selectividad socioemocional, como el reflejo de una mayor motivación para la regulación de la emoción con el envejecimiento.

Según esta teoría, como la edad de las personas, su tiempo futuro percibida se reduce el horizonte y un mayor valor se coloca en cultivar relaciones cercanas, familiares y significativas y otras situaciones que dan lugar a una experiencia emocional positiva, y se evita o se desplaza la atención de las personas y situaciones que suelen provocar emoción negativa.

Age and the balance emotions.

Ross CE Mirowsky J

*Soc Sci Med.* 2008 Jun;66(12):2391-400

CON LA EDAD, LA CALIDAD DE LAS EMOCIONES PUEDE NO SOLO CAMBIAR DE TONO NEGATIVO A POSITIVO, SINO TAMBIÉN DE ACTIVO A PASIVO.



EXALTACIÓN



SERENIDAD



AGITACIÓN  
ANSIEDAD  
IRA



SOSIEGO



CON EL FIN DE EXPONER CON PRECISIÓN LOS CAMBIOS EN EL TONO EMOCIONAL, LA EDAD PUEDE SER CONSIDERADA COMO INDICADOR DE MADUREZ Y DECLIVE.

ESTE ARTÍCULO EXAMINA LOS RESULTADOS DE LAS EMOCIONES (MÓDULO DEL 1996) ENCUESTA SOCIAL GENERAL DE EE.UU. Y ENCUENTRA APOYO A LA IDEA DE QUE LA EDAD SE ASOCIA CON UN CAMBIO DE LAS EMOCIONES. NEGATIVAS A POSITIVAS Y DE ACTIVAS A PASIVAS, DE LAS EMOCIONES, DE NEGATIVAS A POSITIVAS.

Emotional aging recent findings and future trends

Casternsen L, Scheibe S.

*Journal of Gerontology 2010. Vol 65 B Issue 2, pp. 135-144.*



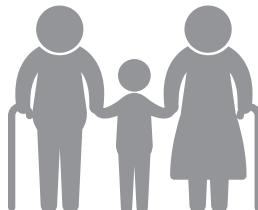
EN CONTRASTE CON  
EL DETERIORO  
COGNITIVO Y FÍSICO



EL ENVEJECIMIENTO  
EMOCIONAL SUGIERE  
QUE LA MAYORÍA DE LOS  
ADULTOS MAYORES



DISFRUTAN DEL BIENESTAR  
AFECTIVO Y ESTABILIDAD  
EMOCIONAL EN  
SUS 70 Y 80 AÑOS



# NEUROENDOCRINOLOGÍA

A lifespan view of anxiety disorders

Lenze EJ, Loebach Wetherell J.

*Dialogues Clin Neurosci.* 2011 Dec; 13(4): 381–399.



El envejecimiento del cerebro es menos capaz de regular el eje HPA y es más vulnerable a las noxas

En los adultos mayores, la ansiedad crónica puede causar hiperactividad, del eje, con efectos deletéreos sobre la memoria y la función ejecutiva

El supuesto mecanismo es un efecto de alta cortisol en las estructuras cerebrales (por ejemplo, el hipocampo y la corteza prefrontal) que participan en la neurocognición crónicamente elevados de cortisol desensibiliza los receptores de glucocorticoides SNC, con la consiguiente modificaciones sináptica y cambios morfológicos en estas estructuras

Hiperactividad eje HPA, con 40 % a 60 % niveles más altos de cortisol que las comparaciones

Encontramos un efecto neuroendocrino del tratamiento: sujetos que recibieron escitalopram tuvieron una reducción de 12% a 15% en el pico y el cortisol total con escitalopram (vs no cambió con placebo). el efecto neuroendocrino se correlacionó con la menor ansiedad. Esto indica que disfunción HPA en la final de la vida ansiedad es modificable con el tratamiento

# ANSIEDAD



## FACTORES DE RIESGO

### BIOLÓGICOS



### PSICOLÓGICOS



### SOCIALES



neurobiológicos, como género femenino, deterioro cognitivo, enfermedades crónicas, mala salud, limitaciones funcionales,

rasgos de personalidad como el neuroticismo y pobre afrontamiento

tener ingresos más bajos y experimentar eventos traumáticos, vivir solo, discapacidad

## S. Stahl 2008, “Endofenotipos

● Las personas con genotipo SERTs” tienen mayor predisposición a responder con miedo y/o ansiedad ante distintos estresores (circuito vulnerable: procesamiento disfuncional de las emociones). Por el contrario, las personas con genotipo SERT L ante los mismos eventos estresantes no responden con conductas de hiperactivación (circuito resiliente).

● El procesamiento del estímulo estresante se encuentra influenciado no solo por la predisposición genética sino también por la experiencia previa de cada individuo.

● Como resultado final se generan cambios plásticos responsables de patología. Además, la presencia de múltiples estresores pueden condicionar la aparición de un cuadro depresivo/ansioso

La asociación entre la ansiedad y la discapacidad es mayor con el aumento de edad y es bidireccional



La ansiedad parece estar asociada con mayor mortalidad

Scared to death: results from the Health, Aging, and Body Composition study.  
Brenes GA, Kritchevsky SB, Mehta KM, Yaffe K, Simonsick EM, Ayonayon HN,  
Rosano C, Rubin SM, Satterfield S, Penninx BW.  
*Am J Geriatr Psychiatry.* 2007 Mar;15(3):262-5.

Los síntomas de ansiedad o de trastornos en personas de edad avanzada se asocian con una declinación cognitiva acelerada

La relación implica cambios en el eje hipotalámico-hipofisario-adrenal

The effects of stress and stress hormones on human cognition: Implications for the field of brain and cognition.

Lupien SJ1, Maheu F, Tu M, Fiocco A, Schramek TE.

*Brain Cogn.* 2007 Dec;65(3):209-37. Epub 2007 Apr 26.

# Ansiedad/Comorbilidades



ENFERMEDADES MÉDICAS



DEPRESIÓN



DEMENCIAS



ALCOHOLISMO



ABUSO DE SUSTANCIAS

## Ansiedad y comorbilidades

Comorbid anxiety disorders in late-life depression: results of a cohort study.

Van der Veen DC, van Zelst WH, Schoevers RA, Comijs HC, Oude Voshaar RC.

*Int Psychogeriatr.* 2015 Jul;27(7):1157-65.

● Tasa de prevalencia de trastornos de ansiedad comórbidos en la depresión del final de la vida fue de 38.6 %.

● Determinantes de comorbilidad:

- Edad avanzada
- Sexo femenino
- Baja educación
- Traumas tempranos
- Neuroticismo
- Extraversión y conscientización no obstante

35 %

Treinta y cinco por ciento de sujetos mayores con trastornos depresivos tenían al menos un diagnóstico de trastorno de ansiedad de por vida



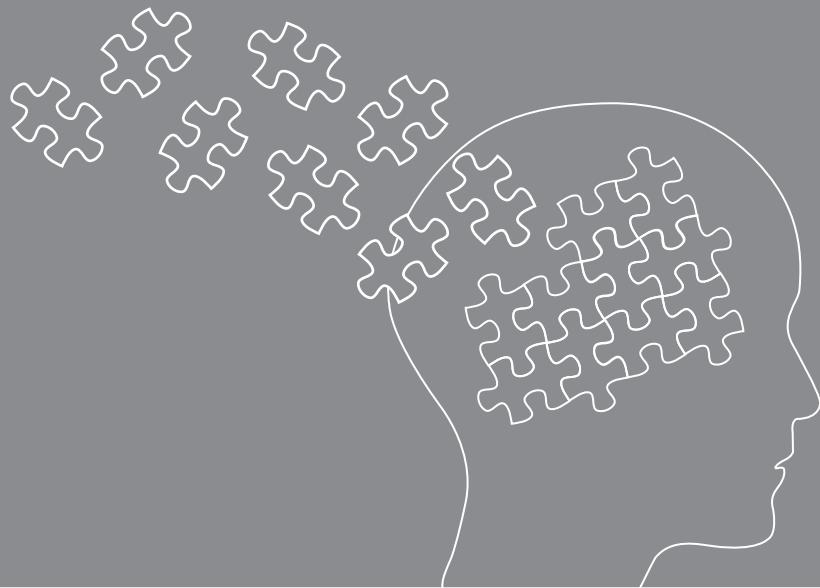
23% tenían un diagnóstico actual.

Los trastornos de ansiedad comórbidos actuales más frecuentes fueron trastorno de pánico (9.3 %), fobias específicas (8.8 %) y fobia social (6,6 %). Los trastornos de ansiedad estuvieron presentes en el 27,5 % de los sujetos deprimidos.

Los trastornos de ansiedad comórbida fueron asociados con peor función social y mayor nivel de síntomas somáticos



Los síntomas del trastorno de ansiedad generalizada se asociaron con un mayor nivel de suicidio.



La ansiedad en la demencia se asocia con peor pronóstico, peor calidad de vida, más alteraciones conductuales, mayores limitaciones funcionales, alteraciones del sueño (despertares y pesadillas), y empeoramiento en el rendimiento neuropsicológico (Seignourel, 2008).



Se ha asociado con mayor riesgo de institucionalización, y sobre-carga del cuidador (Banerjee, 2006, Hoe; 2006).



En pacientes con demencia es frecuente la ansiedad ligadas a cambio de cuidadores, de lugar ir al centro de día, aseo, etc. Son frecuentes los temores fóbicos a quedarse solo, situaciones no familiares, a los viajes, a salir de casa, a la higiene; al agua, a la ducha

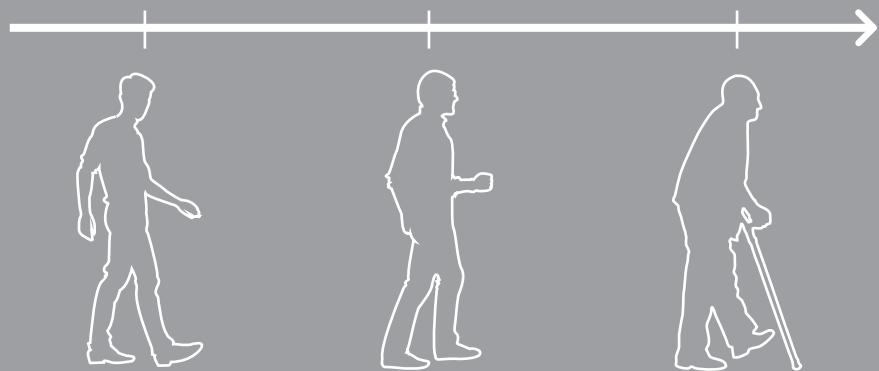
Anxiety symptoms in 74+ community-dwelling elderly: associations with physical morbidity, depression and alcohol consumption.

Forlani M, Morri M, Belvederi Murri M, Bernabei V, Moretti F, Attili T, Biondini A, De Ronchi D, Atti AR.

PLoS One, Feb. 26, 2014

OBJETIVO ESTIMAR LA PREVALENCIA DE LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD EN MAYORES DE 74 AÑOS EN ITALIA, PROYECTO FAENZA

## ANSIEDAD



Ansiedad: 1 de cada 5 participantes 21%



Hipótesis: los síntomas de ansiedad son muy frecuentes en la morbilidad física, depresión y consumo de alcohol

Asociado significativamente a depresión OR 5,6 por rango

Morbilidad física por enfermedad OR 3,5

sexo femenino OR 2,8

Asociación significativa con el consumo de alcohol superior a 1 unidad de alcohol por día

Los síntomas de ansiedad son muy comunes en personas mayores, sobre todo cuando es médicalemente enfermos.

La depresión y el consumo de alcohol a menudo co-ocurren con síntomas de ansiedad en la edad avanzada, por lo que requiere una atención especial en la práctica clínica diaria.

T. de ansiedad  
Clasificaciones



DSM-5



ICD10

## Trastornos de Ansiedad DSM -5

- Trastorno de ansiedad por separación
- Mutismo selectivo
- Fobia específica
- Trastorno de ansiedad social (fobia social)
- Trastorno de pánico
- Agorafobia
- Trastorno de ansiedad generalizada
- Trastorno de ansiedad inducido por sustancias/medicamentos
- Trastorno de ansiedad debido a otra afección médica
- Otro trastorno de ansiedad especificado
- Trastorno de ansiedad no especificado
- Trastorno obsesivo-compulsivo

- Trastorno dismórfico corporal relacionado debidos a otra afección médica
- Otro trastorno obsesivo-compulsivo y trastorno relacionado especificados
- Trastornos relacionados con traumas y factores de estrés
- Trastorno de apego reactivo
- Trastorno de relación social desinhibida
- Trastorno de estrés postraumático (incluye el trastorno de estrés postraumático en niños menores de 6 años)
- Trastorno de estrés agudo
- Trastornos de adaptación
- Otro trastorno relacionado con traumas y factores de estrés especificado
- Trastorno relacionado con traumas y factores de estrés no especificado

## → ICD10

### Trastornos neuróticos, trastornos relacionados con el estrés y trastornos somatomorfos

- Trastornos fóbicos de ansiedad
- Agorafobia
- Situaciones fóbicas
- Agorafobia sin historia de trastornos de pánico
- Trastorno de pánico con agorafobia
- Fobias sociales
- Antropofobia
- Neurosis social
- Fobias específicas (aisladas)
- Estado fóbico
- Fobia SAI
- Otros trastornos de ansiedad
- Trastorno de pánico [ansiedad paroxística episódica]
- Trastorno de ansiedad generalizada
- Neurosis ) de ansiedad
- Trastorno mixto de ansiedad y depresión
- Histeria de ansiedad
- Ansiedad SAI

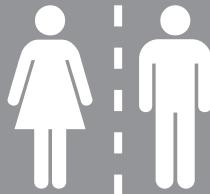
- Trastorno obsesivo-compulsivo
- Incluye: neurosis anancástica
- Neurosis obsesivo-compulsiva
- Reacción al estrés grave y trastornos de adaptación
- Choque psíquico
- Estado de crisis
- Fatiga de combate
- Reacción aguda al estrés
- Reacción de crisis aguda
- Trastorno de estrés postraumático
- Neurosis traumática
- Trastornos de adaptación
- Choque cultural
- Reacción de duelo
- Trastornos disociativos [de conversión]
- Psicosis histérica
- Reacción de conversión



## Trastorno de ansiedad por separación DSM 5 309.21 (F93.0)

A. Miedo o ansiedad excesiva e inapropiada para el nivel de desarrollo del individuo concerniente a su separación de aquellas personas por las que siente apego, puesta de manifiesto por al menos tres de las siguientes circunstancias:

- 1** Malestar excesivo y recurrente cuando se prevé o se vive una separación del hogar o de las figuras de mayor apego.
- 2** Preocupación excesiva y persistente por la posible pérdida de las figuras de mayor apego, o de que puedan sufrir un posible daño, como una enfermedad, daño, calamidades, muerte.
- 3** Preocupación excesiva y persistente por la posibilidad de que un acontecimiento adverso (p. ej., perderse, ser raptado, tener un accidente, enfermar) cause la separación de una figura de gran apego.
- 4** Resistencia o rechazo persistente a salir lejos de casa, a la escuela, al trabajo o a otro lugar por miedo a la separación.
- 5** Miedo excesivo y persistente o resistencia a estar solo o sin las figuras de mayor apego en casa o en otros lugares.
- 6** Resistencia o rechazo persistente a dormir fuera de casa a dormir sin estar cerca de una figura de gran apego.
- 7** Pesadillas repetidas sobre el tema de la separación.
- 8** Quejas repetidas de síntomas físicos (p. ej., dolor de cabeza, dolor de estómago, náuseas, vómitos) cuando se produce o se prevé la separación de las figuras de mayor apego.

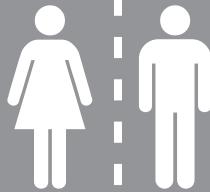


The prevalence and correlates of adult separation anxiety disorder in an anxiety clinic.

Silove DM, Marnane CL, Wagner R, Manicavasagar VL, Rees S.  
*BMC Psychiatry*. 2010 Mar 10;10:21.

- La forma adulta del trastorno de ansiedad por separación (ASAD) sólo recientemente se ha descrito en la literatura psiquiátrica.
- Una prevalencia de vida de 6,6 %.
- Adultos afectados experimentan intensos temores de que daño caerá sobre figuras de apego cercano, participando en una serie de estrategias para mantener un estrecho contacto con ellos.
- Ante reales o temidas separaciones de familiares, personas con ASAD están en riesgo de desarrollar ataques de pánico.
- Aunque el inicio puede ser en la edad adulta, en muchos casos los primeros síntomas aparecen por primera vez en la infancia, que persiste en los últimos años.
- Aún no hay tratamientos específicos, ya sea psicológica o farmacológica, han sido concebidas para ASAD.





### Separation anxiety in the elderly

Chanaka Wijeratne; Vijaya Manicavasagar

*Journal Anxiety Disorder* 2003 Vol 17(6), pp695-702

● 86 ancianos con edades entre los 62-87 años.

● Los marcadores de la ansiedad por separación en el adulto correlacionaron.

moderadamente con los marcadores juveniles de la ansiedad por la separación ( $r=.52$ ,  $P<.001$ ), el rasgo de la ansiedad ( $r=.55$ ,  $P<.001$ ) y los marcadores del estado de ansiedad ( $r=.66$ ,  $P<.001$ ), así como una edad más joven ( $r=.39$ ,  $P<.001$ ).

Los marcadores más altos de ansiedad por separación en el adulto también fueron asociados a una historia en el curso de la vida de cualquier trastorno de ansiedad ( $t=3.74$ ,  $df=84$ ,  $P<.001$ ) o a cualquier trastorno afectivo ( $t=2.12$ ,  $df=84$ ,  $P<.05$ ).



● La ansiedad por separación en el adulto no se asoció con un aumento de la edad, ser viudo, vivir solo o presentar una salud física deteriorada.



## Mutismo selectivo 313.23 (F94.0)



A. Fracaso constante de hablar en situaciones sociales específicas en las que existe expectativa por hablar (p. ej., en la escuela) a pesar de hacerlo en otras situaciones.



B. La alteración interfiere en los logros educativos o laborales o en la comunicación social.



C. La duración de la alteración es como mínimo de un mes (no limitada al primer mes de escuela).



D. El fracaso de hablar no se puede atribuir a la falta de conocimientos del lenguaje hablado necesarios en la situación social.



E. La alteración no se explica mejor por un trastorno de la comunicación (p. ej., trastorno de fluidez [tartamudeo] de inicio en la infancia) y no se produce exclusivamente durante el curso de un trastorno del espectro del autismo, la esquizofrenia u otro trastorno psicótico.



## Mutismo Selectivo en el adulto mayor

Conductas agresivas y negativismo en adultos mayores,

Angulo Cruz R, Sánchez Pérez M, Umaña Álvarez A, Arguedas Gourzong E.

Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica, LXVI (588), 181-185

Las conductas negativas en pacientes ancianos constituyen un problema frecuente en Psicogeriatría.

Conductas de negación observadas con más frecuencia en ancianos

- Oposicionismo
- Negativismo
- Mutismo, total o selectivo hacia cuidadores, familiares, médicos o personal de salud
- Conductas disruptivas
- Pérdida de funciones



Negative social interactions and risk of mild cognitive impairment in old age.

Wilson RS, Boyle PA, James BD, Leurgans SE, Buchman AS, Bennett DA.

*Neuropsychology*. 2015 Jul;29(4):561-70.

529 personas mayores sin deterioro cognitivo al inicio del estudio, completaron las evaluaciones anuales que incluyen evaluación de interacciones sociales negativas (p. ej., comportamiento rechazo) pruebas cognitivas y clasificación.

Durante una media de 4,8 años de seguimiento ( $SD = 2.5$ ), 198 individuos (37,4 %) desarrollaron deterioro cognitivo leve.

Interacciones sociales negativas frecuentes pueden ser un factor de riesgo para el deterioro cognitivo leve y deterioro cognitivo en la vejez



# Fobia específica

**A** Miedo o ansiedad intensa por un objeto o situación específica (p.ej., volar, alturas, animales, administración de una inyección, ver sangre).

**B** El objeto o la situación fóbica casi siempre provoca miedo o ansiedad inmediata.

**C** El objeto o la situación fóbica se evita o resiste activamente con miedo o ansiedad intensa.

**D** El miedo o la ansiedad es desproporcionado al peligro real que plantea el objeto o situación específica y al contexto sociocultural.

**E** El miedo, la ansiedad o la evitación es persistente, y dura típicamente seis o más meses.

**F** El miedo, la ansiedad o la evitación causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

**G** La alteración no se explica mejor por los síntomas de otro trastorno mental, como el miedo, la ansiedad y la evitación de situaciones asociadas a síntomas tipo pánico u otros síntomas incapacitantes (como en la agorafobia); objetos o situaciones relacionados con obsesiones (como en el trastorno obsesivo-compulsivo); y recuerdo de sucesos traumáticos (como en el trastorno de estrés postraumático); dejar el hogar o separación de las figuras de apego (como en el trastorno de ansiedad por separación); y o situaciones sociales (como en el trastorno de ansiedad social).

Especificar si:

- 1) Animal (p. ej., arañas, insectos, perros)
- 2) Entorno natural (altura)
- 3) Sangre, inyección, herida (Agujas)
- 4) Otros

# FOBIAS EN EL ANCIANO



a estar solo

miedo a  
caerse

miedo a  
perderse

a ser agredido

a un atropello



Specific phobias in older adults: characteristics and differential diagnosis

Coelho CM, Gonçalves DC, Purkis H, Pocinho M, Pachana NA, Byrne GJ.

*Int Psychogeriatr.* 2010 Aug;22(5):702-11.

Es uno de los trastornos de ansiedad más comunes puede restringir el estilo de vida

APA, 2000

Prevalencia:

1.4 to 25.6 % ( Bryant *et al* 2008)

Un estudio reciente postula que la prevalencia de los subtipos de fobias específicas difiere entre cohortes más jóvenes y mayores

Cohen et al.(2006)

Encontró que casi el 9 % de su muestra, que comprende 1.074 participantes de más de 55 años de edad, cumplieron los criterios para una fobia actual, espacios subtipos (2,2 %), cualquier tipo de viajes (1,8 %), salir de la casa (1,1 %), temores de estar a solas (1,1 %), y especiales, incluyendo arañas o de sangre (3,8 %)

El miedo a la caída ya se considera un subtipo de fobia específica, designado dentro de "fobia espacio" (APA, 2000), que se relaciona con una situación muy específica. Aunque el resultado final de este miedo puede ser la agorafobia -es decir, confinamiento en la casa- un miedo extremo de caerse mejor clasificado como fobia específica.





**Ptophobia: the fear of falling in elderly people**  
Gai J, Gomes L, Jansen De Cárdenas C.  
*Acta Med Port.* Jan-Feb; 22(1):83-8

Caer es un problema grave para los ancianos ya que puede ocasionar fracturas y otras lesiones. El miedo a caer genera restricciones en la vida restricciones en la vida cotidiana, produciendo inmovilidad y acelerando la declinación física asociada con el envejecimiento.

Basofobia (temor fóbico de caerse al caminar y a la incapacidad de permanecer de pie)

se caracteriza por un miedo fuera de control de caminar, aun sin alteración de la locomoción, pérdida de autoestima y aislamiento social.

Psicoterapia y rehabilitación física han sido relacionados como formas de tratamiento de basofobia en los ancianos.



# Trastorno de ansiedad social Fobia social

**A**

Miedo o ansiedad intensa en una o más situaciones sociales en las que el individuo está expuesto al posible examen por parte de otras personas. Algunos ejemplos son las interacciones sociales (p. ej., mantener una conversación, reunirse con personas extrañas), ser observado (p. ej., comiendo o bebiendo) y actuar delante de otras personas (p. ej., dar una charla).

**B**

El individuo tiene miedo de actuar de cierta manera o de mostrar síntomas de ansiedad que se valoren negativamente (es decir, que lo humillen o avergüencen; que se traduzca en rechazo o que ofenda a otras personas).

**C**

Las situaciones sociales casi siempre provocan miedo o ansiedad.

**D**

Las situaciones sociales se evitan o resisten con miedo o ansiedad intensa.

**E**

El miedo o la ansiedad son desproporcionados a la amenaza real planteada por la situación social y al contexto sociocultural.

**F**

El miedo, la ansiedad o la evitación causa malestar significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

**G**

El miedo, la ansiedad o la evitación no pueden ser atribuidos a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) ni a otra afección médica.

**H**

El miedo, la ansiedad o la evitación no se explica mejor por los síntomas de otro trastorno mental, como el trastorno de pánico, el trastorno dismórfico corporal o un trastorno del espectro del autismo.

**I**

Si existe otra afección médica (p. ej., enfermedad de Parkinson, obesidad, desfiguración debida a quemaduras o lesiones) el miedo, la ansiedad o la evitación está claramente no relacionada o es excesiva.

Evitar conversaciones por no comprender parte de ella por ser hipoacúsico, por ser criticado o ridiculado; déficit cognitivo



Miedo a comer en público, prótesis dentales mal ajustadas, temblor de manos, romper vajilla



## Fobias sociales en el anciano

miedo a caerse, uso de bastón o andador, no ser visto con prótesis



Miedo a escribir en público  
Tremor



8.The prognosis and incidence of social phobia in an elderly population. A 5-year follow-up.

Karlsson B, Sigström R, Waern M, Östling S, Gustafson D, Skoog I  
*Acta Psychiatr Scand.* 2010 Jul;122(1):4-10

(N = 612) de hombres no dementes (70 años línea de base) y mujeres (edad base 70 y 78-86).

Entre los individuos con fobia social DSM-IV en el año 2005; (55.6%) sin miedos sociales en 2005 y 1 (11,1 %) todavía conoció los criterios para la fobia social DSM-IV.

Entre los individuos sin fobia social DSM-IV en el año 2000 (N = 603), 12 (2.0%) tenían fobia social DSM-IV en el año 2005.

*National Comorbidity Survey Replication* (NCS-R), realizado por Kessler RC et al.



# Trastorno de pánico

## 300.01 (F41.0)

Ataques de pánico imprevistos recurrentes. Un ataque de pánico es la aparición súbita de miedo intenso o de malestar intenso que alcanza su máxima expresión en minutos y durante este tiempo se producen cuatro (o más) de los síntomas siguientes:  
 Nota: la aparición súbita se puede producir desde un estado de calma o desde un estado de ansiedad.

- 1 Palpitaciones, golpeteo del corazón o aceleración de la frecuencia cardiaca.
- 2 Sudoración.
- 3 Temblor o sacudidas.
- 4 Sensación de dificultad para respirar o de asfixia.
- 5 Sensación de ahogo.
- 6 Dolor o molestias en el tórax.
- 7 Náuseas o malestar abdominal.
- 8 Sensación de mareo, inestabilidad, aturdimiento o desmayo.
- 9 Escalofríos o sensación de calor.
- 10 Parestesias (sensación de entumecimiento o de hormigueo).
- 11 Desrealización (sensación de irreabilidad) o despersonalización (separarse de uno mismo).
- 12 Miedo a perder el control o de “volverse loco.”
- 13 Miedo a morir

● Prevalencia 1% *Longitudinal Study Aging Amsterdam*



● Duración de la crisis 10-15 min



● Situacional o no



● Una disfunción dentro de la sustancia gris periacueductal (PAG) se correlacionaría con los ataques de pánico (Graeff F, Nogueira R, Silveira M. 1993, 58,123-131)

**Diagnosis and management of panic disorder in older patients**

**Flint AJ, Gagnon N.**

***Drugs Aging. 2003;20(12):881-91***



● Trastorno de pánico raramente ocurren por primera vez en la vejez

● Descartar trastorno depresivo, enfermedad física o drogas

● Ancianos, pueden tener síntomas menos severos y menos y exhiben menos comportamiento evitativo.

● Medicación antidepresiva es preferible a una benzodiacepina como tratamiento de primera línea para el trastorno de pánico en los ancianos, especialmente dados el alto nivel de comorbilidad entre el trastorno de pánico y los trastornos depresivos. De los antidepresivos, un ISRS se recomienda como la opción inicial de tratamiento en pacientes de edad avanzada

● Lorazepam adyuvante en las primeras semanas de tratamiento puede ser útil en pacientes seleccionados



## Agorafobia

**300.22 (F40.00)**

Miedo o ansiedad intensa acerca de dos (o más) de las cinco situaciones siguientes:

2. Estar en espacios abiertos (p. ej., zonas de estacionamiento, mercados, puentes).

3. Estar en sitios cerrados (p. ej., tiendas, teatros, cines).

4. Hacer cola o estar en medio de una multitud.

5. Estar fuera de casa solo.

B. El individuo teme o evita estas situaciones debido a la idea de que escapar podría ser difícil, o podría no disponer de ayuda si aparecen síntomas tipo pánico u otros síntomas incapacitantes o embarazosos (p. ej., miedo a caerse en las personas de edad avanzada; miedo a la incontinencia).

C. Las situaciones agorafóbicas casi siempre provocan miedo o ansiedad.

D. Las situaciones agorafóbicas se evitan activamente, requieren la presencia de un acompañante o se resisten con miedo o ansiedad intensa.

E. El miedo o la ansiedad es desproporcionado al peligro real que plantean las situaciones agorafóbicas y al contexto sociocultural.

F. El miedo, la ansiedad o la evitación es continuo, y dura por regla general, seis o más meses.

G. El miedo, la ansiedad o la evitación causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento. motor, enfermedad de Parkinson), el miedo, la ansiedad o la evitación es claramente excesiva

H. Si existe otra afección médica (p. ej., enfermedad intestinal inflamatoria enfermedad de Parkinson), el miedo, la ansiedad o la evitación es claramente excesiva.

I. El miedo, la ansiedad o la evitación no se explica mejor por los síntomas de otro trastorno mental. Por ejemplo, los síntomas no se limitan a la fobia específica, a la situación; no implican únicamente situaciones sociales (como en el trastorno de ansiedad social); y no están exclusivamente relacionados con las obsesiones (como en el trastorno obsesivo-compulsivo), defectos o imperfecciones percibidos en el aspecto físico (como en el trastorno dismórfico corporal), recuerdo de sucesos traumáticos (como en el trastorno de estrés postraumático) o miedo a la separación (como en el trastorno de ansiedad por separación).



Late-onset agoraphobia: general population incidence and evidence for a clinical subtype.

Ritchie K, Norton J, Mann A, Carrière I, Ancelin ML  
*Am J Psychiatry*. 2013 Jul;170(7):790-8

N:1.968 personas  $\geq 65$  años, Montpellier, Francia.

La prevalencia basal de 1 mes de agorafobia se estimaba que 10.4 %.

Entre las personas con agorafobia, 10.9 % reportaron haber tenido su primer episodio a los 65 años o más.

132 casos del inicio tardío se asociaron con mayor incidencia trastornos de ansiedad e ideación suicida.

La agorafobia tiene una alta prevalencia en los ancianos, lo que sugiere un subtipo de final de la vida.

Depresión grave, ansiedad y mala memoria visoespacial son los principales factores de riesgo para la agorafobia tardía.



# Trastorno de ansiedad generalizada

## 300.02 (F41.1)

A. Ansiedad y preocupación excesiva (anticipación aprensiva), que se produce durante más días de los que ha estado ausente durante un mínimo de seis meses, en relación con diversos sucesos o actividades (como en la actividad laboral o escolar).

B. Al individuo le es difícil controlar la preocupación.

C. La ansiedad y la preocupación se asocian a tres (o más) de los seis síntomas siguientes (y al menos algunos síntomas han estado presentes durante más días de los que han estado ausentes durante los últimos seis meses):

C. La ansiedad y la preocupación se asocian a tres (o más) de los seis síntomas siguientes (y al menos algunos síntomas han estado presentes durante más días de los que han estado ausentes durante los últimos 6 meses):

1. Inquietud o sensación de estar atrapado o con los nervios de punta.

2. Fácilmente fatigado.

3. Dificultad para concentrarse o quedarse con la mente en blanco.

4. Irritabilidad.

138 Trastornos de ansiedad

5. Tensión muscular.

6. Problemas de sueño (dificultad para dormirse o para continuar durmiendo, o sueño inquieto e insatisfactorio).

D. La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

E. La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) ni a otra afección médica (p. ej., hipertiroidismo).

F. La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental (p. ej., ansiedad o preocupación de tener ataques de pánico en el trastorno de pánico, valoración negativa en el trastorno de ansiedad social [fobia social], contaminación u otras obsesiones en el trastorno obsesivo-compulsivo, separación de las figuras de apego en el trastorno de ansiedad por separación, recuerdo de sucesos traumáticos en el trastorno de estrés postraumático, aumento de peso en la anorexia nerviosa, dolencias físicas en el trastorno de síntomas somáticos, percepción de imperfecciones en el trastorno dismórfico corporal, tener una enfermedad grave en el trastorno de ansiedad por enfermedad, o el contenido de creencias delirantes en la esquizofrenia o el trastorno delirante).

# Trastorno de ansiedad generalizada en adultos mayores (TAG)

El más frecuente de los T. de ansiedad

Porenski EK 200

Prevalencia: 7,3 %

*Longitudinal Study Aging Amsterdam*

Sexo femenino

Aprehensión ansiosa

Preocupación o anticipación de episodios negativos  
futuros (salud, discapacidad, económicos, familiares)

Crónico

En ancianos TAG se presenta subsindrómico o subclíni-  
co (Blazer DG 1989)

Elevada comorbilidad con patologías orgánicas,  
depresión o deterioro cognitivo

Forma grave: síndrome de inundación ansiosa

## El trastorno de ansiedad generalizada (GAD) es un trastorno crónico y altamente prevalente, asociado con mayor discapacidad y mortalidad en los ancianos.

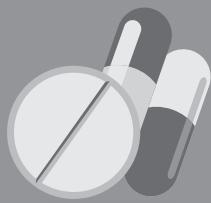
- El tratamiento es difícil, con baja tasa de remisión completa.
- N 1711 individuos mayores de 65 años o más y libres de GAD seleccionados al azar de listas electorales entre 1999 y 2000.
- Los participantes fueron examinados en la línea de base y cinco veces en 12 años.
- Los principales predictores de aparición tardía incidente GAD durante 12 años fueron:
  - eventos de vida adversos mujeres, con enfermedades respiratorias, arritmias e insuficiencia cardíaca, dislipidemia, deterioro cognitivo) y trastornos de salud mental (depresión, fobia y GAD).
- La pobreza, la pérdida de los padres o separación y el poco apoyo afectivo durante la infancia, así como historia de problemas mentales en los padres también fueron significativamente e independientemente asociados con el incidente de GAD. Aparece como un trastorno afectivo multifactorial relacionado con el estrés resultante de factores de riesgo tanto proximales como distales, algunos de ellos potencialmente modificables por intervención sanitaria.

## Trastorno de ansiedad generalizada (TAG) en la vejez

El TAG de final de la vida se ha relacionado con mayor riesgo de accidente cerebrovascular y otros eventos cardiovasculares. Lambiase MJ, Kubzansky LD, Thurston RC. Prospective study of cerebrovascular incidente. anxiety and incident stroke. *Stroke*. 2014; 45: 438-43. 2014;45:438–43.

Mayor riesgo de conversión de deterioro cognitivo leve a enfermedad de Alzheimer. Rosenberg PB, Mielke MM, Appleby BS, Oh ES, Geda YE, Lyketsos CG. The association of neuropsychiatric symptoms in MCI with incident dementia and Alzheimer disease. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2013; 21(7): 685-95

Se puede confundir el tromboembolismo pulmonar (TEP) con un cuadro de ansiedad.



## Trastorno de ansiedad inducido por sustancias/medicamentos



**A.** Los ataques de pánico o la ansiedad predominan en el cuadro clínico.



**B.** Existen pruebas a partir de la historia clínica, la exploración física o los análisis de laboratorio de (1) y (2):

1. Síntomas del **Criterio A** desarrollados durante o poco después de la intoxicación o abstinencia de una sustancia o después de la exposición a un medicamento.

2. La sustancia/medicamento implicado puede producir los síntomas del **Criterio A**.

**C.** El trastorno no se explica mejor por un trastorno de ansiedad no inducido por sustancias/medicamentos.

Tal evidencia de un trastorno de ansiedad independiente puede incluir lo siguiente: los síntomas anteceden al inicio del consumo de la sustancia/medicamento; los síntomas persisten durante un período importante (p. ej., aproximadamente un mes) después del cese de la abstinencia aguda o la intoxicación grave; o existen otras pruebas que sugieren la existencia de un trastorno de ansiedad independiente no inducido por sustancias/medicamentos (p. ej., antecedentes de episodios recurrentes no relacionados con sustancias/medicamentos).

**D.** El trastorno no se produce exclusivamente durante el curso de un síndrome confusional.

## Trastorno de ansiedad inducido por sustancias/medicamentos en el adulto mayor



La polifarmacia es muy frecuente en la vejez, así como las interacciones medicamentosas.



Para algunos casos, la aparición de los síntomas de ansiedad es inmediata. Para otros, los síntomas pueden desarrollarse dentro de un mes de la intoxicación o la abstinencia

Sustancias



alcohol.  
cafeína,  
opioides,  
inhalantes,  
marihuana,  
nicotina,  
sedantes

Medicamentos



analgésicos, anestésicos,  
anticonvulsivante, antide-  
presivos, antihistamíni-  
cos, broncodilatadores  
corticoides, epinefrina,  
insulina,  
beta bloqueantes

Tóxicos



monóxido o  
dióxido de  
carbono, nafta,  
insecticidas  
organofosforados,  
pinturas, etc.

## Substance use disorders and psychiatric comorbidity in mid and later life: a review

Wu LT, Blazer DG.

*Int J Epidemiol.* 2014 Apr;43(2):304-17.

Esta revisión se centró en estudios originales publicados entre 2005 y 2013

Entre adultos no institucionalizados de 50 + años, aproximadamente el 60 % utilizan alcohol, 3 % usa drogas ilícitas y 1-2 % utiliza medicamentos desde el año pasado



Entre los adultos mayores de 50 años, alrededor del 5 % de los hombres y el 1.4 % de las mujeres tenían un trastorno por consumo de alcohol desde el año pasado.

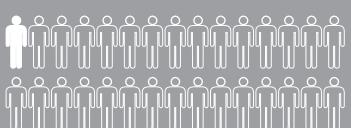


Entre los usuarios de alcohol, uno de 14 usuarios de 50-64 tenía un trastorno por alcohol desde hace 1 año vs uno de 30 usuarios mayores de edad 65 +.



50 A  
64 AÑOS

+ 65 AÑOS



Entre usuarios de farmacos mayores de 50 años, aproximadamente 10-12 % tenía un trastorno por uso de farmacos.



10-12 %

Las personas en tratamiento de mantenimiento con metadona exhibieron varias condiciones psiquiátricas o médicas.

## Medicaciones que generan ansiedad

Teofilina,  
aminofilinina,  
bloqueantes  
cálcico

Anticolinérgicos  
(escopolamina,  
atropina)

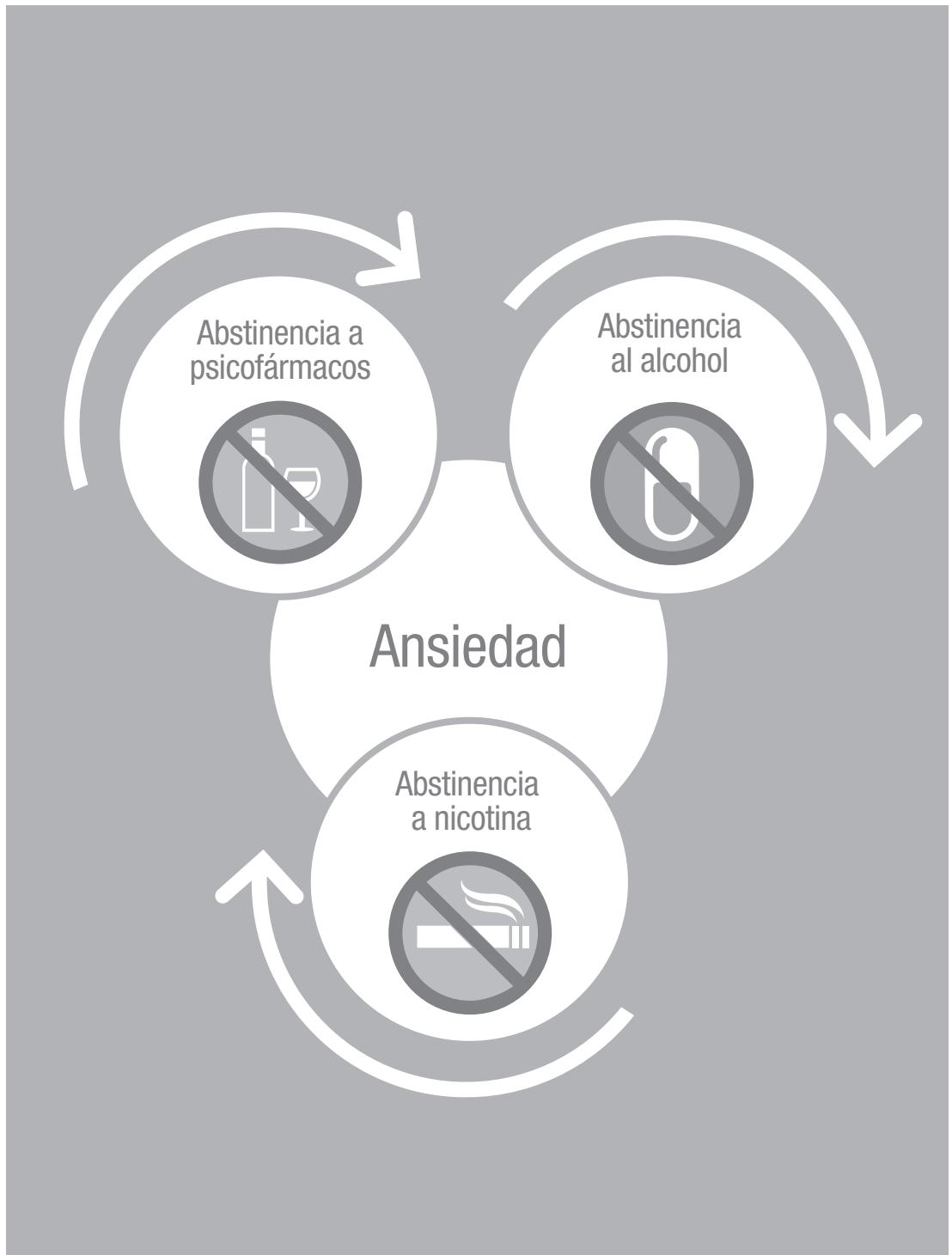
Antidepresivos  
(tricíclicos, IMAO  
fluoxetina)

Anestésicos  
locales,  
isoproterenol,  
metaproterenol

Cafeína,  
agonistas  
dopaminérgicos

Fenilefrina  
pseudoefedrina,  
broncodilatadores  
epinefrina

Anfetamina,  
cocaina,  
metilfenidato



# Trastorno de ansiedad debido a otra afección médica 293.84 (F06.4)



- A. Los ataques de pánico o la ansiedad predominan en el cuadro clínico.  
Otro trastorno de ansiedad especificado 143



- B. Existen pruebas a partir de la historia clínica, la exploración física o los análisis de laboratorio de que el trastorno es la consecuencia fisiopatológica directa de otra afección médica.



- C. La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental.



- D. La alteración no se produce exclusivamente durante el curso de un síndrome confusional.

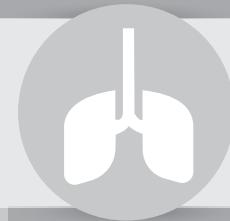
# Ansiedad por enfermedades médicas



Endocrinas: hiper e hipotiroidismo, hipoglucemia, insulinoma, feocromocitoma, porfiria, síndrome carcinoide, enfermedad de Cushing, hipoparatiroidismo



Cardiovasculares: insuficiencia cardíaca congestiva, infarto agudo de miocardio, angina, arritmias, prolapso de válvula mitral, hipotensión ortostática



Pulmonares: asma, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, neumonía, embolia pulmonar, hipoxia



Neurológicas: migraña, tumores cerebrales, enfermedad de Parkinson, confusión mental, enfermedad desmielinizante, inicio de un cuadro demencial, convulsiones, trastornos vestibulares.



## Trastorno obsesivo-compulsivo 300.3 (F42)

**A**

Presencia de obsesiones, compulsiones o ambas:  
Las obsesiones se definen por (1) y (2):

**1**

Pensamientos, impulsos o imágenes recurrentes y persistentes que se experimentan, en algún momento durante el trastorno, como intrusas o no deseadas, y que en la mayoría de los sujetos causan ansiedad o malestar importante.

**2**

El sujeto intenta ignorar o suprimir estos pensamientos, impulsos o imágenes, o neutralizarlos con algún otro pensamiento o acto (es decir, realizando una compulsión).

Las compulsiones se definen por (1) y (2):

**1**

Comportamientos (p. ej., lavarse las manos, ordenar, comprobar las cosas) o actos mentales (p. ej., rezar, contar, repetir palabras en silencio) repetitivos que el sujeto realiza como respuesta a una obsesión o de acuerdo con reglas que ha de aplicar de manera rígida.

**2**

El objetivo de los comportamientos o actos mentales es prevenir o disminuir la ansiedad o el malestar, o evitar algún suceso o situación temida; sin embargo, estos comportamientos o actos mentales no están conectados de una manera realista con los destinados a neutralizar o prevenir, o bien resultan claramente excesivos.

- (B)** Las obsesiones o compulsiones requieren mucho tiempo (p. ej., ocupan más de una hora diaria) o causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento
- (C)** Los síntomas obsesivo-compulsivos no se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) o a otra afección médica.
- (D)** La alteración no se explica mejor por los síntomas de otro trastorno mental (p. ej., preocupaciones excesivas, como en el trastorno de ansiedad generalizada; preocupación por el aspecto, como en el trastorno dismórfico corporal; dificultad de deshacer o renunciar a las posesiones, como en el trastorno de acumulación; arrancarse el pelo, como en la tricotilomanía [trastorno de arrancarse el pelo]; rascarse la piel, como en el trastorno de excoriación [rascarse la piel]; estereotipias, como en el trastorno de movimientos estereotipados; comportamiento alimentario ritualizado, como en los trastornos alimentarios; problemas con sustancias o con el juego, como en los trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos; preocupación por padecer una enfermedad, como en el trastorno de ansiedad por enfermedad; impulsos o fantasías sexuales, como en los trastornos parafílicos; impulsos, como en los trastornos perturbadores, del control de los impulsos y de la conducta; rumiaciones de culpa, como en el trastorno de depresión mayor; inserción de pensamientos o delirios, como en la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos; o patrones de comportamiento repetitivo, como en los trastornos del espectro del autismo).

**Obsessive and compulsive symptoms in a national sample of older people: prevalence, comorbidity, and associations with cognitive function.**

Pulular A, Levy R, Stewart R.

*Am J Geriatr Psychiatry.* 2013 Mar;21(3):263-71.

● Encuesta nacional británica de morbilidad psiquiátrica

● 2.007 residentes de la comunidad de 60 a 74 años de edad. Análisis secundarios en comparación con 6.573 participantes jóvenes 16-59 años.

● De prevalencias síntomas obsesivos y compulsivos y trastorno obsesivo compulsivo fueron 4,7 %, 2.2 % y 0.4 %, respectivamente (comparado con 5.9 %, 3.2 % y 0,8 % en participantes más jóvenes). Se encontraron altos niveles de comorbilidad.

● Los síntomas obsesivos y compulsivos eran descritos como angustiante 67.8% y 70.2%, respectivamente, y ambos se asociaron con peor salud y calidad de vida mental.

● Los síntomas obsesivos se asociaron con menor índice de inteligencia verbal y con menor fluidez verbal, que no correspondió por educación o estima el índice de inteligencia verbal.

● Prevalencia 0,6 % Longitudinal Study Amsterdam

● TOC de inicio tardío, se relaciona con lesiones cerebrales de los gángeos de la base frecuentemente.

# Trastorno dismórfico corporal

## 300.7 (F45.22)

- A. Preocupación por uno o más defectos o imperfecciones percibidas en el aspecto físico que no son observables o parecen sin importancia a otras personas.
- B. En algún momento durante el curso del trastorno, el sujeto ha realizado comportamientos (p. ej., mirarse en el espejo, asearse en exceso, rascarse la piel, querer asegurarse de las cosas) o actos mentales (p. ej., comparar su aspecto con el de otros) repetitivos como respuesta a la preocupación por el aspecto.
- C. La preocupación causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
- D. La preocupación por el aspecto no se explica mejor por la inquietud acerca del tejido adiposo o el peso corporal en un sujeto cuyos.

# El síndrome de Dorian Gray y el trastorno dismórfico corporal (TDC)

El síndrome de Dorian Gray se aplica a un conjunto de síntomas de origen sociocultural que se caracteriza por la preocupación excesiva de muchos individuos con su apariencia personal distorsionada (dismorfofobia). La última se refiere al miedo extremo de sufrir alguna deformidad física. Acompañado por dificultades en la conformidad con el proceso del envejecimiento natural, y de aceptar asimismo, las demandas del desarrollo que resultan en la madurez emocional

El síndrome de Dorian Gray se define por una tríada diagnóstica que abarca los siguientes criterios:

- Signos de dismorfofobia.
- Rasgos de personalidad narcisista.
- Fijación en el desarrollo psicosexual del tipo característico encontrado en las parafilia.
- Hoy se incluye el uso excesivo de sustancias y procedimientos quirúrgicos estéticos para retrasar el envejecimiento.



## Trastorno de acumulación

### 300.3 (F42)

- A. Dificultad persistente de deshacerse o renunciar a las posesiones, independientemente de su valor real.
- B. Esta dificultad es debida a una necesidad percibida de guardar las cosas y al malestar que se siente cuando uno se deshace de ellas.
- C. La dificultad de deshacerse de las posesiones da lugar a la acumulación de cosas que congestionan y abarrotan las zonas habitables y alteran en gran medida su uso previsto. Si las zonas habitables están despejadas, sólo es debido a la intervención de terceros (p. ej., miembros de la familia, personal de limpieza, autoridades).
- D. La acumulación causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento (incluido el mantenimiento de un entorno seguro para uno mismo y para los demás).
- E. La acumulación no se puede atribuir a otra afección médica (p.ej., lesión cerebral, enfermedad cerebrovascular, síndrome de Prader-Willi).
- F. La acumulación no se explica mejor por los síntomas de otro trastorno mental (p. ej., obsesiones en el trastorno obsesivo-compulsivo, disminución de la energía en el trastorno de depresión mayor, delirios en la esquizofrenia u otros trastornos psicóticos, déficit cognitivo en el trastorno neurocognitivo mayor, disminución del interés en los trastornos del espectro del autismo).



Age at onset and clinical features of late life compulsive hoarding CR.

Ayers, Saxena S, Golshan S, Loebach Wetherell J

*Int J Geriatr Psychiatry.* 2010 Feb; 25 (2): 142-149.

El acaparamiento compulsivo es una enfermedad progresiva y crónica que comienza temprano en la vida. Si no se trata, su gravedad aumenta con la edad. Debe considerarse como un síndrome clínico distinto, separado de TOC. La acumulación compulsiva es en gran parte no reconocida y no tratada

N:18 adultos mayores ( $\geq 60$ ) con acumulación compulsiva clínicamente significativo.

Los resultados muestran que



(1) El inicio de los síntomas de acumulación compulsiva fue reportado inicialmente como de comienzo en la mitad de la vida, pero en realidad resultó ser en la infancia o la adolescencia. No hay sujetos que hayan informado un inicio tardío de la acumulación compulsiva.



(2) La gravedad de la acumulación compulsiva aumenta con cada década de la vida.



(3) Los trastornos del estado de ánimo y de ansiedad comórbidos eran comunes, pero sólo el 16 % de los pacientes cumplieron con los criterios para el TOC si los síntomas acaparamiento no fueron contados hacia el diagnóstico.



(4) La gran mayoría de los pacientes nunca habían recibido tratamiento para el acaparamiento.



(5) Los adultos mayores con acumulación compulsiva eran mujeres solitarias.

# Trastorno de estrés postraumático

## 309.81 (F43.10)

- Trastorno de estrés pos traumático y factores de estrés
- A. Exposición a la muerte, lesión grave o violencia sexual, ya sea real o amenaza, en una (o más) de las formas siguientes:
  - 1. Experiencia directa del suceso(s) traumático(s).
  - 2. Presencia directa del suceso(s) ocurrido a otros.
  - 3. Conocimiento de que el suceso(s) traumático(s) ha ocurrido a un familiar próximo o a un amigo íntimo. En los casos de amenaza o realidad de muerte de un familiar o amigo, el suceso(s) ha de haber sido violento o accidental.
  - 4. Exposición repetida o extrema a detalles repulsivos del suceso(s) traumático(s) (p. ej., socorristas que recogen restos humanos; policías repetidamente expuestos a detalles del maltrato infantil).

# Trastorno de estrés postraumático

## 309.81 (F43.10)

- Trastorno de estrés pos traumático y factores de estrés
- B. Presencia de uno (o más) de los síntomas de intrusión siguientes asociados al suceso(s) traumático(s), que comienza después del suceso(s) traumático(s):
  - 1. Recuerdos angustiosos recurrentes, involuntarios e intrusivos del suceso(s) traumático(s).
  - 2. Sueños angustiosos recurrentes en los que el contenido y/o el afecto del sueño está relacionado con el suceso(s) traumático
  - 3. Reacciones dissociativas (p. ej., escenas retrospectivas) en las que el sujeto siente o actúa como si se repitiera el suceso) traumático(s). (Estas reacciones pueden producirse forma continua, y la expresión más extrema es una pérdida completa de conciencia del entorno presente.).
  - 4. Malestar psicológico intenso o prolongado al exponerse a factores internos o externos que simbolizan o se parecen a un aspecto del suceso(s) traumático(s).).
  - 5. Reacciones fisiológicas intensas a factores internos o externos que simbolizan o se parecen a un aspecto del suceso(s) traumático(s).
- C. Evitación persistente de estímulos asociados al suceso(s) traumático(s), que comienza tras el suceso(s) traumático(s), como se pone de manifiesto por una o las dos características siguientes:
  - 1. Evitación o esfuerzos para evitar recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos acerca o estrechamente asociados.



# Neurobiología

---

Baja cortisolemia y atrofia del hipocampo dependen de la intensidad del estresor/trauma de combate y no de la duración de la exposición; tampoco se corrige con el tiempo sino se encara el tratamiento antes del año de exposición al trauma.

Zieher LM. Psicofarmacología, Nº 2, 2000, pp. 4-7

War trauma and PTSD among German war survivors. A comparison of former soldiers and women of World War II.

Nandi C, Weierstall R, Huth S, Knecht J, Elbert T.  
*Nervenarzt.* 2014 Mar;85(3):356-6

Experiencias estresantes de guerra pueden causar trastorno de estrés postraumático (TEPT) en los sobrevivientes.

52 hombres y 20 mujeres alemanes de 81-95 años fueron reclutados a través de anuncios en periódicos y avisos y entrevistas sobre experiencias de la guerra y los síntomas de TEPT.



De los hombres 2 % y 7 % cumplieron los criterios de diagnosis de TEPT actual y toda la vida, respectivamente, en comparación con el 10 % y 30 % de las mujeres, respectivamente.



Cuando se controla el número de diferentes experiencias traumáticas, las mujeres informaron una gravedad significativamente mayor de los síntomas de TEPT que los hombres.

 + TEPT

Se presume que esta diferencia en la gravedad de los síntomas puede ser atribuida a diferencias cualitativas en el tipo de factores de estrés postraumático durante la guerra.



# Trastorno de estrés agudo

## 308.3 (F43.0)

- A. Exposición a la muerte, lesión grave o violencia sexual, ya sea real o amenaza, en una (o más) de las formas siguientes:
  - 1. Experiencia directa del suceso(s) traumático(s).
  - 2. Presencia directa del suceso(s) ocurrido a otros.
  - 3. Conocimiento de que el suceso(s) traumático(s) ha ocurrido a un familiar próximo o a un amigo íntimo. Nota: En los casos de amenaza o realidad de muerte de un familiar o amigo, el suceso(s) ha de haber sido violento o accidental.
  - 4. Exposición repetida o extrema a detalles repulsivos del suceso(s) traumático(s) (p. ej., socorristas que recogen restos humanos; policías repetidamente expuestos a detalles del maltrato infantil).
  
- B. Presencia de nueve (o más) de los síntomas siguientes de alguna de la cinco categorías de intrusión, estado de ánimo negativo, disociación, evitación y alerta, que comienza o empeora después del suceso(s) traumático:  
**Síntomas de intrusión**
  - 1. Recuerdos angustiosos recurrentes, involuntarios e intrusivos del suceso(s) traumático(s)
  - 2. Sueños angustiosos recurrentes en los que el contenido y/o el afecto del sueño está relacionado con el suceso(s).

- 2. Sueños angustiosos recurrentes en los que el contenido y/o el afecto del sueño está relacionado con el suceso(s).
- 3. Reacciones disociativas (p. ej., escenas retrospectivas) en las que el individuo siente o actúa como si se repitiera el suceso(s) traumático(s). (Estas reacciones se pueden producir de forma continua, y la expresión más extrema es una pérdida completa de conciencia del entorno presente.)
- 4. Malestar psicológico intenso o prolongado o reacciones fisiológicas importantes en respuesta a factores internos o externos que simbolizan o se parecen a un aspecto del suceso(s) traumático(s).
- **Estado de ánimo negativo**
  - 5. Incapacidad persistente de experimentar emociones positivas (p. ej., felicidad, satisfacción o sentimientos amorosos).
- **Síntomas disociativos**
  - 6. Sentido de la realidad alterado del entorno o de uno mismo (p. ej., verse uno mismo desde la perspectiva de otro, estar pasmado, lentitud del tiempo).
  - 7. Incapacidad de recordar un aspecto importante del suceso(s) traumático(s) (debido típicamente a amnesia disociativa y no a otros factores como una lesión cerebral, alcohol o drogas).
- **Síntomas de evitación**
  - 8. Esfuerzos para evitar recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos acerca o estrechamente asociados al suceso(s) traumático(s).

Acute stress disorder in older, middle-aged and younger adults in reaction to the second Lebanon war.

Cohen M.

*Int J Geriatr Psychiatry.* 2008 Jan;23(1):34-40.

Comparar la tasa de trastorno por estrés agudo (TEA) y la intensidad de los síntomas de estrés agudo (en ciudadanos israelíes jóvenes, mediana edad y mayores expuestos a ataques con misiles durante la segunda guerra del Líbano.



Se realizó una encuesta telefónica a una muestra aleatoria de residentes en la zona norte de Israel en julio de 2006, durante la tercera semana de la guerra del Líbano. Los participantes fueron divididos en grupos de edad 18-40, 41-69 y + 70.

18 - 40  
AÑOS



41 - 69  
AÑOS



+ 70  
AÑOS



Adultos mayores reaccionaron a la situación de guerra con menor nivel de síntomas de estrés agudo.

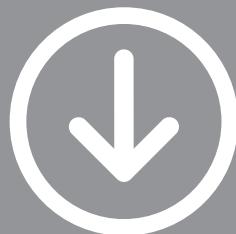


# Trastornos de adaptación

- A. Desarrollo de síntomas emocionales o del comportamiento en respuesta a un factor o factores de estrés identificables que se producen en los tres meses siguientes al inicio del factor(es) de estrés.
- B. Estos síntomas o comportamientos son clínicamente significativos, como se pone de manifiesto por una o las dos características siguientes:
  - 1. Malestar intenso desproporcionado a la gravedad o intensidad del factor de estrés, teniendo en cuenta el contexto externo y los factores culturales que podrían influir en la gravedad y la presentación de los síntomas.
  - 2. Deterioro significativo en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
- C. La alteración relacionada con el estrés no cumple los criterios para otro trastorno mental y no es simplemente una exacerbación de un trastorno mental preexistente.
- D. Los síntomas no representan el duelo normal.
- E. Una vez que el factor de estrés o sus consecuencias han terminado, los síntomas no se mantienen durante más de otros seis meses.
  - Alteración de la conducta: predomina la alteración de la conducta.

# ADAPTACIÓN AL GERIÁTRICO

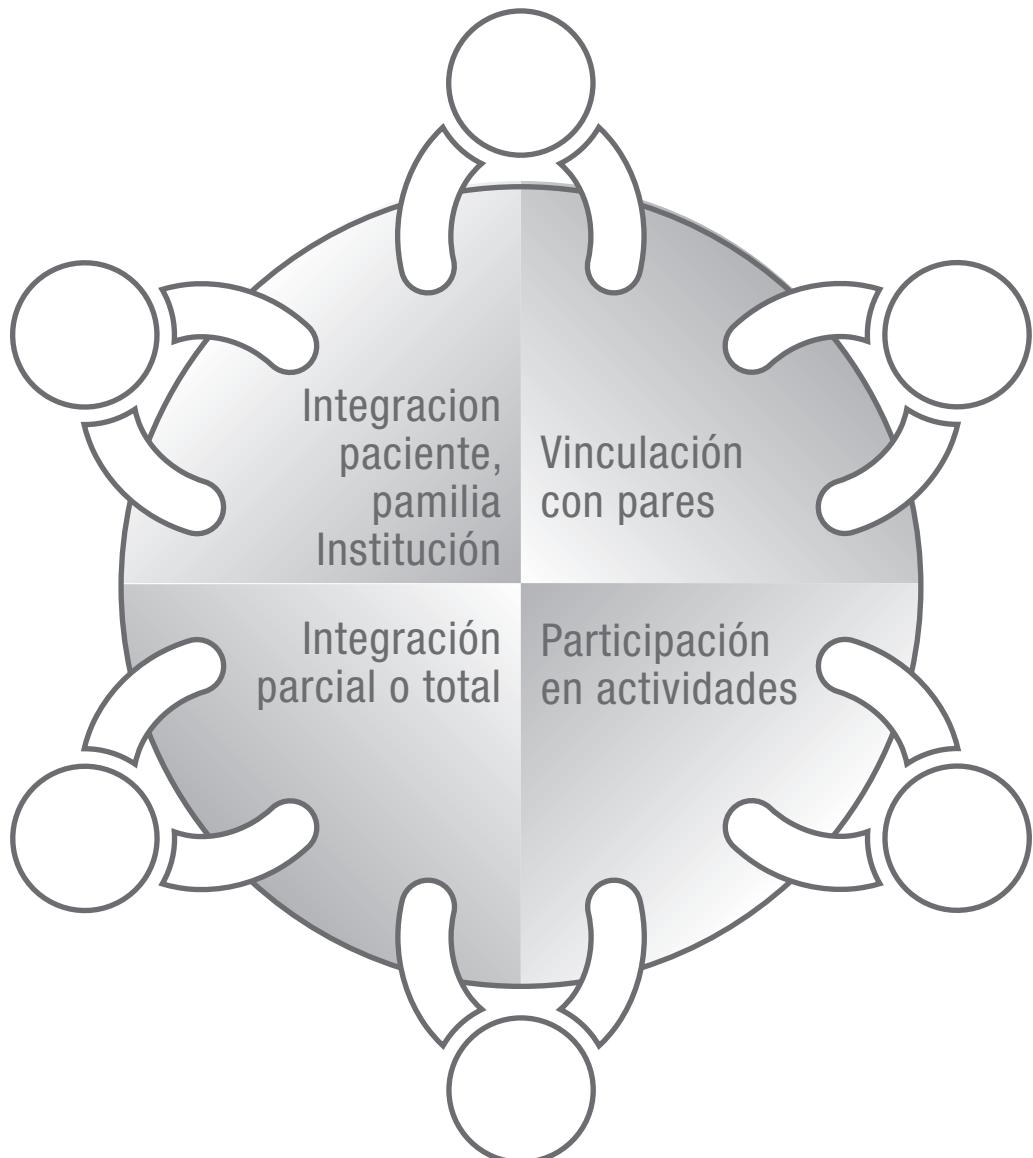
## Factores que favorecen o no la adaptación del paciente



Personalidad  
Aspecto y presentación  
Estado de salud



institucionalización  
por voluntad propia  
por decisión familiar



## **Geriatric maladaptation syndrome].**

**Hegyi L, Cagán S.**

***Vnitr Lek. 1994 May;40(5):325-8.***



- El síndrome de adaptación geriátrica es típico del adulto mayor.
- Este fracaso se produjo sobre la base de tensión crónica, causada generalmente por estímulos psicosociales relevantes.
- Manifestación clínica cardiovascular o sistemas inmunitarios seguidos con grave amenaza de salud y vida.
- Riesgos edad y mala salud.
- Pérdida de independencia, soledad, mudanzas, bajos ingresos, etapas de confusión, enfermedad mental, riesgos psicosociales del origen del síndrome de adaptación geriátrica.
- Fases del riesgo.
  1. Desarrollo de la reacción de estrés.
  2. Completo el desarrollo de la imagen clínica de la falta de adaptación.
- El síndrome de adaptación geriátrica es significativamente diferente.



# Evaluación clínica

Historia de la presentación de los síntomas. Historia individual



Antecedente de enfermedades médicas o psiquiátricas.



Medicaciones que recibe.



Antecedentes familiares.

Uso de escalas. Ej. HAD .para ansiedad y depresión 14 pts., HARS para ansiedad 14 ptos, Hamilton 1959.

Versión española del Inventory de Ansiedad Geriátrica (Pachana, Byrne, Siddle, Koloski, Harley, and Arnold; 2007; Márquez-González, M., Losada, A., Fernández-Fernández, V. & Pachana, N. (in press). Psychometric properties of the Spanish version of the Geriatric Anxiety Inventory. *International Psychogeriatrics*.



Entrevista familiar.

Detectar el inicio de los síntomas de ansiedad.



Ánalisis de laboratorio rutina, eje tiroideo, calcemia, fosfatemia, B12, Ac. fólico ,VDR.



Evaluación cardiovascular ECG o ecocardiograma.

Los adultos mayores conforman un grupo heterogéneo y las respuestas a los tratamientos difieren.

Psicofarmacológicos. No son aconsejables las benzodiacepinas en mayores de 70 años, por riesgo a un síndrome confusional, alteraciones cognitivas o caídas con el consiguiente riesgo de fracturas. Se usan antidepresivos y estabilizadores del ánimo o antipsicóticos de perfil sedativo.

## Expresiones del anciano sobre sus síntomas



Tengo muchos nervios

Voy de acá para allá

Me refriego las manos

Duermo mal

Como apurado



## DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Depresión ansiosa

Melancolía agitada

Ansiedad por comorbilidad con enfermedades médicas

Ansiedad por medicaciones



# Tratamiento farmacológico

LOS ADULTOS MAYORES CONFORMAN UN GRUPO HETEROGÉNEO  
Y LAS RESPUESTAS A LOS TRATAMIENTOS DIFEREN.

NO SON ACONSEJABLES LAS BENZODIACEPINAS EN MAYORES  
DE 70 AÑOS POR RIESGO A UN SÍNDROME CONFUSIONAL,  
ALTERACIONES COGNITIVAS O CAÍDAS, CON EL CONSIGUIENTE  
RIESGO DE FRACTURAS.

SE USAN ANTIDEPRESIVOS Y ESTABILIZADORES DEL ÁNIMO O  
ANTIPSICÓTICOS DE PERFIL SEDATIVO.

EL TRATAMIENTO DE ELECCIÓN EN LA MAYORÍA DE LOS ANCIANOS  
CON TAG SON LOS ANTIDEPRESIVOS, TANTO CUANDO ESTE TRAS-  
TORNO ESTÁ ASOCIADO CON DEPRESIÓN COMO CUANDO ES PURO.

# Fármacos aprobados por FDA para el trastorno de ansiedad

Trastorno de ansiedad → generalizada → Escitalopram, venlafaxina XR/LP, duloxetina y paroxetina buspirona

Trastorno obsesivo-compulsivo → Fluvoxamina, fluoxetina, paroxetina, sertralina

T. de pánico con o sin agorafobia → Paroxetina, sertralina, fluoxetina

T. de angustia → Fluoxetina, paroxetina y sertralina.

Fobia social → Paroxetina, sertralina, fluvoxamina

T. por estrés postraumático → de angustia → Sertralina, paroxetina





Elevated cortisol in older adults with Generalized Anxiety Disorder is reduced by treatment: a placebo-controlled evaluation of escitalopram  
EJ. Lenze, R C. Mantella, Peichang Shi, M.S., AM. Goate, PNowotny

Meryl A. Butters, C Andreeescu, P A. Thompson, B L. Rollman

*Am J Geriatr Psychiatry.* 2011 May;19(5):482-90



En comparación con los pacientes tratados con placebo, los pacientes tratados con ISRS tuvieron una reducción significativamente mayor en el pico y el cortisol total. Esta reducción en el cortisol se limitó a pacientes con elevada (por encima de la media) de cortisol basal. La reducción de cortisol se asoció con mejoras en la ansiedad. Además, la variabilidad genética en el promotor del transportador de serotonina predijo cambios de cortisol.

Efficacy and safety of duloxetine in the treatment of older adult patients with generalized anxiety disorder: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial.

Alaka KJ, Noble W, Montejo A, Dueñas H, Munshi A, Strawn JR, Lenox-Smith A, Ahl J, Bidzan L, Dorn B, Ball S

*Int J Geriatr Psychiatry.* 2014 Sep;29(9):978-86.



Tratamiento de duloxetina fue eficaz en la mejora de la ansiedad y funcionamiento en pacientes adultos mayores con TAG

La pregabalina es un nuevo compuesto que ha demostrado tener eficacia en el tratamiento del trastorno de ansiedad generalizada y está autorizado para el tratamiento de la enfermedad en la Unión Europea

# PREGABALINA



Efficacy and safety of pregabalin in elderly people with generalised anxiety disorder

S Montgomery, K Chatamra, L Pauer, E Whalen, F Baldinetti

*The British Journal of Psychiatry* Oct 2008, 193 (5) 389-394

Pregabalina, en dosis de 150-600 mg/día, era un tratamiento seguro y eficaz del trastorno de ansiedad generalizada en pacientes de 65 años de edad.

La eficacia ansiolítica de la pregabalina tuvo un inicio temprano (por 2 semanas) y mejoró significativamente tanto los síntomas psíquicos como los somáticos de la ansiedad.



## LAS TERAPIAS COMBINADAS LOGRAN UN MAYOR GRADO DE REMISIÓN



Cognitive behavior therapy for generalized anxiety disorder among older adults in primary care: a randomized clinical trial.  
Stanley MA, Wilson NL, DM, Rhoades HM, Wagener PD, Greisinger AJ, Cully JA, Kunik ME  
*JAMA*. 2009 Apr 8;301(14):1460-7.

134 adultos mayores (edad promedio de 66,9 años), marzo de 2004 a agosto de 2006, en entornos de atención primaria tratamiento 3 meses; evaluaciones al inicio, en 6, 9, 12 y 15 meses.

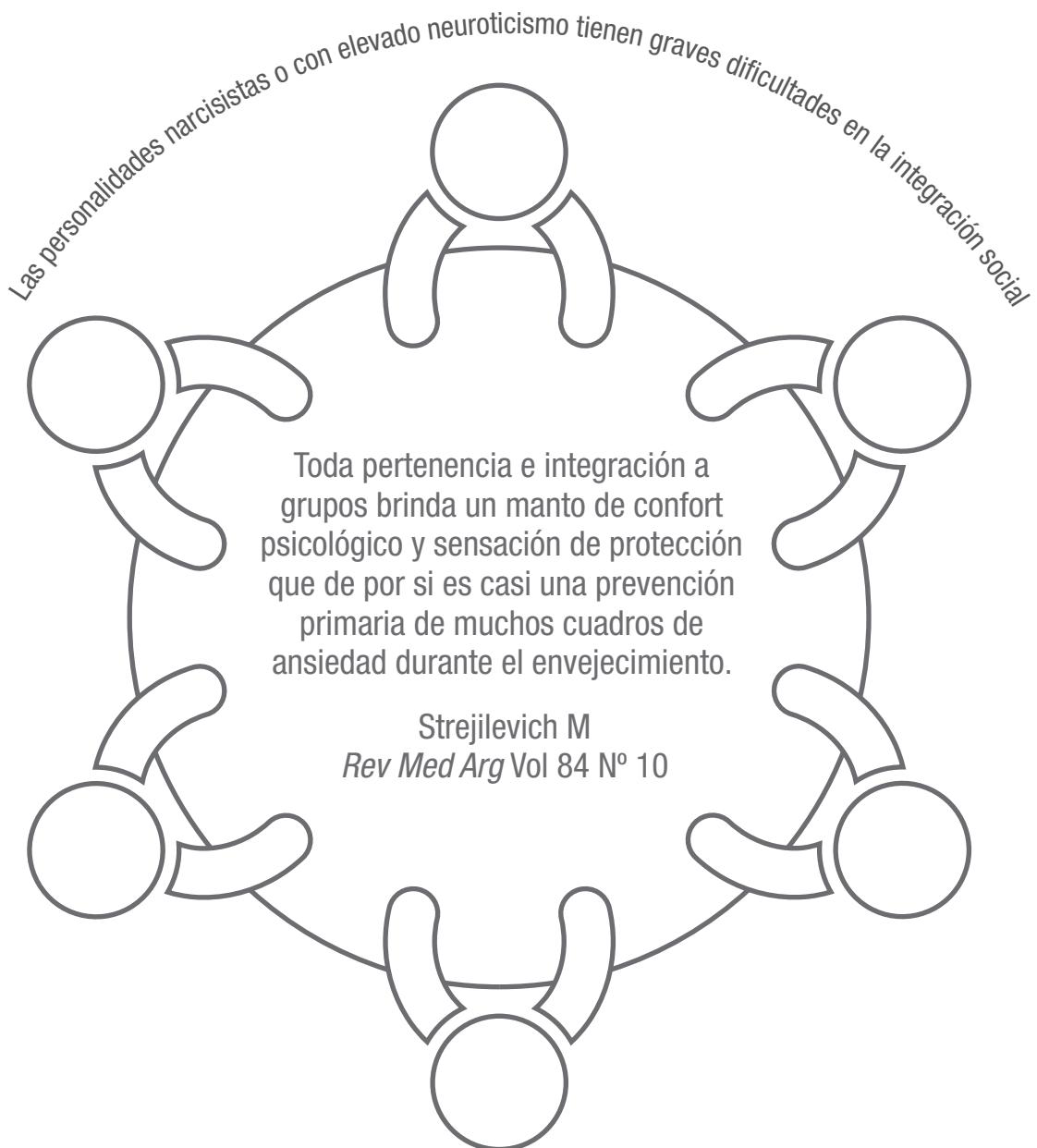
Examinar efectos de la TCC en comparación con atención habitual mejorada (EUC) en los adultos mayores con TAG en atención primaria.

Comparado con la EUC, TCC mostró mejoría en preocupación, severidad, síntomas depresivos y estado general de salud mental para más viejos con TAG en atención primaria.

Sin embargo, una medida de la severidad de TAG no indica una mejoría mayor con TCC.

Van't Veer-Tazelaar PJ, van Marwijk HW, van Oppen P, van Hout HP, van der Horst HE, Cuijpers P, et al.. Stepped-care prevention of anxiety and depression in late life: a randomized controlled trial. *Arch .Gen .Psychiatry*. 2009 Mar; 66(3):297-304

- En los Países Bajos realizaron una investigación basado en un programa sobre un “paso anticipado a la prevención de trastornos de ansiedad y depresión en la vejez”
- Evaluaron 170 pacientes de 75 y más años con subumbrales de depresión y ansiedad
- Aplicaron Terapia Cognitiva Conductual para resolución de problemas y medicación si era necesario.
- Concluyeron que resultó efectivo en disminuir el riesgo de inicio de estos trastornos siendo valioso para la Salud Pública.





**OMS**

2da. Asamblea Mundial  
sobre el Envejecimiento  
2002, Madrid



EL ENVEJECIMIENTO ACTIVO



PROCESO DE OPTIMIZACIÓN DE LAS OPORTUNIDA-  
DES DE SALUD, PARTICIPACIÓN Y SEGURIDAD



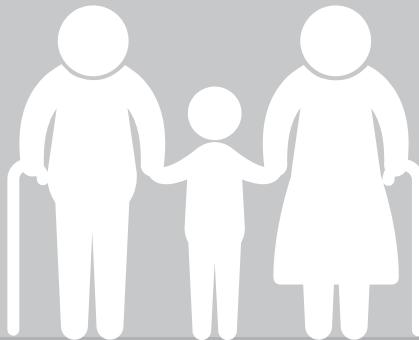
CON EL FIN DE MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA A  
MEDIDA QUE LAS PERSONAS ENVEJECEN



---

**NO AGREGAR AÑOS A LA VIDA  
SINO VIDA A LOS AÑOS**

**Successful cognitive and emotional aging**  
Jeste DV, Depp CA, and Vahia IV  
*World Psychiatry*. 2010 Jun; 9(2): 78–84.



Para conseguir un envejecimiento exitoso la clave está en hacer frente a los problemas de salud con una buena disposición



De muy poco vale gozar de buena salud si la actitud frente a la vejez es negativa, o si los adultos mayores deciden vivir apenados por las etapas de la vida que han dejado atrás



El estudio deja de manifiesto que, a pesar de vivir con algunas enfermedades a cuestas, estar feliz es una decisión, más que una consecuencia del bienestar físico

**El reconocimiento precoz, el diagnóstico y el tratamiento de los trastornos mentales que son comunes en la vejez son importantes para prevenir el sufrimiento y la discapacidad.**

**El cuidado de los adultos mayores con enfermedades mentales requiere sensibilidad, observación de las habilidades relacionales con el fin de ayudar a la persona mayor a alcanzar y mantener el más alto nivel posible de funcionamiento y el bienestar.**

Mental health and wellbeing of older people: opportunities and challenges

Carlos Augusto de Mendonça Lima, MD DSci Gabriel Ivbijaro

*Ment Health Fam Med.* 2013 Sep; 10(3): 125–127.

Esta edición de 5.100 ejemplares  
se terminó de imprimir en  
En el Blanco Producciones S.R.L.  
Bermudez 3321, Olivos, Bs. As. Argentina  
en el mes de octubre de 2015.

