

ARTÍCULO ORIGINAL

ESCALAS DIAGNÓSTICAS Y DE EVALUACIÓN QUE SE UTILIZAN EN ATENCIÓN PRIMARIA PARA DEPRESIÓN Y ANSIEDAD

Sánchez Pérez, J. A.
Médico. CPD Cádiz
López Cárdenas, A.
Psicólogo. CPD Cádiz

AGENDA

EN BREVE...



EN BREVE...

LA PRESIÓN ARTERIAL INCIDE EN LA FUNCIÓN COGNITIVA

En un artículo publicado en la revista «Hypertension» se concluye que presentar cifras tensionales altas o anormalmente bajas tiene un efecto perjudicial sobre la función cognitiva. Médicos de la Universidad de Baltimore (Estados Unidos) analizaron a 847 sujetos que fueron sometidos a varias pruebas para evaluar su función cognitiva. Una elevada presión sistólica se relacionó con un declive cognitivo en individuos de edad avanzada. Por el contrario, una presión diastólica alta o baja se asoció con una peor función cognitiva en sujetos de edad avanzada, de bajo nivel de formación y en aquellos que no recibían medicación antihipertensiva.

LA CARENCIA DEL RECEPTOR INHIBIDOR DE GLUTAMATO ASOCIADO AL PARKINSON GENERA UNA MAYOR ADICCIÓN A LA COCAÍNA

La carencia de un receptor celular asociado al Parkinson y a la ansiedad promueve una mayor adicción a la cocaína en animales de experimentación a los que se ha proporcionado dosis moderadas de la droga en comparación con aquellos que poseen el receptor. Según un estudio de la Facultad de Medicina de la Universidad de Kyoto (Japón) que se publica en la edición digital de la revista «Proceedings of the National Academy of Sciences» (PNAS).

(Más breves en pág. 8) ▶▶▶

Salud Global®-Salud Mental es un producto de

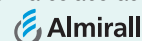
Salud Global®



Paseo Pintor Rosales, 26 - 28008 Madrid
Tel.: 91 542 09 55 - Fax: 91 559 51 72

www.grupoaulamedica.com

Con la colaboración de



S.V.P.: 269-R-CM
ISSN: 1697-4662

Depósito Legal: M-46657-2003

ARTÍCULO ORIGINAL

Escalas diagnósticas y de evaluación que se utilizan en atención primaria para depresión y ansiedad

Las escalas diagnósticas y de evaluación de depresión y ansiedad son herramientas que apoyan y refuerzan objetivamente el diagnóstico de estos trastornos, elaborado fundamentalmente a través de la entrevista clínica y la exploración psicopatológica. En ningún caso la administración de estas escalas sustituye a la historia clínica que debe recoger

antecedentes médicos, psicopatológicos y consumo de fármacos, síntomas actuales (afectivos, emocionales, cognitivos, volitivos y somáticos), momento de inicio, duración e intensidad de éstos, historia toxicológica y acontecimientos vitales estresantes, además de antecedentes familiares de este tipo de patologías.

(Continúa pág. 2) ▶▶▶

Escalas diagnósticas y de evaluación que se utilizan en atención primaria para depresión y ansiedad

SÁNCHEZ PÉREZ, J. A.
Médico. CPD Cádiz
LÓPEZ CÁRDENAS, A.
Psicólogo. CPD Cádiz

Teniendo en cuenta que el médico de Atención Primaria dispone de un tiempo limitado en la consulta, que la prevalencia de estos trastornos es alta (entre un 20 y 25%) y además, que existen presentaciones atípicas tanto de los trastornos de ansiedad como de los depresivos; se entiende que más del 50% de los casos queden sin diagnosticar y sin tratamiento correcto. Por tanto se hace necesario conocer y disponer de escalas breves y de fácil aplicación y manejo, que permitan la detección, evaluación y seguimiento de estas patologías.

La utilización de escalas para medir variables psicosociales y somáticas, es muy habitual y ofrece ventajas a la hora de llevar a cabo proyectos de investigación. Es bueno que el médico se habitúe a utilizarlas porque así llegará a una mejor comprensión de lo que está ocurriendo en el transcurso de la enfermedad y por ende conseguirá una atención sanitaria de más calidad a los usuarios. En este sentido hay que tener presente que para una correcta aplicación de estos instrumentos es importante considerar una serie de directrices básicas que van desde la estimación de la utilidad potencial de dichas escalas en cuanto a la evaluación que se pretende efectuar, a los aspectos relacionados con el sesgo de los cuestionarios y la interpretación adecuada de los resultados obtenidos

Las escalas de evaluación y diagnóstico de depresión y ansiedad, de más fácil y frecuente utilización,

en función de su fiabilidad, especificidad y eficiencia, y que no exigen un entrenamiento especial para su aplicación e interpretación, son las siguientes:

- ◆ Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg.
- ◆ Escala de Hamilton para la Depresión (HDRS).
- ◆ Escala de Hamilton para la Ansiedad (HARS).
- ◆ Escala de Depresión de Montgomery-Asberg (MADRS).
- ◆ Escala Geriátrica abreviada de la Depresión de Yesavage.

Otros cuestionarios útiles en Atención Primaria son:

- ◆ Escala Autoaplicada para la medida de la Depresión de Zung y Conde.
- ◆ Inventario de Depresión de Beck (BDI).
- ◆ Escala Breve de Ansiedad de Tyrer (BSA).
- ◆ Cuestionario de Screening de Ansiedad (ASQ-15).
- ◆ Patient Health Questionnaire (PHQ-9).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Vallejo Ruiloba J, Gastó Ferrer C. Trastornos Afectivos: Ansiedad y depresión. Barcelona. Masson 2000.
- Bobes JG, Portilla MP, Bascaran MT, Saiz PA, Bousoño M. Banco de instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría clínica. Barcelona: Psiquiatría editores (Ars Médica), 2002.
- Cuesta L. y cols. Guía para el diagnóstico y tratamiento de los trastornos psiquiátricos en asistencia primaria. Barcelona: Editorial Glosse, 2003.
- Chamorro García L. Guía de manejo de los trastornos mentales en atención primaria. Barcelona: Masson, 2002.
- Montón C, Pérez Echeverría MJ, Campos R, García Campayo J, Lobo A. Escalas de ansiedad y depresión Goldberg: Una guía de entrevista eficaz para la detección del malestar psíquico. Atención primaria. 345-9.
- Directrices Internacionales para el uso de los test. ITC. Colegio Oficial de Psicólogos.

La utilización de escalas para medir variables psicosociales y somáticas, es muy habitual y ofrece ventajas a la hora de llevar a cabo proyectos de investigación

ESCALA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN DE GOLDBERG (EADAC)

(Versión adaptada al castellano por A. Lobo y cols.)

Es una escala muy sencilla de usar y de gran eficacia en la detección de trastornos de depresión y/o ansiedad. Además constituye un instrumento de evaluación de la severidad y evolución de estos trastornos. Puede usarse también como una guía para la entrevista.

Instrucciones para su administración

- Está dirigida a la población general.
- Se trata de un cuestionario heteroadministrado con dos subescalas:
 - Una para la detección de la ansiedad, y la otra para la detección de la depresión.
 - Ambas escalas tienen 9 preguntas.
 - Las 5 últimas preguntas de cada escala sólo se formulan si hay respuestas positivas a las 4 primeras preguntas, que son obligatorias.
- La probabilidad de padecer un trastorno es tanto mayor cuanto mayor es el número de respuestas positivas.
- Los síntomas contenidos en las escalas están referidos a los 15 días previos a la consulta.
- Todos los ítems tienen la misma puntuación.
- Siguen un orden de gravedad creciente.
- Los últimos ítems de cada escala aparecen en los pacientes con trastornos más severos.

Subescala de ansiedad

1. ¿Se ha sentido muy excitado, nervioso o en tensión?
2. ¿Ha estado muy preocupado por algo?
3. ¿Se ha sentido muy irritable?
4. ¿Ha tenido dificultad para relajarse?

(Si hay 3 o más respuestas afirmativas, continuar preguntando.)

5. ¿Ha dormido mal, ha tenido dificultades para dormir?
6. ¿Ha tenido dolores de cabeza o de nuca?
7. ¿Ha tenido alguno de los siguientes síntomas: temblores, hormigueos, mareos, sudores, diarrea? (síntomas vegetativos).
8. ¿Ha estado preocupado por su salud?
9. ¿Ha tenido alguna dificultad para conciliar el sueño, para quedarse dormido?

TOTAL ANSIEDAD:

Subescala de depresión

1. ¿Se ha sentido con poca energía?
2. ¿Ha perdido Vd. el interés por las cosas?
3. ¿Ha perdido la confianza en sí mismo?
4. ¿Se ha sentido Vd. desesperanzado, sin esperanzas?

(Si hay respuestas afirmativas a cualquiera de las preguntas anteriores, continuar.)

5. ¿Ha tenido dificultades para concentrarse?
6. ¿Ha perdido peso? (a causa de su falta de apetito).
7. ¿Se ha estado despertando demasiado temprano?
8. ¿Se ha sentido Vd. enlentecido?
9. ¿Cree Vd. que ha tenido tendencia a encontrarse peor por las mañanas?

TOTAL DEPRESIÓN:

Criterios de valoración

Subescala de Ansiedad: 4 o más respuestas afirmativas.

Subescala de Depresión: 2 o más respuestas afirmativas.

ESCALA DE HAMILTON PARA LA DEPRESIÓN (HDRS)

(Versión validada al castellano por Ramos-Brieva y cols.)

La HDRS es la de mayor uso para evaluar la depresión, considerándose la escala-patrón de todas las escalas de su tipo. No es una escala diagnóstica, por lo que su uso debe ser posterior al diagnóstico de depresión. Ofrece una medida cuantitativa de la intensidad del trastorno y también puede ser utilizada para evaluar la efectividad del tratamiento.

Instrucciones para su administración

- Es una escala heteroadministrada por un clínico tras una entrevista.
- La prueba consta de 17 ítems.
- Algunos de los ítems se valoran de 0 a 2 y otros de 0 a 4 puntos.
- El rango de puntuaciones oscila entre 0 y 52 puntos.
 - > Una puntuación igual o superior a **25** corresponde a una **depresión grave**.
 - > Una puntuación entre **7 y 17** corresponde a una **depresión moderada**.
 - > Valores inferiores son indicativos de la **ausencia o remisión del trastorno**.

1. Humor deprimido, tristeza (melancolía), desesperanza, desamparo, inutilidad:

- 0 Ausente
- 1 Estas sensaciones las expresa solamente si le preguntan como se siente
- 2 Estas sensaciones las relata espontáneamente
- 3 Sensaciones no comunicadas verbalmente (expresión facial, postura, voz, tendencia al llanto)
- 4 Manifiesta estas sensaciones en su comunicación verbal y no verbal en forma espontánea

2. Sentimiento de culpa:

- 0 Ausente
- 1 Se culpa a sí mismo, cree haber decepcionado a la gente
- 2 Tiene ideas de culpabilidad o medita sobre errores pasados o malas acciones
- 3 Siente que la enfermedad actual es un castigo
- 4 Oye voces acusatorias o de denuncia y/o experimenta alucinaciones visuales amenazadoras

3. Suicidio:

- 0 Ausente
- 1 Le parece que la vida no vale la pena ser vivida
- 2 Desearía estar muerto o tiene pensamientos sobre la posibilidad de morir
- 3 Ideas de suicidio o amenazas
- 4 Intentos de suicidio (cualquier intento serio)

4. Insomnio precoz:

- 0 No tiene dificultad
- 1 Dificultad ocasional para dormir, por ejemplo le toma más de media hora el conciliar el sueño
- 2 Dificultad para dormir cada noche.

5. Insomnio intermedio:

- 0 No hay dificultad
- 1 Está desvelado e inquieto o se despierta varias veces durante la noche
- 2 Está despierto durante la noche, cualquier ocasión de levantarse de la cama se clasifica en 2 (excepto por motivos de evacuar)

6. Insomnio tardío:

- 0 No hay dificultad
- 1 Se despierta a primeras horas de la madrugada, pero se vuelve a dormir
- 2 No puede volver a dormirse si se levanta de la cama

7. Trabajo y actividades:

- 0 No hay dificultad
- 1 Ideas y sentimientos de incapacidad, fatiga o debilidad (trabajos, pasatiempos)
- 2 Pérdida de interés en su actividad (disminución de la atención, indecisión y vacilación)
- 3 Disminución del tiempo actual dedicado a actividades o disminución de la productividad
- 4 Dejó de trabajar por la presente enfermedad. Solo se compromete en las pequeñas tareas, o no puede realizar estas sin ayuda.

8. Inhibición psicomotora (lentitud de pensamiento y palabra, facultad de concentración disminuida, disminución de la actividad motora):

- 0 Palabra y pensamiento normales
- 1 Ligero retraso en el habla
- 2 Evidente retraso en el habla
- 3 Dificultad para expresarse
- 4 Incapacidad para expresarse

9. Agitación psicomotora:

- 0 Ninguna
- 1 Juega con sus dedos
- 2 Juega con sus manos, cabello, etc.
- 3 No puede quedarse quieto ni permanecer sentado
- 4 Retuerce las manos, se muerde las uñas, se tira de los cabellos, se muerde los labios

10. Ansiedad psíquica:

- 0 No hay dificultad
- 1 Tensión subjetiva e irritabilidad
- 2 Preocupación por pequeñas cosas
- 3 Actitud aprensiva en la expresión o en el habla
- 4 Expresa sus temores sin que le pregunten

11. Ansiedad somática (Signos físicos concomitantes de ansiedad tales como: Gastrointestinales: sequedad de boca, diarrea, eructos, etc. Cardiovasculares: palpitaciones, cefaleas. Respiratorios: hiperventilación, suspiros. Frecuencia de micción incrementada. Transpiración):

- 0 Ausente
- 1 Ligera
- 2 Moderada
- 3 Severa
- 4 Incapacitante

12. Síntomas somáticos gastrointestinales:

- 0 Ninguno
- 1 Pérdida del apetito pero come sin necesidad de que lo estimulen. Sensación de pesadez en el abdomen
- 2 Dificultad en comer si no se le insiste. Solicita laxantes o medicación intestinal para sus síntomas gastrointestinales

13. Síntomas somáticos generales:

- 0 Ninguno
- 1 Pesadez en las extremidades, espalda o cabeza. Dorsalgias. Cefaleas, algias musculares.
- 2 Pérdida de energía y fatigabilidad. Cualquier síntoma bien definido se clasifica en 2.

14. Síntomas genitales (tales como: disminución de la libido y trastornos menstruales):

- 0 Ausente
- 1 Débil
- 2 Grave

15. Hipocondría:

- 0 Ausente
- 1 Preocupado de sí mismo (corporalmente)
- 2 Preocupado por su salud
- 3 Se lamenta constantemente, solicita ayuda

16. Pérdida de peso:

- 0 Pérdida de peso inferior a 500 g en una semana
- 1 Pérdida de más de 500 g en una semana
- 2 Pérdida de más de 1 kg en una semana

17. Perspicacia:

- 0 Se da cuenta que está deprimido y enfermo
- 1 Se da cuenta de su enfermedad pero atribuye la causa a la mala alimentación, clima, exceso de trabajo, virus, necesidad de descanso, etc.
- 3 No se da cuenta que está enfermo

TOTAL PUNTUACIÓN:

ESCALA DE HAMILTON PARA ANSIEDAD (HARS)

(Versión adaptada al castellano por Carrobles y cols.)

La HARS examina y cuantifica la intensidad de la sintomatología ansiosa. Evalúa categorías de síntomas, tanto psíquicos como somáticos. Es sensible a las variaciones a través del tiempo o después de recibir tratamiento, por lo que podemos usarla en estudios de seguimiento.

Instrucciones para su administración

- Es una escala heteroadministrada por un clínico tras una entrevista.
- La prueba consta de 14 ítems.
- Se pueden obtener dos puntuaciones que se corresponden con ansiedad psíquica (ítems 1, 2, 3, 4, 5, 6 y 14) o con ansiedad somática (ítems 7, 8, 9, 10, 11, 12 y 13).
- Es sensible a las variaciones a través del tiempo o después de recibir tratamiento, por lo que podemos usarla en estudios de seguimiento.
- Deben puntuarse todos los ítems acorde a los siguientes criterios:
 - > 0 Ausente.
 - > 1 Intensidad ligera.
 - > 2 Intensidad media.
 - > 3 Intensidad elevada.
 - > 4 Intensidad máxima (invalidante).
- Escoja en cada ítem la puntuación que corresponda a la intensidad acorde a lo que siente o a su comportamiento, de acuerdo a su apreciación.
- Sume la totalidad de los 14 ítems.
- Las definiciones que siguen al enunciado de cada ítem son ejemplos que pueden servir de guía.
- El rango de puntuaciones oscila entre 0 y 56 puntos.
 - > Una puntuación mayor o igual a 15 corresponde a **ansiedad moderada/grave**.
 - > Una puntuación de 6 a 14 corresponde a **ansiedad leve**.
 - > Una puntuación de 0 a 5 corresponde a **ausencia o remisión del trastorno**.

SÍNTOMAS DE LOS ESTADOS DE ANSIEDAD	0	1	2	3	4
1. HUMOR ANSIOSO: Inquietud. Expectativas de catástrofe. Aprensión (anticipación temerosa). Irritabilidad.					
2. TENSIÓN: Sensaciones de tensión. Fatigabilidad. Imposibilidad de estar quieto. Reacciones de sobresalto. Llanto fácil. Temblores. Sensaciones de incapacidad para esperar.					
3. MIEDOS: A la oscuridad. A los desconocidos. A quedarse solo. A los animales. A la circulación. A la muchedumbre.					
4. INSOMNIO: Dificultades de conciliación. Sueño interrumpido. Sueño no satisfactorio, con cansancio al despertar. Sueños penosos. Pesadillas. Terrores nocturnos.					
5. FUNCIONES INTELECTUALES (COGNITIVAS): Dificultad de concentración. Mala memoria.					
6. HUMOR DEPRESIVO: Pérdida de interés. No disfruta del tiempo libre. Depresión. Insomnio de madrugada. Variaciones anímicas a lo largo del día.					
7. SÍNTOMAS SOMÁTICOS MUSCULARES: Dolores musculares. Rigidez muscular. Sacudidas musculares. Sacudidas clónicas. Rechinar de dientes. Voz quebrada.					
8. SÍNTOMAS SOMÁTICOS GENERALES: Zumbido de oídos. Visión borrosa. Oleadas de calor o frío. Sensación de debilidad. Sensaciones parestésicas (pinchazos u hormigueos).					
9. SÍNTOMAS CARDIOVASCULARES: Taquicardia. Palpitaciones. Dolor torácico. Sensación pulsátil en vasos. Sensaciones de "baja presión" o desmayos. Extrasístoles (arritmias cardíacas benignas).					
10. SÍNTOMAS RESPIRATORIOS: Opresión pretorácica. Constricción precordial. Sensación de ahogo o falta de aire. Suspiros. Disnea (dificultad para respirar).					
11. SÍNTOMAS GASTROINTESTINALES: Dificultades evacuatorias. Gases. Dispepsia: dolores antes o después de comer, ardor, hinchazón abdominal, náuseas, vómitos, constricción epigástrica. Cólicos (espasmos) abdominales. Borborigmos. Diarrea. Pérdida de peso. Estreñimiento.					
12. SÍNTOMAS GENITOURINARIOS: Micciones frecuentes. Micción imperiosa. Amenorrea (falta del período menstrual). Metrorragia (hemorragia genital). Frigidez. Eyaculación precoz. Impotencia. Ausencia de erección.					
13. SÍNTOMAS DEL SISTEMA NERVIOSO AUTÓNOMO: Boca seca. Accesos de enrojecimiento. Palidez. Tendencia a la sudoración. Vértigos. Cefalea (dolor de cabeza) de tensión.					
14. CONDUCTA EN EL TRANSCURSO DEL TEST: Tendencia al abatimiento. Agitación: manos inquietas, juega con los dedos, cierra los puños, tic, aprieta el pañuelo en las manos. Inquietud: va y viene. Temblor en las manos. Rostro preocupado. Aumento del tono muscular o contracturas musculares. Respiración entrecortada. Palidez facial. Traga saliva. Eructos. Taquicardia o palpitaciones. Ritmo respiratorio acelerado. Sudoración. Pestañeo.					
Ansiedad Psíquica (1, 2, 3, 4, 5, 6 y 14)					
Ansiedad Somática (7, 8, 9, 10, 11, 12 y 13)					
PUNTUACIÓN TOTAL					

ESCALA DE MONTGOMERY-ASBERG PARA LA DEPRESIÓN (MADRS)

(Montgomery y Asberg 1979)

Versión validada al castellano (Lobo A, Chamorro L, Luque A, Dal-Re R, Badia X, Baro E. *Med Clin* (Barc). 2002)

Es un instrumento muy útil, válido y fiable para evaluar la depresión. Constituye un apoyo para confirmar la sospecha de diagnóstico. Es especialmente sensible para detectar los cambios del estado depresivo, si se pasa con intervalos de tiempos diferentes. El clínico debe decidir si la evaluación se amolda a los niveles definidos en la escala (2, 4, 6) o a los niveles intermedios (1, 3, 5).

Instrucciones para su administración

- Es una escala heteroadministrada, mediante entrevista.
- La prueba consta de 10 ítems.
- Cada ítem se puntúa de 0 (ausencia de síntomas) a 6 (máximo nivel de gravedad).
- El rango de puntuaciones oscila entre 0 y 60 puntos.
- En los estudios se suele utilizar puntuación igual o superior a 18 puntos como confirmación de depresión, pero no hay un punto de corte establecido.
 - > Una puntuación inferior a 10 indica ausencia del trastorno.
 - > El orden de gravedad es creciente.

- Tristeza observada.** Representa el abatimiento, la melancolía y la desesperación (algo más que una simple tristeza normal y pasajera) que se refleja en la manera de hablar, la expresión facial y la postura. Evalúe el grado de incapacidad para animarse.
 - 0 Sin tristeza
 - 1
 - 2 Parece decaído pero se anima sin dificultad
 - 3
 - 4 Parece decaído la mayor parte del tiempo
 - 5
 - 6 Parece siempre desgraciado. Extremadamente abatido.
- Tristeza declarada por el paciente.** Representa un estado de ánimo depresivo que se siente, sin tener en cuenta si se refleja en la apariencia o no. Incluye tristeza, abatimiento o el sentimiento de que no hay esperanza y nada ni nadie puede ayudarle. Evalúe de acuerdo con la intensidad, la duración y la medida en que el estado de ánimo se ve influido por los acontecimientos.
 - 0 Tristeza esporádica según las circunstancias
 - 1
 - 2 Triste o decaído pero se anima sin dificultad.
 - 3
 - 4 Sentimientos generalizados de tristeza o melancolía. El estado de ánimo todavía se ve influido por circunstancias externas.
 - 5
 - 6 Abatimiento, desdicha o tristeza continuada o invariable.
- Tensión interna.** Representa sentimientos de malestar mal definidos, irritabilidad, confusión interna y tensión mental hasta llegar al pánico, terror o angustia. Evalúe de acuerdo con la intensidad, frecuencia, duración y la medida en que se busca consuelo.
 - 0 Apacible. Sólo tensión interna pasajera.
 - 1
 - 2 Sentimientos ocasionales de nerviosismo y malestar indefinido.
 - 3
 - 4 Sentimientos continuados de tensión interna o pánico intermitente que el sujeto sólo puede dominar con alguna dificultad.
 - 5
 - 6 Terror o angustia tenaz. Pánico irresistible.
- Sueño reducido.** Representa la reducción de la duración o profundidad del sueño comparada con las pautas normales del sujeto cuando se encuentra bien.
 - 0 Duerme como siempre
 - 1
 - 2 Ligera dificultad para dormirse o sueño ligeramente reducido, sueño ligero o perturbado.
 - 3
 - 4 Sueño reducido o interrumpido durante al menos 2 horas.
 - 5
 - 6 menos de 2 ó 3 horas de sueño
- Apetito reducido.** Representa la sensación de pérdida de apetito comparada con la que tiene cuando se encuentra bien. Evalúe según la pérdida del deseo por la comida o la necesidad de forzarse a sí mismo para comer.
 - 0 Apetito normal o aumentado.
 - 1
 - 2 Apetito ligeramente reducido
 - 3
 - 4 Sin apetito. La comida es insípida.
 - 5
 - 6 Necesita persuasión para comer algo.
- Dificultades para concentrarse.** Representa las dificultades para centrar los pensamientos en algo hasta llegar a la falta de concentración incapacitante. Evalúe según la intensidad, frecuencia y grado de incapacidad resultante.
 - 0 Ninguna dificultad para concentrarse.
 - 1
 - 2 Dificultades ocasionales para centrar los pensamientos
 - 3
 - 4 Dificultades para concentrarse y seguir una idea que reduce la capacidad de leer o mantener una conversación.
 - 5
 - 6 Incapaz de leer o mantener una conversación si no es con gran dificultad.
- Lasitud.** Representa la dificultad para empezar algo o la lentitud para iniciar y realizar las actividades diarias.
 - 0 Casi sin dificultad para empezar algo. Sin apatía.
 - 1
 - 2 Dificultades para empezar actividades.
 - 3
 - 4 Dificultades para empezar actividades rutinarias sencillas que se llevan a cabo con esfuerzo.
 - 5
 - 6 Lasitud total. Incapaz de hacer nada sin ayuda.
- Incapacidad para sentir.** Representa la experiencia subjetiva de un menor interés por el entorno o por actividades que habitualmente dan placer. La capacidad para reaccionar con la emoción adecuada a las circunstancias o personas se ve reducida.
 - 0 Interés normal por el entorno y por otras personas.
 - 1
 - 2 Menor capacidad para disfrutar de las cosas que normalmente le interesan.
 - 3
 - 4 Pérdida de interés por el entorno. Pérdida de sentimientos respecto a los amigos conocidos.
 - 5
 - 6 La experiencia de estar emocionalmente paralizado, incapacidad para sentir enfado, pena o placer y una total o incluso dolorosa falta de sentimientos hacia los parientes próximos y amigos.
- Pensamientos pesimistas.** Representa los pensamientos culpabilidad, inferioridad, autoreproche, pecado, remordimiento y ruina.
 - 0 Sin pensamientos pesimistas
 - 1
 - 2 Ideas variables de fracaso, autoreproche o autodesprecio.
 - 3
 - 4 Autoacusaciones persistentes o ideas definidas. Pero aún racionales, de culpabilidad o pecado. Cada vez más pesimistas respecto al futuro.
 - 5
 - 6 Alucinaciones de ruina, remordimiento o pecado irredimible. Autoacusaciones que son absurdas o inquebrantables.
- Pensamientos suicidas.** Representa el sentimiento de que no vale la pena vivir, que desearía que le llegara una muerte natural, pensamientos suicidas y preparativos para el suicidio. Los intentos de suicidio en sí no deberán influir en la evaluación.
 - 0 Disfruta de la vida o la acepta tal como viene.
 - 1
 - 2 Cansado de vivir. Sólo pensamientos suicidas pasajeros.
 - 3
 - 4 Probablemente estaría mejor muerto. Los pensamientos suicidas son habituales y se considera el suicidio como una posible solución, pero sin ninguna intención o plan específico.
 - 5
 - 6 Planes explícitos de suicidio cuando se presente una oportunidad. Preparativos activos para el suicidio.

PUNTUACIÓN TOTAL

ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA DE YESAVAGE (VERSIÓN ABREVIADA O REDUCIDA)

(Adaptada y validada al castellano por J. Martínez de la Iglesia y cols.)

Escala adaptada específicamente a la población anciana. Es muy importante la valoración previa del posible deterioro cognitivo, ya que este puede invalidarla. Exige muy poco tiempo para su administración, evitando y reduciendo así problemas relacionados con la fatiga y atención que pudiesen surgir en la evaluación de este grupo. Es de gran utilidad como herramienta de apoyo para realizar un diagnóstico precoz.

Instrucciones para su administración

- Se trata de un cuestionario heteroadministrado utilizado para el cribado de la depresión en personas mayores de 65 años
- La prueba consta de 15 ítems con respuestas dicotómicas **SÍ/NO**
- El rango de puntuación oscila de 0 a 15
- Respuestas afirmativas a los ítems 2, 3, 4, 6, 8, 9, 10, 12, 14 y 15 equivalen a 1 punto
- Respuestas negativas a los ítems 1, 5, 7, 11 y 13 equivalen a 1 punto.
- Valoración
 - Una puntuación mayor o igual a **10** corresponde a una **depresión severa**
 - Una puntuación de **6 a 9** corresponde a una **depresión leve**
 - Una puntuación de **0 a 5** corresponde a ausencia o remisión del trastorno.
- Existe una versión de 5 ítems que serían el 1, 4, 8, 9 y 12 siendo las respuestas correctas afirmativas en 4, 8, 9 y 12 y negativa en la 1. Un número de respuestas erróneas mayor o igual a 4 se considera diagnóstico de Depresión.

TABLA I

Enfermedades médicas que pueden causar clínica depresiva

Neurológicas	Reumatológicas y sistémicas
Demencias (incluida la enfermedad de Alzheimer con depresión del estado de ánimo)	Lupus eritematoso sistémico
Enfermedad de Parkinson	Artritis reumatoide
Enfermedad de Wilson	Síndrome carcinoide
Enfermedad de Huntington	Fibromialgia
Esclerosis múltiple	Arteritis de Sjögren
Accidente vascular cerebral	Arteritis temporal
Lesiones ocupantes de espacio	Porfiria
Arteriosclerosis cerebral	
Hidrocefalia normotensiva	Infecciosas
Miastenia	SIDA
Hemorragia subaracnoidea	Encefalitis
Epilepsia	Tuberculosis
Traumatismo craneoencefálico	Mononucleosis infecciosa
Afecciones degenerativas	Cuadros virales (gripe, hepatitis, neumonía vírica)
Apnea del sueño	Neumonía bacteriana
Enfermedad de Fahr	Fiebre tifoidea
Migrañas	Infección por colibacilos
Narcolepsia	Infecciones urogenitales
Parálisis supranuclear progresiva	
Endocrinopatías y trastornos metabólicos	Oncológicas
Hipo e hipertiroidismo	Adicciones a sustancias
Hipo e hiperparatiroidismo	Opiáceos, alcohol, cocaína, anfetaminas, etc.
Enfermedades de Cushing y Addison	Adicciones comportamentales
Hipogonadismo	Ludopatías, compras, sexo, etc.
Hipoglucemia	
Diabetes	Otros trastornos psiquiátricos
Hiperprolactinemia	
Posparto	
Relacionada con la menstruación	
Hiperaldosteronismo	
Cardiovasculares	
Infarto de miocardio	
Miocardopatías	

TABLA II

Enfermedades asociadas a clínica ansiosa

Sistema cardiorrespiratorio	Sistema endocrino
Arritmias. Prolapso mitral	Síndrome carcinoide
Ataque de asma	Síndrome de Cushing
EPOC	Feocromocitoma
Embolia pulmonar	Hipoglucemia
Síndrome de hiperventilación	Hipo e hiperparatiroidismo
Miocardopatía	Síndrome premenstrual
Cardiopatía congestiva	Menopausia
IAM	Alteraciones hipofisarias
HTA	Insulinoma
Hipoxia	Síndrome de virilización en mujeres
Sistema nervioso	Otras sistémicas e inflamatorias
Crisis parciales complejas	Poliarteritis nodosa
Esclerosis múltiple	Arteritis de la temporal
Disfunción vestibular	Artritis reumatoide
Enfermedad de Wilson	Hipoxia
Hemorragia subaracnoidea	LES
Neoplasias cerebrales	Uremia
Enfermedad de Menière	Déficit de vitamina B ₁₂
Corea de Huntington	Pelagra
Delirium	
Demencia	
Síndrome postraumático	
Migraña	
TIA	
Miscelánea	Adicciones a sustancias
Mononucleosis infecciosa	Adicciones comportamentales
Síndrome post-hepatitis	Otros trastornos psiquiátricos
Síndrome febril crónico	Demencias, psicosis, esquizofrenia, trastornos de personalidad, etc.

- 1 ¿Está básicamente satisfecho con su vida?
- 2 ¿Ha renunciado a muchas de sus actividades y pasatiempos?
- 3 ¿Siente que su vida está vacía?
- 4 ¿Se encuentra a menudo aburrido?
- 5 ¿Se encuentra alegre y optimista, con buen ánimo la mayor parte del tiempo?
- 6 ¿Teme que le vaya a pasar algo malo?
- 7 ¿Se siente feliz, contento la mayor parte del tiempo?
- 8 ¿Se siente a menudo desamparado, desvalido, indeciso?
- 9 ¿Prefiere quedarse en casa que acaso salir y hacer cosas nuevas?
- 10 ¿Le da la impresión de que tiene más trastornos de memoria que los demás?
- 11 ¿Cree que es agradable estar vivo?
- 12 ¿Se le hace duro empezar nuevos proyectos?
- 13 ¿Se siente lleno de energía?
- 14 ¿Siente que su situación es angustiada, desesperada?
- 15 ¿Cree que la mayoría de la gente se encuentra en mejor situación económica que usted?

TOTAL PUNTUACIÓN:

El médico de Atención Primaria debe conocer que existen múltiples patologías capaces tanto de producir como mimetizar cuadros ansiosos o depresivos (tablas I y II), en los que tratando correctamente la enfermedad causal cuando ello es posible, podrían revertirse dichos cuadros. Es muy importante efectuar un despistaje de estas enfermedades que provocan ansiedad o depresión ya que si la enfermedad primaria es curable o tiene tratamiento específico, también obtendremos secundariamente un beneficio para el tratamiento de estos trastornos tan frecuentes hoy en nuestro medio.

En breve...

Según los científicos, el receptor inhibe la liberación de glutamato, que excita las células del Sistema Nervioso Central. Para estudiar el papel del glutamato en las funciones del cerebro, los investigadores desarrollaron animales de experimentación sin el gen para un tipo de receptor del glutamato.

Los investigadores comprobaron que los animales sin el receptor se comportaban de forma normal bajo circunstancias habituales pero que después de unas cuantas dosis de cocaína los animales mutantes se hacían más hiperactivos que los normales y mostraban una mayor atracción hacia los lugares donde obtenían la droga, además de mostrar signos de una mayor adicción.

Cuando los animales alterados genéticamente se encontraron en situaciones estresantes, fueron más hiperactivos, aunque no mostraron una mayor ansiedad que sus congéneres normales y tuvieron más dificultad para conseguir el equilibrio en una barra giratoria. Los autores dicen que esta investigación podría ayudar al desarrollo de potenciales componentes terapéuticos para la adicción a las drogas.

LA TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL COMBINADA CON FÁRMACOS ELEVA UN 13% LA REMISIÓN DEL TRASTORNO DE PÁNICO

La terapia cognitivo-conductual combinada con fármacos eleva hasta un 13% la remisión del desorden de pánico en comparación con el tratamiento farmacológico en solitario, según un estudio de la Escuela de Medicina de la Universidad de Washington (Estados Unidos) que se publica en la revista Archives of General Psychiatry, una de las publicaciones de Journal of the American Medical Association (JAMA).

Los científicos analizaron a 232 pacientes tratados en consultas de Atención Primaria que cumplían los criterios del DSM-IV, el sistema diagnóstico de la Asociación Psiquiátrica Americana, sobre el trastorno de pánico. Los investigadores asignaron de forma aleatoria a los pacientes en dos grupos, uno que recibía el tratamiento habitual, la medica-

ción y el asesoramiento médico sobre la identificación y tratamiento del trastorno de pánico, y otro grupo que recibía una intervención que consistía en seis sesiones a lo largo de tres meses de terapia cognitivo-conductual con más de seis llamadas telefónicas de seguimiento durante los siguientes nueve meses y la medicación proporcionada por los médicos de Atención Primaria con la orientación de un psiquiatra.

Según los investigadores, la terapia cognitivo-conductual en combinación con la farmacoterapia dio como resultado un aumento gradual de la mejoría de los pacientes en lo relativo al tratamiento convencional. La proporción de pacientes con remisión, definida como pacientes que no han tenido ataques de pánico durante el mes anterior, mínima ansiedad anticipatoria sobre el pánico y una baja puntuación en la agorafobia, fue significativamente más alta que la de aquellos que recibieron el tratamiento habitual (20% frente al 12% a los 3 meses; 29% frente al 16% a los 12 meses).

Agenda

■ Conferencia Temática de la Asociación Mundial de Psiquiatría

Valencia, 17-20 de Junio de 2005

www.wpa2005valencia.com

Secretaría Técnica: Grupo Geyseco SL

Marina, 27-bajos. 08005 Barcelona

Tel.: 932 212 242. Fax: 932 217 005

barcelona@geyseco.com

■ VI Congreso de la Asociación Gallega de Salud Mental "O Saber Holístico"

Lugo, 9-11 de Junio de 2005

www.agsm.es

Secretaría Técnica: Congrega

Rosalía de Castro, 13 - 1º Izq. 15004 Lugo. España

Tel.: 981 216 416. Fax: 981 217 542

congrega@congrega.es

www.congrega.es

■ Congreso Anual de la Asociación Americana de Psiquiatría (APA)

Atlanta (EE.UU.), 21-25 de Mayo de 2005

Secretaría Técnica: Asociación Americana de Psiquiatría (APA)

apa@psych.org

<http://www.psych.org/calendar>

■ Congreso Internacional de Consenso sobre Terapias no Farmacológicas para Demencias tipo Alzheimer

Madrid, 2-14 de Junio de 2005

Secretaría Técnica: Suport Serveis

Calvet, 30. 08021 Barcelona

Tel.: 93 201 75 71. Fax: 93 201 97 89

secretaria@suportserveis.com

www.suportserveis.com // www.nptherapies.org

■ XII Symposium Internacional sobre Actualizaciones y Controversias en Psiquiatría

Centro de Convenciones Internacional de Barcelona (Barcelona), 14-15 de abril de 2005

Secretaría Técnica: Grupo Geyseco S.L.

Marina, 27-bajos. 08005 Barcelona. España

Tel.: 93 221 22 42. Fax: 93 221 70 05

controversias@geyseco.com

www.geyseco.com/controversias.htm

■ Calidad y Evaluación de Resultados en Psiquiatría

Palacio de Congresos de Valencia, 17 a 20 de Junio de 2005

Información: Grupo Geyseco S.L. (barcelona@geyseco.com)

■ VII Congreso Argentino de Neuropsiquiatría y Neurociencia Cognitiva

Hotel Crowne Plaza Panamericano, Buenos Aires (Argentina)

7 a 9 de Septiembre de 2005

Información: Asociación Neuropsiquiátrica Argentina (ANA)-International

Neuropsychiatric Association (INA) (info@stpweb.com.ar)

■ VIII Congreso Mundial de Psiquiatría

El Cairo (Egipto), 10 a 15 de Septiembre de 2005

Información: Carolina G. Sicilia (secretaria@wpa-cairo2005.com)

■ VIII Congreso Mundial de Psiquiatría

San Diego, California (EE. UU.), 5 a 9 de Octubre de 2005

Información: APA (apa@psych.org)

■ Encuentro Anual de la Sociedad Internacional para el estudio del Estrés Traumático

Toronto (Canadá), 2 a 5 de Noviembre de 2005

Información: ISTSS (istss@istss.org)

■ LV Encuentro Anual de la Asociación Canadiense de Psiquiatría

Vancouver (Canadá), 3 a 6 de Noviembre de 2005

Información: CPA (cpa@cpa-apc.org)