

Atención Primaria
de Calidad

Guía
de Buena
Práctica Clínica
en Depresión
y Ansiedad

2ª EDICIÓN
Actualizada

Atención Primaria de Calidad

Guía de Buena Práctica Clínica en **DEPRESIÓN Y ANSIEDAD**

2ª EDICIÓN
Actualizada

Coordinadores

Dr. Francisco Toquero de la Torre
*Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.
Complejo Hospitalario Ciudad de Jaén.*

Dr. Juan José Rodríguez Sendín
Médico de APD. Equipo de Noblejas. Toledo.

Asesor en la especialidad

Prof. Miguel Bernardo Arroyo
*Jefe Sección Psiquiatría Hospitalaria.
Hospital Clínic. Universidad de Barcelona.*

Autores

Dr. Fernando Gonçalves Estella
*Doctor en Medicina y Cirugía.
Médico Rural. Almeida de Sayago. Zamora.*

Dr. Víctor Manuel González Rodríguez
*Médico Especialista en Medicina de Familia.
Centro de Salud de La Alberca. Salamanca.*

Dr. Jesús Vázquez Castro
*Médico de Familia EAP. Estrecho de Corea Área 4.
Madrid.*

© IM&C, S.A.

Editorial: International Marketing and communication, S.A. (IM&C)

Alberto Alcocer, 13, 1.º D. 28036 Madrid

Tel.: 91 353 33 70. Fax: 91 353 33 73. e-mail: imc@imc-sa.es

El contenido de esta publicación se presenta como un servicio a la profesión médica, reflejando las opiniones, conclusiones o hallazgos propios de los autores incluidos en la publicación. Dichas opiniones, conclusiones o hallazgos no son necesariamente los de Wyeth, ni los de ninguna de sus afiliadas, por lo que Wyeth no asume ninguna responsabilidad derivada de la inclusión de las mismas en dicha publicación.

Reservados todos los derechos. Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida, transmitida en ninguna forma o medio alguno, electrónico o mecánico, incluyendo las fotocopias, grabaciones o cualquier sistema de recuperación de almacenaje de información, sin permiso escrito del titular del copyright.

ISBN: 978-84-691-4782-5

Depósito Legal: M-36.013-2008

Índice

| | |
|---|-----|
| Prólogos | 5-7 |
| Introducción | 9 |
| Marco de la enfermedad según la estrategia en salud mental del SNS | 11 |
| Trastornos afectivos en Atención Primaria | 35 |
| Trastornos de ansiedad en Atención Primaria | 59 |
| Síndrome ansioso-depresivo | 125 |
| Trastornos somatomorfos | 141 |
| Depresión y ansiedad como síntomas acompañantes | 161 |
| Manejo de la ansiedad y depresión en poblaciones especiales (niños, ancianos, embarazadas, inmigrantes, mobbing, burnout, estrés postraumático) | 183 |
| La depresión como enfermedad crónica | 221 |

Prólogo

La formación continuada de los profesionales sanitarios es hoy una actividad ineludible y absolutamente necesaria si se quiere realizar un ejercicio profesional acorde con la calidad exigida. En el caso del ejercicio médico, una forma de mantener ese alto grado de calidad y responder a las exigencias de la Medicina Basada en la Evidencia es el establecimiento de unas normas de actuación acordes con el conocimiento científico.

Ello es lo que pretenden las «Guías de Buena Práctica Clínica» en los distintos cuadros médicos. Han sido elaboradas por médicos pertenecientes al ámbito de la Atención Primaria, que vierten en ellas la experiencia de su trabajo y larga dedicación profesional y se dirigen a médicos que ejercen en ese mismo medio; por tanto, su contenido es eminentemente práctico y traduce lo que el profesional conoce de primera mano, ayudándole a la toma de la decisión más eficiente.

Dr. Alfonso Moreno González
Presidente del Consejo Nacional
de Especialidades Médicas

Prólogo

Como Presidente de la Organización Médica Colegial, quiero destacar la importancia de la realización y uso de las «Guías de Buena Práctica Clínica» (GBPC) que se están llevando a cabo por esta Institución.

Es necesario formar e informar al médico, siempre respetando su *lex artis*, pero estableciendo unos criterios mínimos de actuación consensuados científicamente y avalados por los especialistas en la materia que nos permitan, como profesionales de la Medicina, dar la calidad asistencial que la sociedad demanda.

Las GBPC ayudan al médico en el ejercicio diario de su profesión, proporcionándole, de manera precisa y esquemática, opciones de actitudes diagnósticas y terapéuticas, basadas en evidencia científica y criterios exclusivamente profesionales.

Deseo que esta iniciativa logre la finalidad de facilitar al profesional su actuación clínica sobre patologías prevalentes, unificando criterios para ser más resolutivos y dando argumentos para defender con criterios profesionales nuestro trabajo diario.

Dr. Isacio Sigüero Zurdo
Presidente del Consejo General
de Colegios Oficiales de Médicos

Introducción

Tal y como queda documentado en esta práctica guía, los trastornos mentales son altamente prevalentes y entre ellos destacan la depresión y la ansiedad.

Gran parte de los pacientes con trastornos de ansiedad y trastornos depresivos son vistos cada vez más en Atención Primaria. Este texto se ofrece como una guía para el diagnóstico y el tratamiento de estos trastornos psiquiátricos. La información que se aporta es esencial, elaborada por y para Atención Primaria por profesionales con experiencia y, que de forma consensuada y coordinada, han definido el estilo y las características de la guía con la colaboración del psiquiatra que suscribe estas líneas como consultor.

Este es un texto totalmente nuevo. Como comprobará el lector, se han revisado los datos clínicos, epidemiológicos, de curso, de etiología, diagnóstico diferencial, las complicaciones y el tratamiento con un énfasis práctico, y a la luz de la nueva estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud.

Hemos aprendido que los problemas de Salud Mental constituyen un reto que debe enfocarse con estrategias a largo plazo que permitan una adecuada atención a estos problemas que, a menudo, se cronifican, y constituyen una de las mayores cargas que soporta el sistema sanitario y, por ende, nuestra sociedad.

Prof. Miguel Bernardo Arroyo
Jefe Sección de Psiquiatría Hospitalaria
Instituto de Psiquiatría y Psicología
Hospital Clínic de Barcelona

Marco de la enfermedad según la estrategia en salud mental del SNS

Dr. Jesús Vázquez Castro

SITUACIÓN EN ESPAÑA

En los últimos veinte años se ha producido en España una efectiva integración de la salud mental en nuestro sistema sanitario, aunque todavía persisten de forma residual, unidades monográficas de hospitalización. De igual forma, se ha logrado en gran medida integrar las antiguas consultas de cupo, la red municipal y la autonómica.

Sin embargo, la externalización de servicios, fundamentalmente en el ámbito social, está condicionando en algunas comunidades autónomas la emergencia de dispositivos de gestión principalmente privado y con escasa integración en el sistema sanitario público.

Existe, por otro lado, un cambio en la tendencia del consumo de recursos, incrementándose la demanda por cuadros y trastornos psiquiátricos menores (trastornos de adaptación o neuróticos). Las tasas de prevalencia en función de las características sociodemográficas y las tasas de prevalencia-año y prevalencia-vida por sexo para cualquier trastorno mental en la población española quedan reflejadas en la tabla 1 y 2, respectivamente.

Tabla 1. Tasa de prevalencia y odds ajustados para cualquier trastorno mental en población española en función de características sociodemográficas

| | Tasa de prevalencia | OR ajustados (IC 95%) |
|-----------------------------|---------------------|-----------------------|
| Sexo | | |
| Hombres | 5,2 | — |
| Mujeres | 11,4 | 2,4 (1,8-3,1) |
| Edad | | |
| 18-24 años | 10,1 | — |
| 25-34 años | 8,5 | 0,7 (0,4-1,2) |
| 35-49 años | 8,4 | 0,7 (0,4-1,1) |
| 50-64 años | 9,1 | 0,6 (0,4-1) |
| Mayores 65 años | 6,6 | 0,3 (0,2-0,7) |
| Estado civil | | |
| Casado o en pareja | 7,7 | — |
| Previamente casado | 12,9 | 1,7 (1,2-2,4) |
| Nunca casado | 8,8 | Ns |
| Nivel de estudios | | |
| 0-4 años estudios | 9,1 | — |
| 5-8 años | 8,5 | Ns |
| 9-12 años | 8,5 | Ns |
| Más de 13 años | 8,2 | Ns |
| Tamaño del municipio | | |
| < 10.000 hab. | 7,9 | — |
| 10.000-15.000 hab. | 8,4 | Ns |
| 50.000-500.000 hab. | 8 | Ns |
| Más 500.000 hab. | 10,1 | Ns |
| Situación laboral | | |
| Empleo remunerado | 7,4 | — |
| Desempleado | 14,7 | 1,8 (1,2-2,9) |
| Jubilado | 6,2 | 1,2 (0,7-2) |
| Ama de casa | 9,7 | Ns |
| Estudiante | 7,3 | Ns |
| Baja maternal | 7,3 | Ns |
| Baja enfermedad | 15,4 | 2,4 (1,2-4,8) |
| Discapacitado | 19,4 | 3,4 (2-5,8) |
| Otros | 12,9 | Ns |
| NS/NC | 2,8 | Ns |

Fuente: ESEMED. Ns: No significativo.

Tabla 2. Tasas de prevalencia-año y prevalencia-vida por sexo de cualquier trastorno mental en población española, clasificada según DSM-IV

| Cualquier trastorno mental | Total | Hombres | Mujeres |
|-----------------------------------|------------------------|------------------------|------------------------|
| Prevalencia año (IC 95%) | 8,48 (7,53-9,42) | 5,25 (4,17-6,33) | 11,44 (10,02-12,86) |
| Prevalencia vida (IC 95%) | 19,46 (18,09-20,82) | 15,67 (13,86-17,48) | 22,93 (21,9-24,78) |

Fuente: ESEMED.

En recientes estudios llevados a cabo en nuestro entorno, los médicos de familia participan en la detección precoz de los pacientes psiquiátricos (hasta el 50% en la primera visita), derivándose al ámbito de la atención especializada un pequeño porcentaje, que probablemente sería menor si se potenciase una adecuada formación en patología psiquiátrica y la presión asistencial en sus consultas fuese óptima para poder realizar una entrevista adecuada a los pacientes (tabla 3).

Tabla 3. Cartera de servicios en salud mental del Sistema Nacional de Salud

Atención Primaria

Atención a la salud mental en coordinación con los servicios de Atención Especializada

Incluye:

1. Actividades de prevención y promoción, consejo y apoyo para el mantenimiento de la salud mental en las distintas etapas del ciclo vital.
2. Detección, diagnóstico y tratamiento de trastornos adaptativos, por ansiedad y depresivos, con derivación a los servicios de salud mental en caso de quedar superada la capacidad de resolución del nivel de Atención Primaria.
3. Detección de conductas adictivas, de trastornos del comportamiento y de otros trastornos mentales y de reagudizaciones en trastornos ya conocidos, y, en su caso, su derivación a los servicios de salud mental.

Tabla 3. Cartera de servicios en salud mental del Sistema Nacional de Salud (continuación)

4. Detección de psicopatologías de la infancia/adolescencia, incluidos los trastornos de conducta en general y alimentaria en particular, y derivación, en su caso, al servicio especializado correspondiente.
5. Seguimiento, de forma coordinada con los servicios de salud mental y servicios sociales, de las personas con trastorno mental grave y prolongado.

Atención Especializada

Atención a la salud mental

Comprende el diagnóstico y seguimiento clínico de los trastornos mentales, la psicofarmacoterapia, las psicoterapias individuales, de grupo o familiares (excluyendo el psicoanálisis y la hipnosis), la terapia electroconvulsiva y, en su caso, la hospitalización.

La atención a la salud mental, que garantizará la necesaria continuidad asistencial, incluye:

1. Actuaciones preventivas y de promoción de la salud mental en coordinación con otros recursos sanitarios y no sanitarios.
2. Diagnóstico y tratamiento de trastornos mentales agudos y de las reagudizaciones de trastornos mentales crónicos, comprendiendo el tratamiento ambulatorio, las intervenciones individuales o familiares y la hospitalización cuando se precise.
3. Diagnóstico y tratamiento de trastornos mentales crónicos, incluida la atención integral a la esquizofrenia, abarcando el tratamiento ambulatorio, las intervenciones individuales y familiares y la rehabilitación.
4. Diagnóstico y tratamiento de conductas adictivas, incluidos alcoholismo y ludopatías.
5. Diagnóstico y tratamiento de los trastornos psicopatológicos de la infancia/adolescencia, incluida la atención a los niños con psicosis, autismo y con trastornos de conducta en general y alimentaria en particular (anorexia/bulimia), comprendiendo el tratamiento ambulatorio, las intervenciones psicoterapéuticas en hospital de día, la hospitalización cuando se precise y el refuerzo de las conductas saludables.
6. Atención a los trastornos de salud mental derivados de las situaciones de riesgo o exclusión social.
7. Información y asesoramiento a las personas vinculadas al paciente, especialmente al cuidador/a principal.

En este contexto, es importante conocer la prevalencia en la población española de cualquier trastorno mental, en relación con los trastornos afectivos o del estado de ánimo y los trastornos por ansiedad según el grupo etario. Destaca el pico de los trastornos por ansiedad y los trastornos mentales en general, en el tramo de 18 a 24 años, y el repunte de todas las patologías psiquiátricas, incluidos los trastornos afectivos o del estado de ánimo, en el grupo etario de los 50 a 64 años (tabla 4).

Tabla 4. Prevalencia de trastornos mentales comunes en población española clasificados según DSM-IV por grupos de edad

| Edad | Cualquier trastorno mental | Trastorno afectivo o del ánimo | Trastorno de ansiedad |
|-----------------|----------------------------|--------------------------------|-----------------------|
| 18-24 años | 10,1 | 3,8 | 7,8 |
| 25-34 años | 8,5 | 3,4 | 4,2 |
| 35-49 años | 8,4 | 4,5 | 4,5 |
| 50-64 años | 9,1 | 5,4 | 6 |
| Mayores 65 años | 6,6 | 4,4 | 3,9 |

Fuente: ESEMED.

EPIDEMIOLOGÍA

DEPRESIÓN

La depresión es una alteración incluida dentro de los trastornos del estado de ánimo cuya principal manifestación es la alteración en el sentido de ánimo bajo. Junto a los trastornos de adaptación, los trastornos depresivos son el grupo más frecuente de los atendidos por el médico de Atención Primaria.

Hasta un 10-15% de las depresiones mayores pueden llegar a la muerte por suicidio. La depresión es la mayor causa

de discapacidad en los países desarrollados, y será el principal motivo en todo el mundo en el año 2020, según la OMS.

La edad media de comienzo de la depresión en los diversos estudios es bastante uniforme y se sitúa próxima a los 30 años, siendo similar en los dos sexos.

En cuanto a las tasas de incidencia, pese a que los trabajos de este tipo son escasos, se pueden establecer entorno a 500-1.000 nuevos depresivos por cada 100.000 habitantes y año.

Entre los factores sociodemográficos destaca el sexo, siendo la prevalencia para los trastornos depresivos el doble en la mujer que en el hombre, al menos en las edades medias de la vida. El riesgo de cronicidad es mayor en la mujer.

La edad de mayor riesgo es en torno a la tercera década de la vida. El estado civil que con mayor frecuencia se asocia a padecer un trastorno depresivo mayor es el estar previamente casado (separado o divorciado).

Existe una relación inversa entre el nivel socioeconómico y la prevalencia de esta enfermedad, al menos para las depresiones leves. Un importante factor protector de este trastorno es el poseer una amplia red de apoyo social.

ANSIEDAD

La ansiedad (angustia) es una emoción que aparece cuando el sujeto se siente amenazado por un peligro externo o interno.

En general, los trastornos de ansiedad son dos veces más frecuentes en mujeres, y presenta una edad de inicio entre los 20 y los 40 años, con una duración media antes de consultar al psiquiatra de 5 años.

La aparición de los trastornos de ansiedad puros disminuye con la edad, dando paso a formas ansiosas de estados depresivos de base. Los factores culturales, asimismo, pueden modificar o encubrir verdaderos trastornos de angustia.

PREVALENCIA

DEPRESIÓN

Una de cada cinco personas sufre algún episodio de depresión a lo largo de su vida. La OMS ha estimado que la prevalencia de depresión en la población general oscila entre el 3 y el 5%, y cuando se incluyen las formas mixtas que asocian ansiedad el porcentaje sube hasta el 8%.

Si se tienen en cuenta aquellos pacientes con síntomas depresivos menores, de leve gravedad, la prevalencia puede alcanzar casi hasta el 20% de la población. En España, se estima que alrededor de un millón y medio de personas sufren este trastorno, y que a lo largo de la vida, entre un 20-25% de las mujeres y el 7-12% de los hombres padecerán algún episodio depresivo (tabla 5).

Tabla 5. Prevalencia-vida de los principales trastornos del estado de ánimo, siguiendo los criterios DSM-IV (Datos ponderados a la población española)

| Trastornos del estado de ánimo (%) | Trastornos del estado de ánimo (%) | | |
|---|------------------------------------|---------------------|------------------------|
| | Total | Hombres | Mujeres |
| Episodio depresivo mayor | 10,55 | 6,29 | 14,47 |
| Distimia | 3,65 | 1,85 | 5,29 |
| Cualquier trastorno del ánimo (IC 95%) | 11,47 (10,45-12,49) | 6,71 (5,49-7,93) | 15,85 (14,34-17,36) |

Fuente: ESEMED.

En el estudio realizado por la OMS en centros de Atención Primaria de 14 países del mundo se constató una prevalencia de la depresión superior al 10% de los primeros contactos. En este estudio la frecuencia de la depresión fue de casi el doble en las mujeres para el conjunto de los centros. Otra variable asociada a la depresión fue el nivel educativo bajo.

En nuestro medio, también en un estudio de “primeras consultas” en Atención Primaria, se han encontrado tasas de prevalencia de depresión del 4,7% para los hombres y del 7% para las mujeres.

ANSIEDAD

Actualmente, se acepta que la prevalencia del trastorno por crisis de angustia es del 1%, del 3-4% del trastorno de ansiedad generalizada y del 0,6% para la agorafobia (la mitad de los trastornos por crisis de angustia se asocian a agorafobia).

En el estudio realizado por la OMS en centros de Atención Primaria de 14 países del mundo se constató una prevalencia de un 7,9% para los trastornos de ansiedad generalizada. Además del bajo nivel educacional, otra variable sociodemográfica asociada al mismo fue el tener más de 2 hijos pequeños en el hogar. También el hecho de padecer enfermedad física, se asociaba al trastorno de ansiedad (a diferencia de lo que ocurría en el caso de la depresión). Los datos de prevalencia en consultas de Atención Primaria disponibles en España confirman, en líneas generales, dichas asociaciones (tabla 6).

Tabla 6. Prevalencia-vida de los trastornos ansiedad, siguiendo los criterios DSM-IV (Datos ponderados a la población española)

| Trastornos del ansiedad (%) | Trastornos del ansiedad (%) | | |
|---|-----------------------------|---------------------|------------------------|
| | Total | Hombres | Mujeres |
| Ansiedad general | 1,89 | 1,15 | 2,57 |
| Fobia social | 1,17 | 1,06 | 1,28 |
| Fobia específica | 4,52 | 2,32 | 6,54 |
| Trastorno por estrés postraumático | 1,95 | 1,06 | 2,79 |
| Agorafobia | 0,62 | 0,47 | 0,76 |
| Trastorno de angustia | 1,70 | 0,95 | 2,39 |
| Cualquier trastorno de ansiedad IC (95%) | 9,39 (8,41-10,37) | 5,71 (4,57-6,85) | 12,76 (11,24-14,29) |

Fuente: ESEMED.

USO DE DISPOSITIVOS

Para un adecuado análisis de los dispositivos utilizados en el manejo y el tratamiento de la depresión y de la ansiedad, tenemos que hacer referencia a los costes que se generan tanto directos como indirectos.

En cuanto a los costes directos, uno de los aspectos más destacables de la evaluación del uso de psicofármacos en España es la falta de una fuente común de datos que permita acceder a una información fiable con respecto al uso y el coste de los psicofármacos a nivel nacional.

Las principales unidades de análisis son: las prescripciones totales, el consumo total, la dosis diaria prescrita (DDP), el gasto farmacéutico total y per cápita y la dosis diaria definida (DDD), que corresponde a la dosis más común administrada en adultos, ajustada por el número de habitantes.

Pero, además de los costes directos, también deben considerarse en la terapia de estos trastornos mentales los costes indirectos, como la pérdida de productividad laboral y el absentismo, e intangibles, como la discapacidad y la calidad de vida relacionada con la salud.

De este modo, el precio del fármaco y el gasto por su consumo, son sólo una parte de las variables a considerar en el coste, pudiendo ocurrir que un fármaco de precio cinco veces superior a otro y de similar eficacia, sea más coste-efectivo porque su uso se asocie a menos días de hospitalización o una reincorporación más rápida al trabajo.

LOS COSTES DE LA DEPRESIÓN

Los costes directos del tratamiento de los trastornos depresivos (hospitalización, tratamiento farmacológico y estancia en hospitales), sumados a los costes indirectos (absentismo laboral, suicidio y descenso de la productividad), son significativos.

Los últimos cálculos estiman que la depresión ha supuesto, en la última década, y sólo en Estados Unidos, alrededor de 43,7 billones de dólares, y más de la mitad de este gasto es achacable a los costes indirectos.

El coste de un paciente con depresión en el ámbito de la Atención Primaria se sitúa en torno a 4.000 dólares. Según otros estudios, los costes ambulatorios en los pacientes deprimidos fueron un 50% mayores que en los no deprimidos. Este porcentaje se mantuvo una vez eliminados los costes por enfermedad mental crónica. El incremento abarcó todos los componentes de los costes sanitarios, con sólo

un pequeño porcentaje debido al tratamiento mental. No hubo diferencias en el coste entre pacientes con síntomas depresivos menores y aquellos con trastornos depresivos catalogados en el DSM-IV.

Los costes directos

Aproximadamente el 76,4% de los diagnósticos de episodios depresivos recaen en médicos de Atención Primaria, los cuales también son los responsables de instaurar el tratamiento adecuado, en la mayor parte de los casos. No obstante, la elevada tasa de abandono de la medicación registrada en estos pacientes, así como las posteriores recaídas, se convierten en cuestiones prioritarias a la hora de controlar, de forma adecuada, el elevado coste que implica tratar este tipo de patologías de origen depresivo.

El infradiagnóstico existente en este tipo de patologías influye también de forma directa en el coste derivado del tratamiento de las mismas. Los datos indican que en España, actualmente, podría haber aproximadamente seis millones de personas deprimidas, de las cuales tan sólo una tercera parte ha recibido un diagnóstico adecuado. Todo ello indica que el abordaje de los trastornos depresivos tiene que centrarse, además de en la elección de un tratamiento adecuado, en la toma de medidas correctas que permitan reducir el coste de la patología, que en España podría llegar a alcanzar, según los expertos, unos 23.000 millones de euros de forma global.

Aunque el consumo de medicamentos en depresión ha aumentado como consecuencia de la extensión de los tratamientos, tan sólo el 15,9% de los costes directos en esta patología corresponde al tratamiento farmacológico. De este

gasto en fármacos, el 84,7% corresponde a antidepresivos y el 15,3% a ansiolíticos.

Los costes indirectos

El rechazo a los fármacos, la falta de confianza del paciente en la eficacia del tratamiento, la falta de información y la presión social a la que tienen que enfrentarse, son otros de los factores que contribuyen a que el paciente decida, antes de lo establecido, abandonar el tratamiento que le ha sido prescrito.

Todo ello contribuye a que los trastornos depresivos representen una carga económica importante para la sociedad, sobre todo en lo que se refiere a los costes indirectos de la enfermedad, entre los que hay que señalar el absentismo laboral y los fallecimientos prematuros.

La mayoría de los estudios existentes al respecto coinciden en afirmar que son los costes indirectos los que tienen más relevancia en función del coste total en los trastornos depresivos, suponiendo éstos entre un 77 a un 88% del coste total. Teniendo en cuenta estos datos, podría considerarse que la elección del antidepresivo adecuado podría influir de forma directa, no tanto en los costes directos de la enfermedad, sino sobre todo en los indirectos e intangibles de la misma.

El ahorro que se obtendría reduciendo las bajas laborales, mejorando la calidad de vida del paciente y reduciendo las tasas de morbilidad, que según los datos permanecen muy elevadas en los pacientes depresivos, serían algunos de los objetivos que podrían lograrse con el diagnóstico y el tratamiento adecuado de este tipo de trastornos.

Según Montejo y cols, en España en 1997, incluyendo costes directos (tratamiento, hospitalización, diagnóstico, etc.)

e indirectos (absentismo, pérdida de productividad...), el coste de un enfermo con depresión oscilaba entre 1.100 y 1.500 euros por persona, durante seis meses de seguimiento (dependiendo de los tratamientos empleados). En cuanto al impacto laboral percibido por los propios pacientes, según estos mismos autores, un 30% refieren una IT de larga duración, y en el 53% de los casos ésta es superior a un año.

LOS COSTES DE LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD

Los trastornos de ansiedad suponen un gasto económico que alcanza el 30% de todo el gasto dedicado en Estados Unidos a la salud mental, y son también los trastornos con más cronicidad, por encima de los trastornos del estado de ánimo y de las adicciones. Si los costes pudiesen atribuirse proporcionalmente a la prevalencia de los diagnósticos, cabría predecir que al trastorno por ansiedad generalizada le correspondería consumir el 6% del total de los recursos de salud mental.

Según datos de la Dirección General de Farmacia, en el año 2001, se consumieron en España casi 35 millones de fármacos de tipo ansiolítico, o tranquilizante, aumentando el consumo de estos fármacos un 259,4% en el periodo comprendido entre 1997-2001.

Los costes directos

Los costes directos de los trastornos de ansiedad incluyen consejos psiquiátricos y no psiquiátricos, hospitalización, atención en urgencias y prescripción de medicamentos. En cuanto a los costes por medicación éstos supondrían solamente el 2% del gasto sanitario por estos trastornos, mien-

tras que los costes por hospitalización de los trastornos mentales oscilan entre 3,43 millones de euros (en el caso de una hospitalización corta por un trastorno de ansiedad) a 40,9 millones de euros (en el caso de una hospitalización corta por una psicosis) y 32,4 millones de euros en el caso de una hospitalización corta por depresión (tabla 7).

| Tabla 7. Costes de las enfermedades mentales en España | | | |
|---|---------------|-----------------|-----------------------|
| Coste | Número | Euros | Millones Euros |
| Hospitalización corta psicosis | 9.279 | 4.409,18 | 40,91 |
| Hospitalización larga psicosis | 20.131 | 1.344,10 | 270,58 |
| Tto. farmacológico psicosis | 3.364.000 | 3,61 | 121,51 |
| Consulta ambulatoria psicosis | 2.110.000 | 21,79 | 45,97 |
| Total | | 478,98 € | |
| Hospitalización corta depresión | 8.233 | 3.938,20 | 34,42 |
| Hospitalización larga depresión | 7.009 | 1.344,10 | 94,21 |
| Tto. farmacológico depresión | 14.067.000 | 0,95 | 133,58 |
| Consulta ambulatoria depresión | 7.360.000 | 2,55 | 187,55 |
| Total | | 447,77 € | |
| Hospitalización corta neurosis | 1.401 | 2.460,81 | 3,43 |
| Hospitalización larga neurosis | 855 | 13.435,91 | 11,49 |
| Tto. farmacológico neurosis | 6.580.000 | 3,98 | 26,18 |
| Consulta ambulatoria neurosis | 5.130.000 | 2,19 | 112,23 |
| Total | | 153,32 € | |
| Hospitalización corta otro T. mental | 11.128 | 2.800,42 | 31,16 |
| Hospitalización larga otro T. mental | 21.726 | 1.344,10 | 292,03 |
| Tto. farmacológico otro T. mental | 3.622.000 | 4,92 | 17,83 |
| Consulta ambulatoria otro T. mental | 2.230.000 | 21,79 | 43,59 |
| Total | | 389,60 € | |

Fuente: modificada de Bernard Krief. Proyección año 2000.

Los costes indirectos

Los costes indirectos de los trastornos de ansiedad incluyen la reducción de la productividad, absentismo laboral y suicidio. Todos los trastornos de ansiedad se asocian a una reducción de productividad o absentismo laboral.

En Estados Unidos, los tratamientos de los trastornos por ansiedad suponen un 31% del coste total de los trastornos mentales. El 10% es atribuido a la reducción en la productividad y absentismo laboral. El 3% representan costes económicos de mortalidad. Aunque la relación entre trastornos de ansiedad y suicidio es aún una controversia, se llega a la conclusión en la mayoría de los estudios de que un tratamiento apropiado de la ansiedad conllevaría un importante reducción de costes.

Esta situación es, sin embargo, diferente en España, y los datos no pueden inferenciarse, entre otros aspectos por el hecho de que el tratamiento psiquiátrico no farmacológico no está sometido a la financiación pública, y existe una menor cultura y afinidad por estos tratamientos.

DIRECTRICES Y ESTRATEGIAS DE CALIDAD

DIRECTRICES FARMACOECONÓMICAS

La farmacoeconomía es la comparación de dos o más tecnologías sanitarias de forma simultánea para valorar cuál de ellas muestra la relación más eficiente; esto es, cuál produce más salud a un menor coste.

La farmacoeconomía es, pues, mucho más que la evaluación económica de medicamentos, e incluye un conjunto de aportaciones que la teoría y los métodos económicos pue-

den hacer a la esfera de la salud, en especial para diseñar sistemas de financiación y distribución de medicamentos más equitativos y racionales.

El gasto en salud tiende a crecer, y dentro de éste también tiende a hacerlo la participación del gasto en medicamentos. Todo ello aboga a favor de que el diseño e implementación de las evaluaciones farmacoeconómicas debe ser normatizado y supervisado por el Estado.

El cómo puede el Estado regular la farmacoeconomía involucra varios tipos de medidas (tabla 8):

Tabla 8. Principales directrices farmacoeconómicas en la depresión y ansiedad.

Directrices sobre el tipo de análisis económico que debe realizarse como requisito para obtener un registro, o para poder incluir un producto en un listado o formulario terapéutico.

Directrices sobre los métodos de evaluación económica, estableciendo qué costes y qué resultados (medidas de salud y calidad de vida) deben ser considerados y cómo.

Directrices sobre los criterios éticos que influyen sobre la evaluación económica de medicamentos.

- a) Directrices sobre el tipo de análisis económico que debe realizarse como requisito para obtener un registro o para poder incluir un producto en un listado o formulario terapéutico.
- b) Directrices sobre los métodos de evaluación económica, estableciendo qué costos y qué resultados (medidas de salud y calidad de vida) deben ser considerados y cómo.
- c) Directrices sobre los criterios éticos que influyen sobre la evaluación económica de medicamentos.

Los objetivos de la farmacoeconomía en la sociedad actual serían:

- Sensibilizar a los médicos sobre los costos de los tratamientos prescritos.
- La farmacoeconomía debe además ayudar a distinguir los motivos económicos de los motivos sociales de los tratamientos. Esto significa considerar las preferencias sociales en la evaluación de alternativas terapéuticas y no sólo medidas de resultados en salud.
- Evaluar e informar sobre las consecuencias económicas, tanto del uso racional de los medicamento como la falta del mismo.
- Contribuir en la selección adecuada de medicamentos esenciales (confección de listados). Antes de iniciar una evaluación más fina de coste-efectividad o coste-utilidad de los tratamientos es necesario contar con un mapa sobre qué patologías y qué síntomas son prioritarios tratar, desde una lectura del medicamento como bien social.

ESTRATEGIAS DE CALIDAD

Toda evaluación económica en salud debe identificar, medir y valorar todos los costes importantes en cada una de sus alternativas, independientemente de sobre quién recaigan.

El aumento del gasto sanitario está obligando a los gobiernos de muchos países a buscar programas que mejoren la asignación de sus recursos y, así mismo, los pacientes y sus asociaciones van adquiriendo cada vez más importancia en sus demandas de acceso, calidad y prioridades en relación a los servicios sanitarios.

En este punto debe establecerse la interconexión entre la farmacoeconomía y la calidad asistencial, de forma que la primera debe aportar la información necesaria que permita comparar entre opciones alternativas, pero todas ellas dentro de un marco de calidad asistencial, teniendo en cuenta la limitación de los recursos y la necesidad de que las autoridades sanitarias tengan presentes no sólo los estudios clínicos, sino también los socioeconómicos, para poseer una visión global del impacto social de los problemas de salud.

Estamos, además, ante un nuevo concepto de la salud-enfermedad, que es el concepto del coste-oportunidad o de QALY (calidad de vida o años de vida saludables, y el coste que un individuo está dispuesto a pagar por perder calidad de vida debido a su enfermedad). En España no existe acuerdo acerca de la inclusión del QALY en la valoración económica de la enfermedad, por lo cual la mayoría de los estudios incluyen la realización de la evaluación sin, y opcionalmente con, los costes indirectos.

Calidad asistencial en los trastornos mentales

En primer lugar, se debe partir de un estudio de la situación, identificando oportunidades de mejora, dentro de la atención sanitaria de los procesos mentales, para posteriormente, en un segundo momento, llevar a cabo la implantación de las medidas correctoras y actividades encaminadas a un aumento de la calidad asistencial de estos pacientes.

Si bien es cierto que no existen trabajos sobre la utilización de esta metodología aplicada a los trastornos de ansiedad y depresión, también lo es que cada vez son más los sistemas de salud y los profesionales implicados en definir, de

forma global, las necesidades y oportunidades de mejora en la salud mental de nuestro país, y aplicándolas a la situación concreta de los trastornos de ansiedad y depresión, los podríamos esquematizar de la siguiente manera:

Medidas de calidad asistencial

Deben establecerse unas líneas estratégicas de actuación para garantizar una mejora en la atención sanitaria de calidad en salud mental y en concreto en el proceso de depresión, entre las cuales deberían incluirse los siguientes aspectos:

- Comunicación e información al ciudadano sobre los trastornos de ansiedad y depresión.
- Potenciación de la atención comunitaria y promoción de la salud mental orientada a la reducción de riesgo en la enfermedad mental, haciendo hincapié en las medidas preventivas y de evitación de los trastornos de ansiedad y depresión.
- La gestión de la atención sanitaria en salud mental debe establecerse en procesos asistenciales. La depresión y ansiedad supondría un proceso, donde la entrada del paciente se da, en la mayoría de los casos, en la Atención Primaria, y acaba de nuevo en ella. Las guías y protocolos de actuación coordinada entre Atención Primaria y Especializada es fundamental en este proceso, y supone un ahorro de los costes, tanto farmacológicos como asistenciales, del proceso de ansiedad y depresión.
- Debe prestarse mayor atención a la atención sociosanitaria de las personas con trastornos de ansiedad-depresión, hecho que, sin duda, también contribuiría a un mayor ahorro de costes indirectos de la enfermedad.

- Establecer de forma claramente definida la estructura organizativa en estos procesos en general, y a estos enfermos en particular (tabla 9).

Tabla 9. Medidas de estructura organizativa en calidad asistencial.

Potenciación de las redes de atención a la salud mental.

El papel de las asociaciones: de pacientes, familiares y grupos de ayuda.

Sistemas de información, tanto asistenciales como socio-sanitarios.

Investigación en salud mental y nuevos estudios de coste-efectividad y farmacoeconomía, con mayor duración de los tratamientos, y mayor participación de los costes indirectos de la enfermedad mental.

Formación, desarrollo y motivación de los profesionales sanitarios en la detección precoz de la enfermedad, tratamientos eficaces y sus costes sanitarios, y de medidas preventivas y de evitación en los trastornos de ansiedad y depresión.

Oportunidades de mejora

- Persisten problemas organizativos de los dispositivos de salud mental (Atención Primaria-Especializada) que están originando disfunciones en la gestión de los recursos asistenciales, de los pacientes en este tipo de trastornos.
- Debe priorizarse un cambio del modelo asistencial tradicional, basado en la atención a los episodios, hacia un modelo de atención basado en la Gestión por Procesos Asistenciales en el área de salud mental, concediendo al proceso de depresión y ansiedad un lugar prioritario en el abordaje de los procesos mentales.
- La aparición de estas patologías a edades más precoces, afectando a adolescentes y jóvenes, va a requerir el diseño de nuevos abordajes e intervenciones, así como la reorientación de algunos dispositivos.

- La mejora en la atención a colectivos que presentan características singulares (inmigrantes, familiares de pacientes mentales, pacientes privados de libertad, pacientes sin hogar y otras bolsas de exclusión social) es otra necesidad que debe ser abordada.
- El abordaje comunitario exige retomar de nuevo el domicilio y el entorno del paciente como espacio terapéutico, incrementando la atención y el seguimiento domiciliario de pacientes, incorporando a la enfermería como un elemento básico en el cuidado de los enfermos y detección precoz de alteraciones del estado de ánimo.
- El aumento en las demandas que la población realiza al sistema sanitario relacionadas con la salud mental, provocadas por los cambios sociales de las dos últimas décadas, hace necesaria una profunda transformación en las estructuras de soporte y contención social (familia, redes sociales, escuela...).
- Existen déficits en determinados dispositivos asistenciales (hospitales de día y comunidades terapéuticas) y socio-sanitarios (residenciales).

BIBLIOGRAFÍA

Abraham J, Lewis G. Routledge Regulating medicines en Europe: Competition, expertise and public health, London 2000.

Asociación Psiquiátrica Americana: DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona, Masson, 1995.

Barlow, D. The Nature and Development of Anxiety and its Disorders: Triple Vulnerability Theory. Eye on Psi Chi, 2003; 7(2), extraído de http://www.psichi.org/pubs/articles/article_340.asp

Del Llano J. La Sanidad en España: La dificultad de todo para todos y gratis. *Medicina Clínica*, 2000; 112 (13):496-98.

Domínguez A. Los trastornos de ansiedad: Diversos síntomas somáticos incrementan el coste y dificultan el diagnóstico. *Rev Esp Econ Salud Mar-Abr 2003*; 2 (2):100-2.

Eaton WW y cols: Panic and panic disorder in the United States. *Am J Psychiatry* 1994; 151:3.

Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud, 2006. Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007.

García R. La depresión en AP. *Med Gen* 2002; 41:105-18.

Goldberg DP, Lecrubier Y: Form and frequency of mental disorders across centers. En: Ustun TB, Sartorius N (eds): *Mental illness in general health care. An international study*. Chichester, Wiley, 1995.

Grupo de Trabajo de Salud Mental de SEMERGEN. Libro Blanco. La calidad asistencial de la depresión en España, Madrid, 1997.

Katon WJ, Lin E, Russo J, Unutzer J. Increased medical costs of a population-based sample of depressed elderly patients. *Arch Gen Psychiatry*. 2003 Sep; 60(9):897-903.

Lepine JP. The epidemiology of anxiety disorders:prevalencia and societal costs. *J Clin Psychiatry* 2002;63(suppl) 14:4-8

Martin A. Depresión: El cumplimiento terapéutico condiciona el gasto sanitario. *Rev Esp Economía de la Salud* 2004; 3(4):206-9.

Martin PhD, Maureen J, Lage PhD, Ronald P, Landbloom MD, Dunaevich MD, Lee Bowman PhD. Medical and productivity costs of anxiety disorders: case control study. *Depression and Anxiety* 2004; 19:112-20.

Plan Integral de Salud Mental de Andalucía 2003-2007. Servicio Andaluz de Salud, 2003.

Propuesta de estandarización de algunos aspectos metodológicos de los análisis coste-efectividad y coste-utilidad en la evaluación de tecnologías y programas sanitarios. Subdirección General de Prestaciones y Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1994. Citado en: J. A. Sacristán / X. Badía / J. Rovira eds. (1995). "Farmacoconomía: Evaluación económica de medicamentos". Editores Médicos S.A.

Regier DA, Narrow WE, Rae DS: The epidemiology of anxiety disorders: The Epidemiologic Catchment Area (ECA) experience. *J Psychiatr Res* 1990; 24Suppl 2:3-14.

Sainz C, Ruiz MT, Díaz A. Evolución del consumo de fármacos antidepresivos en las áreas sanitarias de La Rioja y Zamora 1997-2001. *Rev Española de Salud Pública*, 2004; 78 (5):631-45.

Salvador-Carulla L, Rodriguez-Blázquez MC, Magallanes T, Romero C. La evaluación del uso de medicamentos: Implicaciones de una nueva disciplina sanitaria para la salud mental. I Congreso Virtual de Psiquiatría. Marzo 2000 [citado: marzo de 2005]; http://www.psiquiatria.com/congreso/mesas/mesa45/conferencias/45_co_b.htm

Seva A. El coste de las patologías psiquiátricas en España: un seguimiento de los ingresos en una unidad psiquiátrica de corta estancia de un Hospital General. *Eur. J. Psychiat.* (Ed. esp.) 2002; 16 (1):12-26.

Tobar F. Conferencia inaugural del Seminario: Pharmacoeconomics. International experiences. São Paulo, 2002.

Vázquez-Barquero JL, et al: Mental health in primary care. An epidemiological study of morbidity and use of health resources. *Br J Psychiat* 1997; 170:529-35.

Weissman MM, et al: Cross-national epidemiology of major depression and bipolar disorder. *JAMA* 1996; 276:293-99.

Trastornos afectivos en Atención Primaria

Dr. Víctor Manuel González Rodríguez

INTRODUCCIÓN

Las repercusiones sobre la salud de los pacientes afectados por algún tipo de trastorno afectivo y sus consecuencias en el deterioro de la calidad de vida, los costes sociosanitarios asociados, etc., son indiscutibles y bien conocidas por todos los profesionales de Atención Primaria. Al mismo tiempo que esas afirmaciones se nos hacen cada vez más rotundas, persisten numerosos interrogantes de difícil respuesta:

- Si las cifras de prevalencia manejadas son ciertas, ¿cuáles siguen siendo las verdaderas causas del infradiagnóstico en el primer nivel asistencial?
- Si no fueran tan elevadas, ¿podríamos estar medicalizando situaciones cotidianas de la vida? Desde nuestra sana intención de hacer desaparecer el estigma de la enfermedad mental, cuando ésta existe, ¿no habremos sido cómplices de la creencia popular de que “cualquier mala racha puede superarse con una pastilla”?
- ¿Las tradicionales clasificaciones psiquiátricas, basadas en modelos categoriales, son útiles para diagnosticar los trastornos afectivos en Atención Primaria? Si es así, ¿usamos los criterios diagnósticos y las entrevistas estructura-

das internacionalmente aceptadas? Si no son útiles, ¿tenemos suficientes herramientas (habilidades, tiempo, ausencia de otros obstáculos, etc.) para llevar a cabo un diagnóstico clínico de formas de presentación poco habitual?

- Además del trastorno afectivo que sufre el paciente, existe lo que éste representa para él y su familia. ¿Realizamos la valoración integral (biopsicosocial) de los problemas de salud de los individuos a los que prestamos atención, sobre todo en aquellos casos en los que su problema afecta a la salud mental?
- ¿Distintos perfiles de médicos dan lugar a distintos perfiles de enfermos? ¿nuestra formación (basal) más “biologicista” evitará diagnósticos centrados en lo psicosocial, y viceversa? ¿cuál es la verdadera efectividad de las actividades de Formación Continuada para modificar esos perfiles y permitir diagnósticos adecuados?
- ¿Qué influencia es más fuerte y menos adecuada en nuestros hábitos prescriptivos, la de la industria farmacéutica, que siempre se ha considerado que pudiera generar incrementos en los mismos, o la de nuestros administradores, cuya presión podría provocar abstinencias terapéuticas a pesar de diagnósticos correctos e indicaciones adecuadas?

EPIDEMIOLOGÍA DE LOS TRASTORNOS AFECTIVOS

Los trastornos afectivos representan los problemas más frecuentes de salud mental de la población en los países desarrollados y constituyen una de las primeras causas de discapacidad (medido según los parámetros de los años vividos

con discapacidad, y en los años de vida ajustados por discapacidad).

Los estudios realizados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en Centros de Atención Primaria demuestran cifras de prevalencia superiores al 10% en dicho nivel asistencial. Estudios similares, realizados en nuestro país en el primer nivel asistencial, confirman esas cifras, aunque detectan algunas peculiaridades: Existen elevados porcentajes de depresión somatizada (en algunas ocasiones, próximos al 40%), y es habitual que este trastorno se asocie a otros problemas de salud, o que aparezca de forma “subumbral”; es decir, que el paciente no llegue a cumplir todos los criterios diagnósticos de trastorno depresivo mayor (lo que dificulta el diagnóstico y resta efectividad a los criterios diagnósticos de las tradicionales clasificaciones psiquiátricas, basadas en modelos categoriales, definidas en su mayor parte para pacientes diagnosticados en el medio hospitalario). Por este motivo, la mayoría de las depresiones diagnosticadas en Atención Primaria lo son en sus formas leves o moderadas. Existe una frecuente asociación entre los trastornos afectivos y los trastornos por ansiedad (al que dedicamos un capítulo de la presente guía).

ETIOPATOGENIA DE LA DEPRESIÓN

Aún desconocida, probablemente multifactorial y resultado de la interacción de varios de los factores propuestos. Las teorías más aceptadas establecerían que, sobre un individuo predispuesto (genéticamente), al determinarle una determinada personalidad, peores estrategias de afrontamiento y consecuentemente una mayor vulnerabilidad. Por ejem-

plo, el género en sí mismo es un factor de riesgo, puesto que el riesgo de depresión es mayor en las mujeres (2:1). Posteriormente, la actuación de factores de riesgo, como pueden ser las experiencias desagradables durante la infancia, o los agentes vitales estresantes crónicos, podrían ser los desencadenantes de la enfermedad (siempre que su intensidad y frecuencia fuera suficiente, aunque la causalidad de estos agentes no se ha demostrado en todos los casos). La participación de las alteraciones en los sistemas de neurotransmisión noradrenérgico, serotoninérgico y dopaminérgico sería la explicación biológica de los síntomas observados en la clínica, y el resultado de la actuación de los factores de riesgo anteriormente referidos sobre un individuo vulnerable. La respuesta a los tratamientos antidepresivos que actúan sobre estos sistemas parece confirmar la plausibilidad de esta hipótesis fisiopatológica.

SÍNTOMAS

SÍNTOMAS DE LOS TRASTORNOS AFECTIVOS EN ATENCIÓN PRIMARIA

Un estado de ánimo triste, con pérdida de energía e interés por las cosas, con anhedonia, alteraciones en el ritmo sueño-vigilia, en el apetito y en el peso, dificultad para la expresión de sentimientos y sentimientos de inutilidad e ideas de muerte (e incluso autolíticas), suelen estar en la base de cualquier episodio depresivo. La poca especificidad de esta sintomatología, que puede estar presente, en diferentes grados, en una respuesta “normal” a distintas situaciones vitales estresantes (aunque de manera no prolongada en el tiempo), en

otros problemas de salud mental y en algunas patologías médicas, dificulta el diagnóstico en Atención Primaria.

Aun cuando su presentación suele ser muy variada, y en ocasiones inconexa, se suelen explicar, de forma didáctica, agrupados en cuatro grupos de síntomas: los afectivos propiamente dichos, somáticos, cognitivos y conductuales.

Síntomas afectivos de la depresión

- **Tristeza patológica:** Uno de los síntomas nucleares de la depresión, aunque puede no evidenciarse al quedar oculta por otros síntomas, aunque suele manifestarse como pérdida de ilusión, desesperanza, pesimismo intenso.
- **Anhedonia:** Otro de los síntomas nucleares de la depresión. Consiste en la imposibilidad de experimentar placer en situaciones en las que antes el paciente era capaz de disfrutar.
- **Disforia:** Situación habitualmente mal expresada por el paciente y que comporta malestar general con sentimientos de contenido negativo.
- **Ansiedad:** Muy frecuentemente asociada a los síntomas anteriores, manifestada en forma de miedo intenso, e injustificado, a las consecuencias del proceso vital que le acontece. Puede provocar un estado de alerta y angustia permanente que determine la necesidad de solicitar ayuda.

Síntomas somáticos de la depresión

Estos síntomas, en muchas ocasiones, y sobre todo en el primer nivel asistencial, son la primera manifestación del síndrome

depresivo. Se han descrito muchísimos síntomas somáticos, de diferente gravedad, entre los que podemos citar: Bradicinesia, bradipsiquia, alteraciones del ritmo sueño-vigilia (insomnio de conciliación, sueño fragmentado, despertar precoz, etc.); alteraciones del apetito, del peso y del ritmo gastrointestinal, cefalea, astenia, algias músculo-esqueléticas, etc.

Los síntomas cognitivos y conductuales de la depresión se han intentado explicar, en ocasiones, como consecuencia de las alteraciones en las otras dos dimensiones anteriormente referidas, afectiva y somática, que condicionarán la representación o introspección que el enfermo hace de su situación y las conductas que desarrolla de manera secundaria.

Síntomas cognitivos de la depresión

Alteraciones del curso y del contenido del pensamiento, con bradipsiquia, contenidos negativos, pérdida de confianza en sí mismo, sentimientos de minusvalía e inferioridad. En ocasiones ideas delirantes de ruina, de muerte o autolíticas. Trastornos atencionales que, secundariamente, pueden provocar fallos amnésicos e incluso provocan alteraciones de memoria reciente, desorientación y otros trastornos intelectuales.

Síntomas conductuales (o volitivos) de la depresión

Inhibición, apatía, tendencia al aislamiento social. Fatigabilidad extrema. Abandono de las actividades habituales de la vida diaria. La ideación delirante agresiva puede ser hetero o autolítica, y puede conllevar la realización de dichas conductas.

CURSO CLÍNICO DE LA DEPRESIÓN

Los síntomas clínicos referidos anteriormente (afectivos, somáticos, cognitivos, y conductuales) deben estar presentes al menos quince días para poder confirmar un diagnóstico de depresión (episodio depresivo mayor o trastorno depresivo recurrente). Los periodos tradicionalmente descritos en el curso longitudinal en el paciente con depresión son:

- **Episodio:** Existe sintomatología y se cumplen los criterios diagnósticos de depresión.
- **Remisión parcial:** Existe mejoría en los síntomas, aunque persisten algunos de ellos, no cumpliéndose ya todos los criterios diagnósticos.
- **Remisión completa:** El paciente está libre de síntomas.
- **Recuperación:** Periodo suficientemente largo (establecido en unos seis meses) en el que el paciente se mantiene en remisión completa, tras el cual se considera finalizado el episodio.
- **Recaída:** Reagudización de la sintomatología (hasta cumplir criterios de depresión) antes de haber superado el intervalo de la recuperación.
- **Recurrencia:** Nuevo episodio, que aparece después del periodo de recuperación, tras los seis meses de remisión completa.

Se han descrito algunos factores predictores de recaídas y recurrencias en las depresiones:

- **Sociodemográficos:**

- Sexo femenino.
- Estado civil no casada/o.
- Historia familiar.
- Edad de inicio del episodio índice.
- Patrones disfuncionales en el ambiente familiar y problemas socioeconómicos.
- Clínicos:
 - Duración del episodio índice, remisión incompleta del mismo.
 - Número de episodios anteriores.
 - Gravedad del episodio (medido en escalas estandarizadas, por ejemplo la escala de Hamilton).
 - Presencia de alteraciones en la personalidad premórbida o de comorbilidad, o ser consumidor de sustancias tóxicas (abuso de drogas).
- Atribuibles a distintos aspectos de la relación médico-paciente:
 - Retrasos diagnósticos y en la instauración del tratamiento.
 - Errores diagnósticos o en la elección de los psicofármacos.
 - Pautas, posologías o duración de tratamiento inadecuadas.
 - Pobre adherencia al tratamiento farmacológico.

DEPRESIÓN Y RIESGO DE SUICIDIO

Aproximadamente 9 de cada 100.000 habitantes/año se suicidan en nuestro país. Las tasas de intento de suicidio, que rondan el 10% para los menores de 25 años, se incrementan exponencialmente a partir de los 65 años, alcanzando sus mayores porcentajes a los 75 años. El papel del médico de Atención Primaria, cuyo conocimiento integrado (a lo largo

de toda la vida del paciente) e integral (desde una perspectiva biopsicosocial) será, pues, fundamental en las labores de detección de los signos y síntomas de alarma, en ocasiones ofrecidos a nosotros mismos, pues más del 60% de los pacientes que se suicidan pasan por la consulta de su médico el mes anterior según estudios retrospectivos, y al menos el 80% efectúa algún tipo de señal de alarma visible en su medio familiar o de amistades. Los estudios epidemiológicos demuestran que, aunque la ideación suicida es más frecuente en el sexo femenino, el suicidio consumado es mayor entre los varones. Entre los factores de riesgo de suicidio se han observado el padecimiento de una enfermedad mental (fundamentalmente los trastornos afectivos, y los trastornos duales; es decir, su asociación con el consumo de alcohol u otras drogas); preferiblemente en varones mayores de 45 años, con intentos previos, y en situación de aislamiento social (vive sólo, viudo, divorciado); otros condicionantes sanitarios, como la autopercepción de un mal estado de salud, situaciones de discapacidad y problemas socioeconómicos, como el desempleo, o la jubilación, también se consideran factores de riesgo para los intentos suicidas.

SOSPECHA DE LA DEPRESIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA

La sospecha de depresión, y por tanto el cribado de esta patología no parece útil cuando se realiza a poblaciones asintomáticas, por lo que debe hacerse en los pacientes considerados de riesgo (cuando existan antecedentes de trastornos afectivos previos, o comorbilidad frecuentemente asociada a la depresión, como los trastornos crónicos dolorosos, discapacitantes, y otros problemas de salud mental).

Se debe preguntar por los síntomas nucleares de la depresión, la tristeza vital, (en las últimas semanas ¿se siente decaído, deprimido, desesperado?), y la anhedonia (¿ha perdido el interés por las cosas que antes le hacían disfrutar?, ¿es incapaz de experimentar placer con ellas?).

Se recomienda el uso de escalas de cribado en pacientes de alto riesgo. Entre ellas, merece la pena destacar al menos las siguientes:

- *Beck Depresión Inventory (BDI)*: El inventario para la depresión de Beck, de 21 ítems con respuestas que puntúan de 0 a 3. El rango del inventario va de 0 a 63 considerándose los siguientes resultados: Entre 0 y 9, sin depresión; entre 10 y 18, depresión leve; entre 19 y 29, depresión moderada, y entre 30 y 63 depresión grave.
- *Escala de Zung*: 20 afirmaciones a las que el paciente asignará una puntuación entre 1 y 4 dependiendo de la frecuencia de presentación del síntoma referido. A partir de 50 puntos se considera positiva para el diagnóstico de depresión.
- *Escala de Hamilton para depresión (HAM-D)*: 21 ítems, muy centrados en la dimensión de la sintomatología somática de la depresión. Muy útil para valorar la gravedad del cuadro y observar la respuesta al tratamiento. Su rango es de 0 a 52; entre 0 y 6, no depresión; entre 7 y 17, depresión leve; entre 18 y 24, depresión moderada; entre 25 y 52, depresión grave.
- *PRIME-MD (Primary Care Evaluation of Mental Disorders)*: Es una herramienta multi screening, pues permite valorar

trastornos afectivos y otros problemas de salud mental, incluidos problemas de la alimentación, alcohol, etc.

- *Test de las dos preguntas de cribado para depresión:* Las ya referidas en la introducción de este apartado, que irían dirigidas a valorar síntomas nucleares de la depresión: tristeza vital y anhedonia:
 - ¿Durante el último mes ha sufrido por sentirse bajo de ánimo, triste o sin esperanza?
 - ¿Durante el último mes se ha sentido mal debido a la falta de interés por las cosas o por no notar satisfacción por casi nada?

DIAGNÓSTICO DE DEPRESIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA

Una vez establecida la sospecha del trastorno de depresión y realizada la fase de cribado, siguiendo las recomendaciones anteriormente comentadas, se debe intentar establecer el diagnóstico del trastorno afectivo con la mayor precisión posible. Se deben tener en cuenta los antecedentes personales, familiares y los condicionantes socioeconómicos asociados (los cuales ya hemos visto se han identificado en ocasiones como factores de riesgo, determinantes en ocasiones para el curso clínico del síndrome y para la adecuada respuesta al tratamiento).

La base del diagnóstico de la depresión es clínica, por lo que será fundamental el estudio descriptivo de los síntomas y signos del paciente. La entrevista clínica, centrada no sólo en el paciente, sino también en el resto de los informadores que puedan aportar detalles fiables, será fundamental para el éxito de esta tarea. La realización de otras pruebas comple-

mentarias estaría indicada con objeto de descartar otros procesos médicos que puedan provocar sintomatología similar, aunque su verdadero beneficio y eficiencia no están plenamente demostradas, por lo que se recomienda la realización de un número limitado de pruebas, dirigidas a los hallazgos encontrados en la anamnesis y en la exploración física.

La herramienta fundamental será la entrevista clínica, basada en una actitud cordial, empática y de respeto a los problemas, opiniones y a las decisiones del paciente sobre su problema de salud. Será fundamental desarrollar las habilidades en comunicación, verbal y no verbal, para obtener todos los datos que nos sean posibles en la entrevista. Se recomienda realizar ésta en un ambiente tranquilo y relajado, mostrando interés por los aspectos de la vida emocional del paciente, y no se recomienda emitir juicios sobre las quejas manifestadas. Nuestra actitud debe ser recibida por el paciente de manera que éste entienda que no es una simple recogida de respuestas a nuestros interrogantes, sino también un ofrecimiento de nuestra comprensión por el proceso vital que le acontece, y nuestro compromiso profesional en el trabajo común (junto con el paciente) de la búsqueda de las mejores soluciones posibles al mismo. Se recomienda utilizar lenguaje no científico, al menos adaptado al nivel de comprensión y de escolarización del paciente y familiares a quien nos dirigimos. Teniendo en cuenta la realidad demográfica actual, se deben intentar también los esfuerzos necesarios en los casos en los que se trate de población que no hable español, en los que, por sus problemas de desarraigo familiar, social, económico, cultural, etc., los problemas de salud mental son especialmente frecuentes. Durante la entrevista clínica se deben valorar las ideas autolíticas. Hablar del sui-

cidio no induce a cometerlo; los pacientes que piensan en esta posibilidad suelen encontrarse mejor cuando pueden hablar de ello con alguien, más aún si la persona con quien lo hacen tiene cierta influencia sobre ellos, como puede ser su médico.

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE EPISODIO DEPRESIVO MAYOR

- Presencia de cinco (o más) de los siguientes síntomas durante un período de dos semanas, que representan un cambio respecto a la actividad previa; uno de los síntomas debe ser estado de ánimo depresivo o pérdida de interés de la capacidad para el placer. No incluir los síntomas que son claramente debidos a enfermedad médica o las ideas delirantes o alucinaciones no congruentes con el estado de ánimo.
 - Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el propio sujeto (por ejemplo, se siente triste, vacío) o la observación realizada por otros (por ejemplo, llanto). En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable.
 - Disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día (según refiere el propio sujeto o aprecian los demás).
 - Pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso (por ejemplo, un cambio de más del 5% del peso corporal en un mes) o pérdida o aumento del apetito casi cada día. En niños hay que valorar el fracaso en lograr los aumentos de peso esperables.

- Insomnio o hipersomnia casi cada día.
 - Agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día (observables para los demás, no meras sensaciones de inquietud o de estar enlentecido).
 - Fatiga o pérdida de energía casi cada día.
 - Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados (pueden ser delirantes) casi cada día, por el hecho de estar enfermo.
 - Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, indecisión, casi cada día (ya sea una atribución subjetiva o una observación ajena).
 - Pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse.
- Los síntomas no cumplen criterios para un episodio mixto.
 - Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes del individuo.
 - Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (por ejemplo, una droga, un medicamento) o una enfermedad médica (por ejemplo, hipotiroidismo).
 - Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo (por ejemplo, después de la pérdida de un ser querido); los síntomas persisten durante más de dos meses o se caracterizan por una acusada incapacidad funcional, preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o enlentecimiento psicomotor.

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DEL TRASTORNO DEPRESIVO NO ESPECIFICADO

Esta categoría incluye los trastornos con síntomas depresivos que no cumplen los criterios para trastorno depresivo mayor, trastorno distímico, trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo o trastorno adaptativo con estado de ánimo mixto ansioso y depresivo. Algunas veces los síntomas se presentan como parte de un trastorno de ansiedad no especificado. Los ejemplos de trastorno depresivo no especificado incluyen:

- Trastorno disfórico premenstrual: Los síntomas (por ejemplo, estado de ánimo acusadamente depresivo, ansiedad importante, marcada labilidad afectiva, pérdida de interés en las actividades) se presentaron con regularidad durante la última semana de la fase luteínica (y remitieron a los pocos días del inicio de las menstruaciones) en la mayoría de los ciclos menstruales del último año. Estos síntomas deben tener la suficiente gravedad como para interferir notablemente en el trabajo, los estudios o las actividades habituales y estar completamente ausentes durante al menos una semana después de las menstruaciones.
- Trastorno depresivo menor: Episodios de al menos dos semanas de síntomas depresivos, pero con menos de los cinco ítems exigidos para el trastorno depresivo mayor.
- Trastorno depresivo leve recidivante: Episodios depresivos con una duración de dos días a dos semanas, que se presentan al menos una vez al mes durante doce meses (no asociados a los ciclos menstruales).

- Trastorno depresivo pospsicótico en la esquizofrenia: Episodio depresivo mayor que se presenta durante la fase residual en la esquizofrenia.
- Un episodio depresivo mayor superpuesto a un trastorno delirante, a un trastorno psicótico no especificado o a la fase activa de la esquizofrenia.
- Casos en los que el clínico ha llegado a la conclusión de que hay un trastorno depresivo, pero es incapaz de determinar si es primario, debido a enfermedad médica o inducido por sustancia.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LOS TRASTORNOS AFECTIVOS EN ATENCIÓN PRIMARIA

En ocasiones no resulta sencillo el diagnóstico diferencial de la depresión con el ánimo deprimido que puede aparecer ante algunas experiencias vitales, aunque bastaría con recordar que este síntoma correspondería a uno solo de los muchos que aparecen en una depresión establecida.

Podría resultar también difícil su diferenciación con otros trastornos de la salud mental, con los que puede compartir rasgos clínicos comunes: La distimia, con un curso más prolongado y una presentación menos florida semiológicamente. Los trastornos adaptativos, en los que se identificaría la presencia del estresor causante del cuadro. Los trastornos mixtos, en los que la presencia de síntomas de ansiedad diferenciaría el cuadro. Los trastornos esquizoafectivos, la esquizofrenia residual, y otros trastornos delirantes, pueden también asociar síntomas depresivos.

De igual manera, la depresión puede ser causa o consecuencia de enfermedades médicas o bien del consumo o retirada de sustancias (fármacos u otras drogas). Una situación característica resulta la dificultad en el diagnóstico diferencial entre la demencia y la depresión en las personas mayores, al presentar ambos síndromes un cortejo sintomático muy similar (con alteraciones comportamentales-afectivas, intelectuales-amnésicas) y de funcionamiento normal con respecto al nivel que tenía previamente la persona afectada. Otras enfermedades médicas que pueden cursar con síntomas depresivos, incluso con depresión establecida son las enfermedades cerebrovasculares, el hipotiroidismo, las alteraciones paratiroides, la enfermedad de Cushing, la anemia, la diabetes mellitus, la infección por VIH-SIDA, los procesos oncológicos.

El consumo de fármacos, drogas y su abstinencia, tiene un elevado potencial en la génesis de sintomatología depresiva, por lo que se debe realizar una cuidadosa historia farmacológica y de consumo de tóxicos.

TRATAMIENTO DE LA DEPRESIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA

INFORMACIÓN AL PACIENTE Y FAMILIA

El adecuado tratamiento de los trastornos afectivos en Atención Primaria precisa siempre estar basado en una adecuada información, dirigida al paciente y a la familia de éste, que será fundamental para el correcto cumplimiento de nuestras prescripciones y para dispensar muchos de los cuidados que el paciente precisa. La información debe mantenerse

desde el inicio de los síntomas, el proceso diagnóstico y durante todo el curso de la enfermedad. El conocimiento de las teorías fisiopatológicas, del pronóstico, los efectos secundarios de los fármacos, etc., permiten la colaboración del paciente y de sus familiares, mejorando la adherencia a los tratamientos y el apego a los consejos emitidos desde nuestras consultas.

Nuestra primera tarea informativa se basará en intentar aclarar los conceptos erróneos (“la depresión es un defecto del carácter”, etc.), cuyo sustento tendrá mayor o menor altura científica cuanto mayor empeño hayamos puesto en el trabajo diagnóstico. Por ejemplo, el uso de escalas, y de criterios diagnósticos internacionalmente aceptados, de entrevistas semiestructuradas, permiten al paciente la verbalización del cortejo plurisintomático que constituye el síndrome depresivo, e iniciar su interiorización. Un análisis somero del estado de ánimo, finalizado con la expresión “lo que tienes que hacer es animarte”, puede encontrarlo el paciente en muchos otros sitios, además de en una consulta médica.

Explorar sus creencias e ideas acerca de la enfermedad mental es interesante, puesto que éstas pueden modificar el curso de la misma, en caso de padecerla realmente, además de la adherencia al tratamiento, si lo precisara. En caso de detectarlas, se deben incluir actividades para corregir aquellas que consideremos puedan dificultar la resolución del problema en cuestión dentro de nuestro “plan de trabajo”. Los niveles y grados de recomendación de las evidencias científicas existentes con relación a estas actividades de información no son suficientes como para recomendar su generalización, al

no existir revisiones sistemáticas, aunque algunos ensayos clínicos aleatorizados demuestran que los abordajes terapéuticos (colaborativos entre AP y Hospitalaria) mejoran cuando se realiza educación intensiva dirigida al paciente y respaldada con apoyo telefónico.

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

El tratamiento farmacológico de la depresión constituye, en la mayoría de los casos, el de primera elección, al ser el que presenta mayores niveles de recomendación por las evidencias científicas existentes, ser los mas rentables al conseguir altas tasas de resolución del problema y es, por este motivo, el más utilizado.

No parecen existir diferencias significativas entre la eficacia de los distintos antidepresivos. La eficacia de unos y otros, valorado en tasas de mejoría y remisión son superiores, en la mayoría de los casos al 50-60%, mientras que la mejoría con placebo es menor del 30%. Si existen diferencias en cuanto a los distintos perfiles de eficacia y tolerancia, por lo que se considera fundamental, al menos en Atención Primaria, tener en cuenta la posibilidad de aparición de efectos secundarios a la hora de recomendar un anti-depresivo.

Las recomendaciones generales establecen que, al menos en el nivel asistencial de Atención Primaria, se consideran de elección los antidepresivos serotoninérgicos (fluoxetina, fluvoxamina, paroxetina, sertralina, citalopram y escitalopram), así como la venlafaxina de liberación prolongada. Sus dosis iniciales y usuales, como las del resto de grupos de antidepresivos, se resumen en la tabla 1.

| Tabla 1. Fármacos antidepresivos | | |
|---|--------------------------------|---------------------------------------|
| Grupo farmacológico y principios activos | Dosis inicial (mg/24 h) | Dosis media habitual (mg/24 h) |
| Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) | | |
| Citalopram | 20 | 20-60 |
| Escitalopram | 10 | 20 |
| Fluoxetina | 20 | 20-60 |
| Fluvoxamina | 50 | 50-300 |
| Paroxetina | 20 | 20-60 |
| Sertralina | 50 | 50-200 |
| Inhibidores de la recaptación de serotonina-noradrenalina (IRSN) | | |
| Duloxetina | 30 | 30-60 |
| Venlafaxina retard | 75 | 150-225 |
| Tricíclicos y tetracíclicos | | |
| Amitriptilina | 25-50 | 100-300 |
| Clomipramina | 25 | 100-250 |
| Doxepina | 25-50 | 100-300 |
| Imipramina | 25-50 | 100-300 |
| Trimipramina | 25-50 | 100-300 |
| Desipramina | 25-50 | 100-300 |
| Nortriptilina | 25 | 50-200 |
| Protriptilina | 10 | 15-60 |
| Amoxapina | 50 | 100-400 |
| Maprotilina | 50 | 100-225 |
| Modulador de la noradrenalina-serotonina | | |
| Mirtazapina | 15 | 15-45 |
| Modulador de la serotonina | | |
| Trazodona | 50 | 75-300 |
| Inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAO) | | |
| Fenelcina | 15 | 15-45 |
| Tranilcipromina | 10 | 30-60 |
| Inhibidor reversible de la monoaminoxidasa (RIMA) | | |
| Moclobemida | 150 | 300-600 |
| Inhibidor selectivo de la recaptación de noradrenalina | | |
| Reboxetina | 4 | 8-10 |
| Inhibidores de la recaptación de la dopamina-noradrenalina | | |
| Bupropion | 150 | 300 |

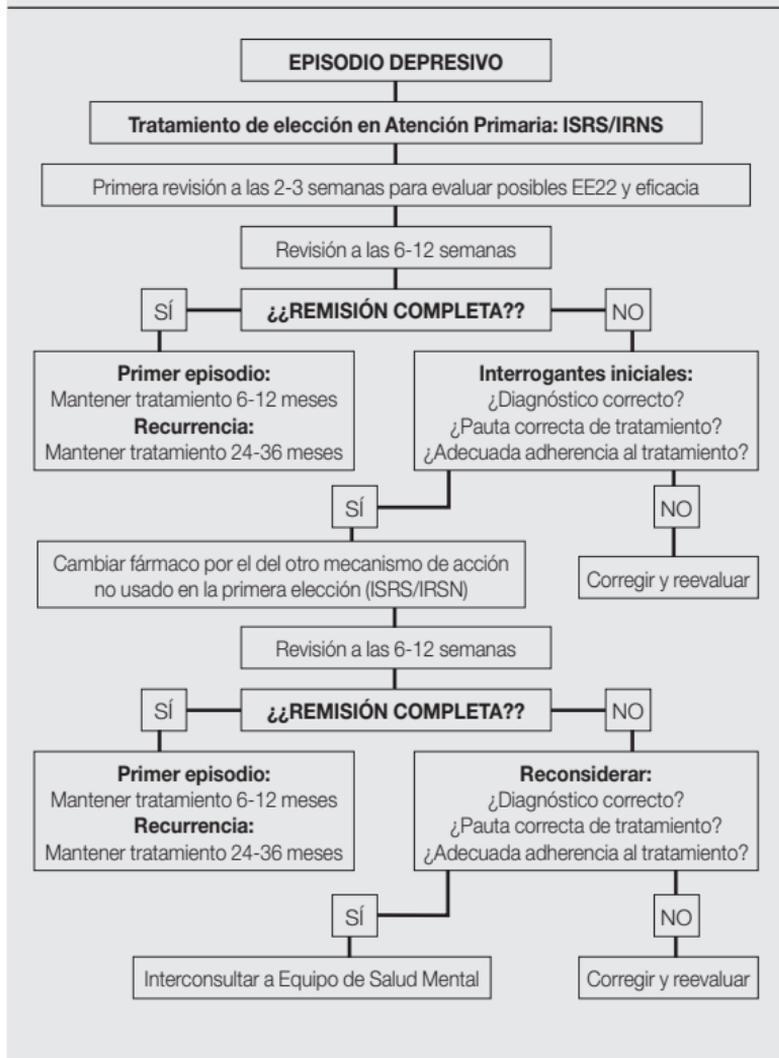
Fuente: Adaptado de Zamorano Bayarri E et al. Recomendaciones de manejo de la depresión en Atención Primaria. SEMERGEN. 2007;33(6):332-6.

Aquellos pacientes que previamente hayan presentado una buena respuesta a un fármaco determinado sería recomendable emplear dicho fármaco de nuevo. Cuando el paciente presente ansiedad o insomnio asociado es recomendable el uso de antidepresivos con efecto sedante (por ejemplo, paroxetina, fluvoxamina, venlafaxina de liberación prolongada). Si el paciente es una persona mayor, se recomiendan aquellos antidepresivos con menos efectos secundarios e interacciones, como citalopram o escitalopram, y se deberían evitar otros, como paroxetina, por su efecto anticolinérgico.

Una vez que se ha decidido la instauración de un fármaco antidepresivo en Atención Primaria (ISRS o IRSN) debemos tener en cuenta los siguientes aspectos (resumidos en la figura 1):

- Se debe administrar a las dosis adecuadas.
- Se recomienda una visita de evaluación a las dos o tres semanas para reconocer posibles efectos secundarios y valorar la eficacia (si ésta no se observa, y no han aparecido efectos secundarios, se puede incrementar la dosis del antidepresivo).
- No se recomienda retirar el antidepresivo antes de hacer un ensayo del mismo durante, al menos, seis semanas, a dosis óptimas. En esa visita, si se determina la desaparición de la sintomatología, se recomendará mantener el tratamiento entre 6 y 36 meses (dependiendo si se trata de un primer episodio o de una recurrencia).
- En el caso de que no exista remisión completa, debemos plantearnos los interrogantes oportunos:
 - ¿Hemos hecho el diagnóstico correcto?
 - ¿El tratamiento, dosis, pauta, etc., elegido es el correcto?
 - ¿El paciente cumple dicho tratamiento?

Figura 1. Algoritmo para el tratamiento de la depresión en Atención Primaria



Fuente: Adaptado de González VM. Abordaje terapéutico de la ansiedad y la depresión en Atención Primaria. En: Libro Blanco Depresión y Ansiedad. Semergen-OMC. Madrid: IM&C; 2006.

- Una vez respondidas esas preguntas tomaremos la decisión de sustituir el antidepresivo o ajustar los errores detectados.

- Si el paciente comenzó el tratamiento con un ISRS y no ha existido respuesta, se recomienda el tratamiento con un IRSN (venlafaxina de liberación retardada) a dosis óptimas (150 mg/24 h).
- En el caso de un segundo fracaso terapéutico, sería recomendable la Interconsulta a salud mental.

BIBLIOGRAFÍA

American Psychiatric Association: DSM-IV Atención Primaria. Barcelona, Masson S.A., 1997.

Arbesú JA, et al. Abordaje Global de la depresión en la Atención Primaria. SEMERGEN. 2006; 32 Supl.2.

Australian and New Zealand clinical practice guidelines for the treatment of depresión. CPG Team for Treatment of Depression, Wellington School of Medicine and Health Sciences, University of Otago, Wellington, New Zealand; 2004.

CIE 10 Capítulo V: Pautas diagnósticas y de actuación ante trastornos mentales en Atención Primaria. Adaptación para España. Madrid: Izquierdo S.A.; 1996.

Ciurana R (ed.). Guía de Salud Mental en Atención Primaria. Barcelona: Semfyc, 2001.

González VM. Abordaje terapéutico de la ansiedad y la depresión en Atención Primaria. En: Libro Blanco Depresión y Ansiedad. Semergen-OMC. Madrid: IM&C; 2006.

González VM. Trastorno mixto ansioso-depresivo. En: Guía de buena práctica clínica en depresión y ansiedad. MSC-OMC. Madrid: IM&C; 2003.

González VM. Trastornos afectivos en Atención Primaria. En: Guía de buena práctica clínica en depresión y ansiedad. MSC-OMC. Madrid: IM&C; 2003.

Treating depression: the beyondblue guidelines for treating depression in primary care. MJA. 2002; 176 10 Suppl:S77-S83.

Vallejo J, et al. Consenso español sobre el tratamiento de las depresiones. Fundación Española de Psiquiatría y Salud Mental. Barcelona: Ars XXI; 2005.

Vázquez-Barquero JL, Herrán A, de Santiago A. Epidemiología de los trastornos del humor. En: Cervera S, Leal C, Baca E, Vallejo J, Cuenca E (eds.). Trastornos del humor. Madrid: Panamericana; 1999.

Zamorano E, Casquero R. Recomendaciones de manejo de la depresión en Atención Primaria. SEMERGEN. 2007; 33(6):332-6.

Trastornos de ansiedad en Atención Primaria

Dr. Fernando Gonçalves Estella

CONCEPTOS GENERALES

Verónica tiene 26 años. Vive en pareja desde hace casi dos. Cuando al pasar a la consulta le pido que se siente, lo hace como con brusquedad, con la espalda muy recta. A la espera de que le preste la atención debida, y mientras recoloco la historia del paciente anterior en el archivo, intuyo su inquietud. Está nerviosa y aprovecha para restregar las palmas de sus manos sobre los muslos de sus pantalones vaqueros, por arriba y por los laterales. Cuando me siento, le invito a hablar y lo hace con calma, pero con firmeza...

No sé que me pasa, porque si lo supiera se lo diría... estoy mal, muy mal. Lo mismo piensa que estoy tonta, pero es que... noto algo que no me deja en paz y no sé lo qué, ni por qué: a veces es como si tuviera miedo de que fuera a pasarme algo; otras, a que le pase a alguien de mi familia...; soy incapaz de relajarme, siempre como tensa...; me pongo a sudar sin ton ni son, o me dan ganas de orinar, o noto la boca seca y tengo que beber un poquito de agua...; otras veces como escalofríos. Y la cosa es que no tengo por qué, que es lo que más rabia me da. A lo mejor tengo que ir al water 5 ó 6 veces seguidas por la mañana, aunque haga normal... y tengo ruidos en la tripa...

La ansiedad es un sentimiento vago y desagradable de temor que se acompaña de diversas sensaciones corporales. Es una emoción compleja, con respuestas fisiológicas, vivenciales, conductuales y cognitivas, enmarcadas en un estado de hiperactivación y alerta.

Existe una ansiedad normal, relacionada con las situaciones que vivimos, que constituye una respuesta fisiológica y adaptativa, proporcional al estímulo que la origina. La ansiedad normal se convierte en patológica cuando no cumple una función adaptativa o cuando por su intensidad, cualidad o duración, es desproporcionada y excede los límites aceptables para el individuo.

Hay que diferenciarla del miedo, otra señal de alerta diferente, en el que la amenaza que lo origina es conocida, externa, inmediata y definida. En la ansiedad, la amenaza no está definida, es desconocida; con frecuencia no se concreta en algo externo y no siempre tiene un carácter inmediato. Una excepción a estas diferencias básicas son algunas formas de ansiedad fóbica. Aún así, la ansiedad fóbica es diferente del miedo, porque en él existe un peligro objetivo, mientras que en las fobias el supuesto peligro no lo es objetivamente.

La ansiedad es, sobre todo, algo que se siente. No es un pensamiento, sino un sentimiento de malestar difuso que se manifiesta tanto en el ámbito psíquico como en el somático, con repercusiones en el funcionalismo del sujeto.

Aunque en la práctica, los términos ansiedad y angustia se equiparan y se utilizan como sinónimos, la diferencia entre ambos estriba en que:

- La ansiedad, etimológicamente incomodidad, se refiere más al sentimiento de malestar psíquico del sujeto.
- La angustia, etimológicamente estrechez, se refiere más al sentimiento de malestar relacionado con las sensaciones corporales.

El sentimiento psíquico que provoca la ansiedad puede ser tan intenso que el sujeto crea que va a volverse loco o tenga sensación de muerte inminente. En el ámbito somático origina multitud de síntomas que dependen, sobre todo, de una disfunción del sistema nervioso autónomo.

La ansiedad puede presentarse:

- De forma continuada, aunque existan oscilaciones de la intensidad, como ocurre en el trastorno de ansiedad generalizada.
- En episodios recortados de gran intensidad, como ocurre en la crisis de angustia o de ataque de pánico. Frecuentemente las personas que sufren crisis de angustia van desarrollando un temor progresivo a que se repitan, lo que se conoce como ansiedad anticipatoria.

Hay que diferenciar la ansiedad de rasgo, de la de estado. En Medicina se considera rasgo lo que permanece durante toda la vida de un individuo o su mayor parte, por ejemplo el color de la piel. El estado se refiere a una situación recortada en el tiempo, aunque sea de forma prolongada, por ejemplo una neumonía.

Ejemplo de ansiedad de rasgo es la asociada a un trastorno de personalidad.

Ejemplo de ansiedad de estado es la secundaria a una fase depresiva.

También se diferencia entre ansiedad primaria y secundaria:

- La ansiedad primaria, no se debe a otro trastorno físico ni psíquico que la justifique, como por ejemplo el trastorno de ansiedad generalizada o el trastorno de pánico.
- La ansiedad secundaria se debe a otro trastorno, físico o psíquico, como por ejemplo a hipertiroidismo, consumo de anfetaminas, etc.

ANSIEDAD Y DEPRESIÓN

Verónica me continúa contando:

...Me encuentro tan incómoda que a veces me dan ganas de llorar, y claro, Oscar, mi pareja, cuando me ve así empieza a preguntarme que qué me pasa, que si él tiene la culpa de algo, que si no me gusta estar con él... y como yo no le sé explicar lo que me pasa, se enfada... bueno, la verdad es que a veces no me puedo relajar ni mientras tenemos relaciones sexuales, que él está a lo que está, y yo, en mi onda. Y, claro, me lo nota, se enfada y dice que así él nada, que no puede... y tiene razón, pero... y me pongo a llorar, claro, y él, en vez de comprenderme, se da la vuelta y me deja en paz. Yo le quiero mucho, ¿eh?, pero cuando estoy así, es que no puedo pensar más que en mí, y él tenía que comprenderlo...

En ocasiones es complicado hacer un diagnóstico diferencial claro entre los trastornos de ansiedad y los trastornos del estado de ánimo, lo cual ha dado lugar a posiciones controvertidas. Hay autores que señalan que la distinción entre depresión y ansiedad es artificial, ya que son numerosos los

pacientes con solapamiento de síntomas o que no presentan la totalidad de los criterios de depresión o de ansiedad y que, sin embargo, tienen manifestaciones de ambos cuadros, lo que dificulta saber cuál de los trastornos es el predominante. Otros autores, en cambio, abogan por un sistema plural y consideran que ansiedad y depresión son trastornos independientes. Y los hay que defienden la existencia de cuadros puros de ansiedad y depresión y cuadros mixtos. En todo caso, es cierto que hay un espectro de trastornos de ansiedad y depresión, al igual que hay una amplia gama de grises entre el blanco y el negro.

EPIDEMIOLOGÍA

Verónica dice que es algo “nerviosilla” desde el inicio de su adolescencia. Su madre, que también lo es, dice que todas las mujeres de su familia lo son, que es tradición en ellas, más que enfermedad.

Verónica requirió ayuda médica a los 13 años, porque ante la proximidad de los exámenes escolares se ponía nerviosa. Presentaba cuadros nauseosos con amenaza inminente de vómito, por lo que debía salir acompañada por los profesores fuera del aula. A pesar de la firme sospecha médica de que tales procesos tenían una etiología claramente ansiosa, fue sometida a pruebas de despistaje de patología digestiva, a demanda de sus padres, con resultado negativo. A partir de entonces, utilizó 5 mg de clorazepato como ansiolítico, pero sólo durante los dos días previos y el posterior al examen. Además, fue instruida para la realización de pequeños ejercicios de relajación, que ella ponía en práctica tan pronto se notaba ansiosa en sus tareas cotidianas. Con esas

sencillas medidas logró acabar sus estudios de bachillerato con muy buenos resultados. Sin embargo, al comenzar a independizarse, parece ser que empezó otra vez a vueltas con su ansiedad, que reconoce siempre tuvo. No pidió ayuda médica, y sí farmacéutica, que justifica por su “odio a las pastillas”, utilizando a partir de entonces por su cuenta, valeriana y otras infusiones compuestas de, dicen, efecto ansiolítico.

Entre el 15 y el 20% de la población española sufre un episodio de ansiedad cada año, y entre el 25 y el 30% lo padece al menos una vez a lo largo de su vida.

Como grupo, los trastornos de ansiedad son las enfermedades mentales más comunes, con una prevalencia mensual del 7,5% en adultos de todas las edades. En el grupo de adultos mayores de 65 años esta prevalencia mensual baja al 5,5%, pero es de casi el 20% en un período de 6 meses, y del 35% a lo largo del ciclo vital.

La coexistencia de ansiedad y depresión es la norma más que la excepción.

Los trastornos de ansiedad pueden asociarse con otros trastornos psiquiátricos. Son más prevalentes que los trastornos del humor, aunque aparecen juntos con frecuencia: el 60% de las personas con historia de depresión mayor, a lo largo de su vida, cumplían en algún momento con criterios de ansiedad. La mitad de las personas con historia de trastorno de ansiedad habrían cumplido criterios de depresión mayor. Es más frecuente que los trastornos de ansiedad precedan a los de depresión (70% de los casos) que lo contrario (15%). El 15% de los pacientes refieren ambos cuadros a la vez.

CLÍNICA DE LA ANSIEDAD

Verónica está preocupada. Ha venido sola, aprovechando que Oscar está hoy trabajando fuera. Intuyo que no le ha comentado que vendría a mi consulta, como si se avergonzara, ante él, de tener que pedir mi ayuda.

... a lo mejor, cuando nos vamos a la cama, me empieza a hacer ruidos la tripa como si tuviera hambre, y me da una vergüenza... bueno, a mí y a él, que se acelera todo. Me dice que pare ya, y yo le digo que qué quiere haga... El otro día, como tenía acidez, empecé a darle vueltas a la cabeza y a pensar que lo mismo es que tengo algo malo en el intestino... A veces estoy como inflada, aunque apenas haya comido, y con molestias a los lados, y eso me preocupa, porque aunque cuando me hicieron pruebas con 14 años, no me encontraran nada; de eso hace ya muchos años...

Los pacientes con trastornos de ansiedad suelen acudir al médico por voluntad propia. Es frecuente que consulten por síntomas somáticos derivados de su ansiedad y crean tener alguna patología física que los origine. También pueden interpretar sus síntomas como relacionados con conflictos personales o determinadas circunstancias ambientales que, sin embargo, no los justifican. Manifiestan sus quejas de forma imprecisa.

Los síntomas pueden manifestarse en lo psíquico o en lo físico.

MANIFESTACIONES PSÍQUICAS

La vivencia psíquica de ansiedad puede expresarse de múltiples maneras.

... Si a lo mejor es cosa mía... yo antes leía y veía la tele, pero ahora si veo cosas de guerras o accidentes y cosas así, tengo que cambiar de canal, porque eso me afecta mucho, y luego, en la cama, como duermo poco y mal, me pongo a darle vueltas a la cabeza, de si eso le puede pasar a los de mi familia o a mí, y me dan ganas unas ganas de llorar... Fíjese que, desde hace tiempo, hasta tengo miedo de descolgar el móvil a las amigas, porque temo que me vayan a decir que le ha pasado algo malo a alguna de ellas, o que me vayan a advertir de algo que me vaya a suceder a mí... Y dormir, aunque duerma toda la noche, me levanto cansada. Otras veces, me cuesta dormirme o me despierto muchas veces, y Óscar dice que hay noches que no paro, que revuelvo la cama y le destapo, que doy patadas al aire..., y lo que le decía de leer: me canso ahora enseguida, bueno, y me asusto porque, ¿usted cree que es normal que después de pasar 6 ó 7 páginas a lo mejor no me acuerde de lo que acabo de leer? Pues eso también me pasa; o ir a un sitio y no saber qué he ido a buscar. O me estoy volviendo loca, o tengo algo en la cabeza que va a terminar conmigo. Ya sé que soy joven para tener un cáncer, pero... comprendo que tengo un humor de perros, porque estando así no es para menos, y a este paso, sé que Óscar me va a dar una patada cualquier día, porque es que no me aguanto ni yo, y veo que él me sufre... hasta que se harte, claro, y tengo miedo... pero no a que me deje, que es muy bueno, si no a... bueno, no sé a qué, pero a morirme, a que me trastorne o a que esto pueda conmigo...

- **Sentimiento de temor.** Es el síntoma nuclear. Provoca una actitud de alerta, como queriendo anticiparse a un peligro. Existen diversos miedos (a perder el control sobre sí mismo,

a volverse loco, a padecer una enfermedad somática grave o, incluso, a morir).

- *Sensación de tensión.* El sujeto se encuentra nervioso, inquieto, continuamente preocupado y es incapaz de relajarse.
- *Vivencias de extrañeza.* En cuadros intensos de ansiedad puede alterarse la vivencia del tiempo y de forma transitoria aparecen fenómenos del tipo de lo ya visto (*déjà vu*) o, por el contrario, de lo nunca visto (*jamais vu*).
- En ocasiones, se acompaña de *desrealización* y *despersonalización*. La primera es una sensación de extrañeza del entorno. La segunda, de extrañeza e irrealidad personal.
- *Alteraciones cognitivas:* Debido al elevado estado de activación, disminuye la atención y aparece distraibilidad, dificultad para concentrarse y tendencia a la fatiga intelectual, por lo que la memoria también puede verse afectada.
- *Alteraciones de sueño:* Retraso en la conciliación, interrupciones por despertares y pesadillas, cansancio o sensación de sueño no reparador.
- *Alteraciones del comportamiento:* El sujeto ansioso se vuelve malhumorado, irritable y adopta una actitud hiper-vigilante.

MANIFESTACIONES FÍSICAS

... Y lo peor es que estando bien, a lo mejor empiezo a notar cómo que me late el corazón. Lo noto en el cuello o en las sienes, y a veces debajo del pecho izquierdo. Y me miro, y

como veo que se me mueve el pecho con los latidos, me pongo muy nerviosa, porque digo: Anda, que como se me pare ahora el corazón, que estoy sola en casa, ¿qué hago yo?... Y arranco a sudar, o me cuesta respirar, que eso sí que me asusta... o me acaloro y como con frío al mismo tiempo y se me seca la boca o me dan retortijones... El otro día lo pasé fatal, porque en una de esas como que me faltaba el aire y empecé a notar un hormiguillo alrededor de la boca y luego en los dedos de las manos y creí que en ese momento me iba a morir; que veía que se me iba la cabeza como hacia los lados, como borracha y que no podía llegar hasta la cama, que me iban a fallar las piernas... Lloré todo lo que quise... Menos mal que sonó la llave en la puerta y era Óscar. Se asustó al verme así y se empeñó en que iba a llamar a urgencias, pero le dije que no hacía falta, que abriera la ventana y que me abrazara y me dejara llorar, y así se me empezó a pasar enseguida... Pero fijese cómo estaría de mal, que tenía muchas ganas de hacer pis y le dije que me trajera algo donde hacerlo, porque no me veía con fuerzas para llegar al baño, y lo tuve que hacer en una cazuela, porque no teníamos otra cosa... Si es que me pongo como loca...

Me pasan cosas raras: No sé si tendrá importancia, pero antes me gustaba escuchar música bien alta con los cascos, y ahora soy incapaz de ponérmelos, por si me llaman y no oigo, o por si pasa algo para que no me coja por sorpresa y me asuste... Bueno y también porque estoy pendiente de cualquier cosa que pueda pasar a mi alrededor... Por eso digo que si sólo serán los nervios o es que además tenga algo malo en la cabeza...

La ansiedad puede provocar síntomas en todos los órganos y sistemas del organismo, por lo que puede considerarse como la gran simuladora. A menudo, el paciente está convencido del origen exclusivamente somático de los mismos, y los vive como una amenaza a su salud física.

- *Síntomas cardiocirculatorios:* Palpitaciones, taquicardia, opresión torácica, dolor precordial, sensación de paro cardíaco...
- *Síntomas gastrointestinales:* Sensación de nudo en el estómago, espasmos faríngeos (nudo esofágico), náuseas, vómitos, meteorismo, diarrea o estreñimiento, alteraciones del apetito...
- *Síntomas respiratorios:* Dificultad al respirar con sensación de falta de aire, sensación de ahogo o paro respiratorio, suspiros, accesos de tos nerviosa... Es frecuente la hiperventilación que puede provocar síntomas secundarios a la alcalosis respiratoria derivada (parestesias en los dedos de las manos, los pies y en la cara, vértigos y síncope...).
- *Síntomas genitourinarios:* Micción imperiosa, nicturia, poliuria, disuria; trastornos de la función sexual: impotencia, eyaculación precoz y frigidez.
- *Síntomas neurológicos:* Mareos, vértigos, cefalea, inestabilidad, temblor, entumecimiento, parestesias... Es preciso realizar diagnóstico diferencial con síndrome conversivo, cuyos síntomas son pérdida de sensibilidad y alteraciones motoras o parálisis. Pueden aparecer alteraciones tanto visuales (sensación de borrosidad del contorno de objetos o deslumbramientos) como auditivas (hipersensibilidad e intolerancia a los ruidos, zumbidos de oídos).

- *Síntomas musculares*: Debilidad física, sensación de flojedad de piernas, lumbalgias y algias diversas.
- *Síntomas neurovegetativos*: Sequedad de boca, midriasis, rubor o palidez, sofocos, sudoración, frialdad cutánea.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

La realidad es que Verónica presenta un cuadro clínico con muchos síntomas físicos, y miedo, mucho miedo, a casi todo: a tener algo malo, a que le suceda cualquier cosa a ella o a los demás, a perder el autocontrol, a volverse loca... y en esa espera está, permanentemente en alerta, y eso le agota:

... se acordará de mi vecino, Fabián, a ese que le dio por decir tonterías por la calle, y que cuando se lo trajeron a usted le descubrió el cáncer en la cabeza, que no duró ni dos meses... y tengo miedo. Bueno, a eso o a que en un momento de nervios me suba la tensión y se me estalle una vena en la cabeza y me quede en silla de ruedas, porque he leído que cuando...

Es esencial intentar distinguir entre las causas orgánicas y las psíquicas. Para ello, las siguientes pruebas deberían ser incluidas en la valoración inicial de todo paciente ansioso: glucemia, gasometría, pruebas tiroideas, electrólitos, calcio, función hepática, urea, creatinina, sistemático de orina, ECG y auscultación cardiopulmonar. En caso de cefalea intensa, rubefacción generalizada o HTA, valorar catecolaminas en orina de 24 h.

Conviene tener presentes las siguientes situaciones:

CAUSAS ORGÁNICAS DE ANSIEDAD

Reconozco a Verónica. La exploración física es normal: inspección, palpación, percusión y auscultación. Neurológica básica, sin datos. Refiere aumento de la sudoración palmo-plantar, sin interés actual. Menstruaciones presentes y normales en ella. Utiliza por su cuenta anticoncepción hormonal por anillo vaginal desde hace 5 años. Analíticas completas de sangre y orina, en parámetros normales, incluido el perfil tiroideo. Se realiza ECG, anodino. RX de tórax sin patología. TA dentro de los límites aconsejables a su edad y peso. IMC 21. Todo lo estudiado está en parámetros normales. No consume tabaco, ni otros tóxicos y, excepcionalmente, acompañada de su pareja, algún combinado alcohólico, muy de cuando en cuando. Me solicita que le haga una RMN craneal, a sugerencia de una amiga que ha leído que... a lo que me opongo de un modo razonado, pero explícito, por no procedente.

Con todo lo anterior, y dentro de unos márgenes aceptables de seguridad, parece descartarse una etiología orgánica que justifique su sintomatología. Es cierto que podrían realizarse otras muchas pruebas complementarias de despistaje pero, en el momento actual, parecen innecesarias.

...si quiere, no me importa que me haga más pruebas donde sea, porque si dice que todo lo que me ha hecho está bien, a lo mejor, en otro sitio, con más medios me puedan estudiar mejor..., aunque lo que usted decida yo lo acepto, que me conoce bien y yo me fío de usted..., pero si quiere...

Muchas enfermedades somáticas se acompañan de ansiedad en su desarrollo o presentan síntomas que pueden ser confundidos con una crisis de ansiedad.

Ansiedad normal reactiva a enfermedad física: Las enfermedades motivo de consulta en urgencias pueden ser lo suficientemente preocupantes como para determinar una reacción de ansiedad, incluso intensa, especialmente en pacientes predispuestos.

Trastornos cardiacos:

- Prolapso de la válvula mitral. Se asocia con frecuencia a crisis de angustia, y su diagnóstico es compatible con el de trastorno de pánico. Más frecuente en mujeres de 14-30 años, con palpitaciones, mareos y síncope. Se detecta un chasquido meso-telestólico y con frecuencia soplo telestólico: aumenta con la maniobra de Valsalva y disminuye en cuclillas y al realizar ejercicios isométricos. El ECG suele ser normal, pero puede mostrar ondas T bifásicas o negativas en II, III y aVF.
- Otros trastornos cardiacos: Infarto agudo de miocardio, angina de pecho, rotura de aorta, taquiarritmias, crisis hipertensivas.

Patología pulmonar: Descartar embolismo pulmonar, EPOC, neumotórax, asma.

Causas endocrino-metabólicas:

- Hiper-hipotiroidismo. La ansiedad es un síntoma frecuente en ambos cuadros y puede presentarse incluso antes de la sintomatología propia de los mismos. La palma de la mano, fría y húmeda, de las personas con ansiedad, es diferente de la palma, caliente y húmeda, del hipertiroidismo.
- Hiperparatiroidismo. Existe hipercalcemia.
- Feocromocitoma. Los antecedentes familiares de feocromocitoma, neoplasia endocrina múltiple o colelitiasis, y la

presencia de crisis de angustia, con cefalea, sudoración, enrojecimiento y palpitaciones con ausencia de síntomas cognitivos y de evitación fóbica, nos harán sospechar este diagnóstico.

- Hipoglucemia. Con niveles de glucemia inferiores a 40 mg/100 ml.
- Hiper cortisolismo.
- Síndrome confusional. Puede ser de etiología tóxica, metabólica, infecciosa o traumática. Se acompaña casi siempre de un comportamiento ansioso asociado a fluctuación de la conciencia.

CAUSAS PSÍQUICAS DE ANSIEDAD

Verónica, en realidad, no tiene una depresión, a día de hoy. En el futuro no es descartable que, de persistir o no controlarse el cuadro clínico actual, pueda aparecer sintomatología depresiva grave por claudicación ante su ansiedad severa y mantenida. Tampoco presenta rituales o rumiaciones, ni síntomas que haga sospechar una etiología de raíz psicótica. No ha sufrido estrés traumático agudo, ni presenta conductas de evitación o ideación fóbica. No sólo le preocupan los síntomas de posible patología orgánica, si no que muestra con claridad su preocupación por su estado de ansiedad, que reconoce. Los cambios que se han producido en su biografía, ni son recientes, ni han sido bruscos o traumáticos, si no de instauración paulatina, deseada y a lo largo de más de dos años. Por lo demás, no se detecta la presencia de conflictos interpersonales, goza de buena aceptación en su entorno y disfruta conscientemente del mismo. Pero a lo

largo de las entrevistas, por tres veces utiliza una frase muy expresiva:

...es como si fuera por la vida "con el freno de mano a medio echar", como si algo dentro de mí me impidiera poder estar relajada y feliz, que motivos tengo para ello... y quiero que me ayude a soltar ese freno...

Muchas son las causas psíquicas que pueden originar cuadros de ansiedad:

- *Depresión.* 3 de cada 4 depresiones tienen nivel importante de ansiedad. Los pacientes ansiosos se quejan de falta de sueño, pero no de despertar precoz, falta de apetito, fluctuación diurna del estado de ánimo, inhibición, pérdida del placer sexual, ni anhedonia.
- *Trastorno obsesivo-compulsivo.* Presentan los rituales o rumiaciones típicos. La ansiedad se aparece cuando intentan controlar los síntomas del trastorno.
- *Psicosis en general.* Un paciente psicótico puede consultar por angustia, especialmente en las fases iniciales del brote, cuando las vivencias de cambio del entorno y los trastornos perceptivos aparecen y todavía no hay una explicación delirante de la experiencia.
- *Trastorno por estrés postraumático.* Existe en el tiempo un agente estresante claro, de gran intensidad. El paciente vuelve a experimentar el hecho a través de sueños o imágenes y evita cualquier actividad o situación que le recuerde el suceso traumático.
- *Reacciones agudas a estrés.* Los síntomas se presentan al cabo de unos pocos minutos, si no lo han hecho de forma inmediata tras el impacto de un agente estresante excepcional.

- *Trastorno por somatización.* Suelen presentar una gran variedad de molestias físicas sin que se encuentre en la exploración una base orgánica. Al igual que los pacientes con trastorno por ansiedad generalizada, muestran constantes preocupaciones, pero en ellos éstas se centran casi exclusivamente en las quejas somáticas.
- *Trastornos de adaptación.* Los síntomas de menos de tres meses de evolución se relacionan con cambios importantes en la biografía del paciente.
- *Trastornos de personalidad.* Se trata de personas predispuestas a presentar ansiedad, generalmente en relación con conflictos con los demás.
- *Trastornos fóbicos.* La ansiedad aparece únicamente ante la exposición al objeto o situación fóbica. Es muy raro verlos en urgencias.

CAUSAS DE ANSIEDAD POR FÁRMACOS O SUSTANCIAS

Verónica es una mujer joven, orgánicamente sana, que no consume fármacos más que por prescripción médica, circunstancia que no se da desde hace meses y siempre por cuadros respiratorios banales. No utiliza tóxicos, y alcohol solamente como excepción y poco. No toma café, sí derivados de cacao e infusiones, y puntualmente algún té.

Fármacos y otras sustancias

- Agentes serotoninérgicos. Puede aparecer intolerancia a estos fármacos; los síntomas principales son: Cefalea, náuseas, vómitos, intolerancia gástrica a los alimentos y ansiedad subjetiva.

- Abuso de estimulantes. El uso de anfetaminas y cocaína puede producir síntomas de ansiedad e incluso crisis de pánico: efectos simpaticomiméticos.
- Consumo excesivo de café. Causa frecuente, puede provocar incremento de la diuresis, intranquilidad e hiperactividad, temblor, taquicardia, insomnio...
- Abstinencia de sustancias depresoras del SNC (morfina, heroína, alcohol, benzodiacepinas...). Realizar historia de abuso de sustancias e interrogar por cambios recientes en los hábitos de consumo.
- Otros fármacos: hipoglucemiantes orales, insulina, L-dopa, h-tiroideas, cicloserina, isoniacida, xantinas, corticoides. La acatisia por neurolépticos se confunde fácilmente con ansiedad: incapacidad para permanecer tranquilo, con inquietud motora o sensación subjetiva de inquietud.

RECOMENDACIONES TERAPÉUTICAS

Verónica, al igual que el resto de su familia, y la de su pareja, tiene una buena relación con su médico de cabecera. La confianza es mutua, manteniendo una relación franca y fluida desde hace más de 18 años. Ha sido controlada por él desde su niñez, excepción hecha de los últimos años, en los que, al comenzar a vivir en pareja, ha ido a residir pocos kilómetros de distancia. Todo ello facilita y enmarca la relación terapéutica actual.

La asistencia al proceso se realiza, por ello, en un entorno de confianza, distendido, a lo largo de varias consultas, y sin prisas. Para poder hacerlo así, se le da cita en momentos en los que se sabe se dispondrá del tiempo necesario, cues-

ción nada fácil en Atención Primaria, de tal modo que esa dedicación especial no entorpezca el resto de las actividades del día.

En la consulta, se le dan explicaciones sencillas, utilizando ejemplos, con frecuencia, de la relación existente entre sus síntomas físicos y su estado emocional. Se intenta dar respuesta a sus porqués.

Varían en función del cuadro específico de ansiedad, pero como norma, el tratamiento se basa en el empleo conjunto de psicoterapia y farmacoterapia.

El médico de Atención Primaria utiliza rutinariamente, incluso de un modo inconsciente, una psicoterapia centrada en el apoyo y la explicación de los síntomas clave, técnica que es suficiente en la mayoría de los pacientes. Cuando sean necesarias otras técnicas psicoterapéuticas específicas, se aconseja la derivación al especialista.

La farmacoterapia de la ansiedad se basa en el empleo de:

- Antidepresivos en:
 - Trastorno por angustia (pánico).
 - Fobia social.
 - Agorafobia.
 - T. obsesivo-compulsivo.
 - Depresión con ansiedad.
 - Ansiedad generalizada (uso en alza).
- Benzodiacepinas en:
 - Ansiedad reactiva.
 - Insomnio transitorio.

- Ansiedad generalizada (uso en baja).
- Coadyuvante en depresiones ansiosas.

Las estrategias farmacoterapéuticas se describen en cada trastorno específico.

Los pacientes con ansiedad pueden precisar ansiolíticos durante largo tiempo. De no prescribirlos, se corre un riesgo alto de dependencia de otros tóxicos, especialmente del alcohol. Los antidepresivos se utilizan en estos trastornos tanto por su eficacia, como su ventaja de no originar dependencias, a diferencia de las benzodiazepinas.

Cuando sea necesario el empleo de benzodiazepinas, para tratar de evitar el desarrollo de dependencias, es preferible utilizar las de eliminación lenta, a la dosis mínima eficaz, no utilizando dosis excesivas y recurriendo a la suspensión temporal del tratamiento cuando la mejoría del paciente lo permita.

QUÉ HACER

La asistencia médica que se presta a Verónica se realiza en el entorno de mutua confianza y aceptación. Y se le comunica cuanto se conoce: en efecto, se encuentra mal porque en realidad lo está, se sabe es un trago desagradable, pero que tiene nombre y apellidos conocidos. Se trata de un cuadro de ansiedad generalizada, que tiene tratamiento, que necesitara reajustes según su evolución clínica y que exigirá una serie de controles posteriores. Sus repercusiones sobre el funcionamiento de Verónica son claras, y en casi todas las esferas de su vida le están dificultando y limitando sus relaciones interpersonales, familiares, de pareja, sociolabora-

les... y el poder disfrutar de su vida, por el obstáculo que supone el llevar continuamente “*el freno de mano a medio echar*”..., como ella misma muy gráficamente reconoce. En una escala analógica de sensación de bienestar, de cero a diez, no tiene duda en puntuarse con un uno.

Realizar anamnesis, exploración física completa y pruebas complementarias oportunas.

Descartar causas físicas, psíquicas, iatrogénicas o por abuso de sustancias.

Descartada la existencia de patología física, es necesario comunicarlo al paciente para aliviar así sus temores hipocóndricos, explicándole la naturaleza de sus síntomas.

Conviene que el paciente no interprete que se le está diciendo que “no tiene nada”, por lo que le transmitiremos que sabemos que sus síntomas son reales y que se deben a un diagnóstico conocido: la ansiedad. Recurrir a ejemplos explicativos.

Hacer recomendaciones sobre hábitos: higiene del sueño, consejos dietéticos, excitantes y tóxicos, ejercicio físico regular.

Puede ser útil enseñar técnicas sencillas de relajación. El apoyo y la psicoeducación son útiles en cualquier caso.

Cuando se empleen benzodiazepinas, revisar periódicamente su necesidad para intentar evitar el desarrollo de dependencias.

Advertir del peligro de la automedicación y del uso de alcohol y otras drogas.

Hacer controles del correcto cumplimiento terapéutico, en dosis y duración.

QUÉ NO HACER

Cuando se le desaconseja o acota la realización de ciertas pruebas, a pesar de su demanda explícita, como la RMN o la prueba de esfuerzo, se le razona el porqué. Ello le da seguridad, al saber que las decisiones que se toman, no se toman porque sí, si no desde el conocimiento, con el fin de consensuar un pacto terapéutico útil.

Infravalorar las quejas del paciente.

Tratar en función de diagnósticos previos, sin revisar o valorar las novedades del caso.

Rechazar al paciente o inhibirnos terapéuticamente por ausencia de patología orgánica.

Realizar exploraciones innecesarias, que sólo contribuyen a incrementar la hipocondría.

Limitar el tratamiento a la prescripción de fármacos.

Prescribir tratamientos farmacológicos indefinidos sin revisiones periódicas.

CRITERIOS DE DERIVACIÓN

La derivación al especialista vendrá marcada por la necesidad del empleo de técnicas específicas de psicoterapia, que dependerá no sólo del tipo de trastorno de ansiedad, sino también de algunas características personales del paciente.

Algunos pacientes se beneficiarán de terapias cognitivas, conductuales o dinámicas.

Los pacientes susceptibles de beneficiarse de psicoterapias interpretativas, en general son pacientes jóvenes, con buen nivel intelectual y cultural, que quieran intentar reconocer

aspectos de su psiquismo en relación con el manejo de sus conflictos y con buena capacidad de introspección.

Las técnicas de relajación pueden ser útiles en muchos casos, como, por ejemplo, en los que presentan un estado importante de tensión motora.

TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA

DEFINICIÓN

Los pacientes con ansiedad generalizada presentan un estado permanente de ansiedad, no relacionado con desencadenantes específicos, y muestran una preocupación continuada por multitud de situaciones. Este estado de “ansiedad libre flotante” es la característica más llamativa del trastorno.

Aunque puede aumentar en determinadas circunstancias, es típica su permanencia en el tiempo en ausencia de situaciones conflictivas. Los pacientes presentan un estado persistente de tensión motora, hiperactividad neurovegetativa y aprensión.

El curso del trastorno es variable, pero tiende a ser crónico y fluctuante. Las alteraciones del estado de ánimo son frecuentes. A menudo se trata de oscilaciones que no llegan a cumplir los criterios de episodio depresivo (labilidad afectiva). En otras ocasiones, puede asociarse con trastornos depresivos bien definidos.

La ansiedad generalizada no excluye la presencia de otras patologías, siendo frecuente la coexistencia con otros cuadros de ansiedad o con trastornos del estado de ánimo.

De hecho, es raro que el trastorno de ansiedad generalizada (TAG) se presente aisladamente. Más del 80% de los pacientes presenta en algún momento un estado depresivo y es también habitual la presencia de fobias o crisis de angustia.

EPIDEMIOLOGÍA

La prevalencia anual se encuentra en torno al 3% de la población general, y es más frecuente en la mujer. Entre un 4 y un 7% de la población, presenta criterios de TAG en algún momento de su vida, y entre un 3 y un 5%, de manera continuada.

Tiene una presentación relativamente tardía, apareciendo a menudo a partir de los 35 años. Más frecuente en amas de casa, desempleados y personas con enfermedades físicas crónicas. Los pacientes con TAG suelen acudir al médico por voluntad propia. A menudo, consultan por síntomas somáticos y creen tener alguna patología física que los origina. Es frecuente que manifiesten sus quejas de forma imprecisa.

CLÍNICA Y CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

Se basa en la existencia de un estado mantenido de ansiedad, con síntomas físicos asociados, que no se limita a situaciones específicas. La OMS recomienda las siguientes pautas diagnósticas:

El afectado debe tener síntomas de ansiedad la mayor parte de los días durante al menos varias semanas seguidas. Entre ellos deben estar presentes rasgos de:

- Aprensión (preocupaciones acerca de calamidades venideras, dificultades de concentración, “sentirse al límite”).

- Tensión muscular (agitación o inquietud psicomotrices, incapacidad de relajarse, cefaleas de tensión).
- Hiperactividad vegetativa (mareos, sudoración, taquicardia o taquipnea, molestias epigástricas, vértigo, sequedad de boca).

Un mismo paciente puede presentar al mismo tiempo varios trastornos de ansiedad. Del mismo modo, es frecuente la asociación con estados depresivos. Aunque suele presentar un curso crónico, la intensidad es fluctuante en relación con episodios estresantes. Se ha informado de una remisión espontánea en uno de cada tres pacientes.

Su repercusión sobre el funcionamiento del paciente, en todas sus áreas de actuación, es similar al que provocaría cualquier trastorno somático crónico.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Debe hacerse sobre todo con:

- Ansiedad secundaria a patologías físicas o inducidos por consumo de sustancias.
- Reacciones de adaptación con predominio de síntomas de ansiedad.
- Trastornos depresivos que cursen con ansiedad y especialmente con la distimia.

RECOMENDACIONES TERAPÉUTICAS

El tratamiento del TAG incluye medidas farmacológicas y psicoterapéuticas.

La elección entre las distintas formas de abordaje psicoterapéutico depende de las características del individuo. Para

algunos pacientes resulta recomendable limitarse a las medidas de apoyo o al empleo de técnicas conductuales. Otros, pueden beneficiarse de un abordaje cognitivo o psicodinámico. La terapia cognitiva ha demostrado su utilidad.

En el caso de Verónica no es necesaria la derivación al psiquiatra. Es un cuadro conocido, y asumible en su tratamiento y controles por el médico de Atención Primaria. Dado su estado, es necesario el empleo de psicofármacos, a pesar de su inicial oposición, pero acompañados también de otras medidas no farmacológicas, como psicoterapia de apoyo y técnicas sencillas de relajación, que ya conoce pero que no utiliza desde hace años. Además, se aconsejan algunas modificaciones higiénicas y dietéticas, incluidas algunas rutinas básicas para tener un sueño reparador, como respetar los horarios de acostarse y levantarse, menor temperatura en el dormitorio, oscuridad, ausencia de ruidos, etc..., así como la recomendación de la práctica habitual de ejercicio físico. Todo ello incrementará la seguridad, la confianza en si misma, la autoestima y tendrá repercusiones muy favorables en su relación de pareja.

Como tratamiento farmacológico del TAG se han mostrado útiles las benzodiacepinas, buspirona y antidepresivos.

Las benzodiacepinas se han mostrado eficaces en el 50-70% de los pacientes con TAG. No existen diferencias entre ellas en relación con su eficacia en este trastorno. Su acción es rápida y la mejoría se aprecia desde los primeros días de tratamiento. Inconvenientes: desarrollar dependencias, sedación e hipotonía. Si son necesarias dosis elevadas, pueden afectar la conducción o el manejo de maquinaria potencialmente peligrosa.

Para reducir al mínimo la posibilidad de dependencias conviene:

- Emplear la menor dosis que se haya mostrado eficaz.
- Elegir benzodiazepinas de eliminación lenta.
- Evitar las que se asocian a una mayor probabilidad de dependencia.

La buspirona se ha mostrado eficaz en el 60-80% de los pacientes con TAG. No presenta efecto miorrelajante ni sedativo. Su efecto ansiolítico no se aprecia hasta los 7-12 días de tratamiento, lo que es un inconveniente. Menos eficaz en quienes han recibido previamente benzodiazepinas. Dosis habitual de 15-30 mg diarios.

Se han mostrado eficaces varios antidepresivos (venlafaxina retard, paroxetina), que carecen de los efectos secundarios clásicos de los antidepresivos tricíclicos. Actualmente se recomienda su empleo como fármacos de primera elección. El inicio de acción es lento, en torno a dos semanas. No hay riesgo de dependencias. Son más eficaces que las benzodiazepinas sobre los síntomas de ansiedad psíquica, sin diferencias en los síntomas de ansiedad somática. Se ha demostrado su eficacia en ausencia de depresión, pero cuando coexisten está indicada especialmente su elección, característica que no poseen las benzodiazepinas ni la buspirona. La mejoría se observa con dosis bajas (75 mg de venlafaxina, 20 mg de paroxetina). Varios de ellos son compatibles con la conducción de automóviles.

Sea cual sea el tratamiento elegido, su duración es larga. En la actualidad, no existe un consenso internacional sobre cuál debe ser la duración del tratamiento farmacológico.

El tratamiento farmacológico que se prescribe consiste en:

- Cloracepato dipotásico vía oral, 20 mg hacia las siete de la tarde, al anochecer, al haber manifestado encontrarse especialmente tensa hacia las ocho de la tarde, cuando en pareja inician sus actividades de ocio y descanso, lectura, etc.
- Venlafaxina retard, 75 mg vía oral al desayuno.

Se le manifiestan explícitamente los posibles efectos secundarios de la medicación prescrita, durante los primeros días hasta el acostumbramiento, ninguno de ellos severo o incapacitante, como sedación, somnolencia, cierta disminución de la libido, etc..., así como el que hasta que comience una mejoría apreciable, se requerirán de dos a tres semanas de tratamiento. Se cita para control a los 15 días, con la advertencia de que ante cualquier duda que pueda surgirle, contacte telefónicamente.

Al nuevo encuentro acude Verónica subjetiva y objetivamente mejor. Tiene sueño más reparador, se encuentra más relajada, refiere que acepta mejor las pequeñas contrariedades del día a día, se enfada menos, y su adherencia al tratamiento farmacológico y su tolerancia son buenas, si bien habla de cierta somnolencia, náuseas ocasionales a media mañana y estreñimiento, que no le desaniman en la continuación del tratamiento. Hace los ejercicios de relajación indicados aún en los momentos en que no se encuentra especialmente tensa, y dice que le ayudan. Ha comenzado a acudir a una piscina climatizada tres veces por semana, en sesiones de cuarenta y cinco minutos, y dice encontrarse físicamente mejor, aunque algo cansada. En la escala analógica de bienestar se puntúa con un cuatro y medio.

Al mes del inicio, se decide pautar una disminución del clorazepato, a 5 mg con desayuno y 10 mg al anochecer 15 días más, para reducirlo tras otros 15 días a únicamente 10 mg en toma nocturna. Deja entrever alguna disminución en el deseo sexual, que espera sea temporal. No se varía la dosis de venlafaxina retard. Se recomienda reiniciar sus actividades lúdicas sociales, ir al cine, a bailar como antes, etc.

Al mes y medio de tratamiento, acude refiriendo evidente mejoría, y esa autopuntuación en bienestar la eleva a seis, y bromea manifestando que *“bueno, yo es que nunca creo haber estado por encima de siete o así...”*. Lleva una vida más activa, si bien con algunos altibajos que ella misma minusvalora por previsibles, en los días perimenstruales. Se decide continuar misma con la misma medicación y dosis, a pesar de que ella cree poder prescindir de la de por la noche.

Pasados tres meses, Verónica es ya otra. Está activa, más a gusto consigo misma, *“me como menos la cabeza”*, se dedica más tiempo para ella y sonríe con más facilidad. Sabe que el antidepresivo, que es su única medicación actual, si todo transcurre según lo previsto, lo tomará al menos durante los próximos dos años, y lo acepta.

Tiene instrucciones de que, en caso necesario, si sus ejercicios cotidianos de relajación no cortan un estado de ansiedad reactiva puntual, podrá utilizar como medicación de rescate 1mg de lorazepam. En el caso de apreciar ansiedad marcada y sostenida más allá de dos o tres días, deberá venir a consulta sin esperar la próxima cita pactada. Y que, aunque todo transcurra bien, tendrá que venir a control cada dos meses, más o menos...

QUÉ HACER Y QUÉ NO HACER

(Ver recomendaciones ya descritas en el Trastorno de Ansiedad).

CRITERIOS DE DERIVACIÓN

La derivación al especialista es útil en muchos casos, aunque no debe realizarse de forma sistemática. (Ver recomendaciones ya descritas en el Trastorno de Ansiedad).

TRASTORNO POR ANGUSTIA

Lucía tiene 27 años. Ha sido paciente mía hasta hace cinco años, cuando por razones profesionales se fue a vivir fuera. Sin embargo, porque suele venir con frecuencia a la localidad donde residen sus padres; en sus periodos de vacaciones y fines de semana, me sigue considerando “su” médico, por lo que aún, si necesita ayuda médica, suele consultar conmigo.

Hace unos meses, recibí un e-mail suyo que literalmente decía:

Me explico... no sé que me pasa. Mi vida es muy normal en el sentido de que mi familia está bien, mi relación de pareja genial y tengo un buen trabajo. ¿Qué más quiero? Quiero sentirme bien. No digo que no sea feliz, pero hay algo que no me deja serlo, y creo que es miedo. Pero un miedo que se manifiesta con mareo continuo y una sudoración excesiva. Esto me ocurre desde hace cuatro meses más o menos, cuando voy por la calle, al ir a la peluquería, al súper o a donde sea. Cuando voy a trabajar, siempre me tengo que refugiar en el teléfono; hablando parece

que me distraigo y aunque llego mal, llego. No sé cómo enfrentarme a lo que me pasa, ni porqué me pasa. Si mi vida es normal, ¿porqué no lo soy yo? Envidio a la gente que veo por la calle dando un paseo y yo corro por llegar a mi casa. Quiero salir un sábado, sin miedo a que estando en el bar me entre un calor sofocante y tenga que salirme... o a que me pase lo del sábado, que ya se lo habrán contado sus compañeros que estaban de guardia. Estos sofocones me llevan dando un tiempo, pero con un abanico que me acompaña siempre, o saliendo del sitio, se me pasa, bueno menos el sábado dichoso. En mi casa no saben nada de esto de ahora, porque no quiero preocuparles, que ya tienen lo suyo. Y Rafa creo que no me entiende. Me ayuda, pero no entiende que, lo que me pasa, pueda ser algo psicológico, aunque yo sé que sí, porque es muy parecido a lo de hace tiempo. Otras veces me da por pensar que a lo mejor ahora no es lo mismo, y me entra más miedo aún.

Está empezando a condicionar mi vida porque todo lo que antes hacía, salir o simplemente ir a la piscina, me da miedo; sólo quiero estar en casa, y mejor que no sea sola. No sé cómo enfrentarme a esto. Y pastillas no quiero, que tiemblo al pensar lo que me costó y cómo las pasé cuando tuve que dejar el Alprazolam, ¿se acuerda? Quiero ser normal, de verdad, pero ¿cómo?, ¿qué hago? Gracias por ayudarme, porque creo que es quien de verdad puede hacerlo.

El e-mail de Lucía no me sorprende, porque la conozco bien.

Hija de madre soltera, tiene dos hermanos varones de un matrimonio posterior de su madre. Aunque ella lo desco-

noce por completo, nació como consecuencia de los abusos sexuales a los que fue sometida su madre, durante años, sistemáticamente por su padrastro, y casi con seguridad, con el conocimiento de su madre, que bloqueada por la situación, no supo, no pudo o no quiso, poner fin al drama. Desde los 13 años a los 18 años, en que quedó embarazada, estuvo sometida a su íntima tortura. Como consecuencia de esa barbarie, mantenida durante toda su adolescencia, hizo dos intentos de suicidio a los 20 y a los 26 años, en el curso de una depresión severa que le troqueló su ánimo de por vida. Posteriormente se casó con un hombre que es muy buena persona y conocedor de toda su historia.

A pesar de ello, y de que todo le ha sonreído desde entonces, continúa en tratamiento psiquiátrico. Y lo estará, probablemente, de por vida, porque, aunque el control de su cuadro clínico actualmente es muy bueno, presenta recaídas cada dos-tres años, de las que sale aceptablemente bien.

Pero Lucía desconoce completamente todo lo anterior, salvo el hecho de que nació de una relación extramatrimonial, a lo que explícitamente no concede interés alguno. A pesar de convivir con las secuelas de la enfermedad de su madre, ha sido, es y se ha sentido una hija muy querida, al igual que sus otros dos hermanos. No fuma, no bebe, no consume otros tóxicos...

A los 18 años, yendo en un autobús urbano, se encontró repentinamente mal, con sudoración profusa, dolor torácico, sensación de muerte inminente, mareo y dificultad respiratoria, que alarmó a todos. Avisados los servicios de emergencias, recibió ayuda en el mismo autobús y fue ingresada y

estudiada en profundidad. Orgánicamente sin tacha, fue dada de alta tras cuatro días de ingreso hospitalario en los que le realizaron todo tipo de pruebas, descartándose cualquier tipo de patología orgánica. Su diagnóstico fue el de trastorno por angustia, para el que no fue prescrito tratamiento picofarmacológico alguno, siendo derivada al psicólogo para psicoterapia.

A pesar de la certeza del diagnóstico, no fue nada fácil convencer ni a Lucía ni a su familia de lo innecesario de buscar no ya segundas, que las hubo, si no terceras y cuartas opiniones médicas. Sólo fue posible lograrlo a base de firmeza, explicaciones y más explicaciones, mucha paciencia y constancia.

En el curso de los seis meses posteriores, a pesar de estar en tratamiento con psicólogos del mismo hospital, reaparecieron las crisis en, al menos, cinco ocasiones, siempre de modo súbito e inesperado, con cuadros severos. Por ello, fue nuevamente sometida a todo tipo de pruebas diagnósticas, ratificándose los especialistas en idéntico diagnóstico y tratamiento. Como quiera que en los tres meses siguientes presentó crisis de periodicidad casi semanal, iniciaron tratamiento de instauración escalonada con Alprazolam, hasta alcanzar los 6 mg al día, lográndose el espaciamiento de las nuevas crisis y su posterior remisión hacia los veinte días del tratamiento.

Sin embargo, ya desde su tercera crisis, Lucía había empezado a desarrollar comportamientos de evitación, por ansiedad anticipatoria, mostrando un miedo insuperable a estar o salir sola de casa, soportar las colas en el supermercado o disfrutar de sus, hasta entonces, habituales salidas al campo.

Necesitaba imperiosamente la compañía de alguien de confianza a su lado, y a medida que sus crisis reaparecían, incluso la presencia de más de una sola persona. La agorafobia que empezó a desarrollar no era el problema raíz, si no una consecuencia del mismo, al igual que su ansiedad anticipatoria que provocaba, a su vez, conductas de evitación.

Estabilizada y en ausencia nuevas crisis, se fue reduciendo su medicación, muy paulatinamente, hasta los 4 mg/día, con los que permaneció durante tres años más. Para entonces se sentía más segura y no presentaba conductas de evitación más que ante situaciones muy agobiantes. Nunca faltó a los controles pactados con su médico y con su psiquiatra, hasta que hace tres años se decidió iniciar la retirada completa del Alprazolam, paulatinamente y a lo largo de cuatro meses. Durante la retirada, como ella dice, “las pasé muy mal”, y es cierto, porque para entonces había desarrollado una dependencia severa. Al final, libre de medicación decidió que no volvería a utilizar jamás el Alprazolam. De ello hace casi tres años.

Sin embargo, como ella explica bien en su e-mail, hace unos cuatro meses ha comenzado a presentar pequeñas nuevas crisis, que en puridad no llegaron a ser tales, si no más bien el sentimiento vago de que van a reaparecer. Y con ese sentimiento, nuevamente empiezan a despuntar sus conductas de evitación y sus episodios de ansiedad anticipatoria, cada vez más marcados. De hecho el sábado al que ella se refiere, sucedió la primera, aunque de características leves, pero en la que ya requirió asistencia médica urgente.

Lucía está volviendo a las andadas.

DEFINICIÓN

Presencia de crisis recurrentes de ansiedad grave (angustia o pánico), que no se limitan a ninguna situación ambiental en particular, por lo que su aparición es impredecible.

Las crisis de angustia aparecen bruscamente y se acompañan de síntomas físicos abundantes que producen gran alarma en el paciente, por lo que, a menudo, la primera consulta se dirige a un servicio de urgencias. Posteriormente, los pacientes consultan a su médico convencidos de la existencia de un trastorno físico. La consulta suele ser espontánea, por iniciativa del propio paciente. No es habitual que el paciente considere que sus síntomas se deban a un trastorno psíquico.

EPIDEMIOLOGÍA

Afecta aproximadamente al 1,5% de la población. La prevalencia sería mayor (3-5% de la población) si incluyésemos a los pacientes que presentan crisis de angustia repetidas con una frecuencia inferior a la exigida para el diagnóstico. Genera una fuerte demanda sanitaria, siete veces superior a la del resto de la población.

Pueden predisponer al desarrollo del trastorno, la ansiedad de separación en la infancia, la pérdida brusca de apoyos sociales o ruptura de relaciones interpersonales importantes. Alta incidencia de abusos sexuales en la infancia en estos pacientes.

CLÍNICA Y CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

Los síntomas predominantes varían de un caso a otro. Es frecuente un comienzo brusco con palpitaciones, sensación

de asfixia, molestias precordiales, parestesias, mareo o vértigo. Con menor frecuencia, vivencias de despersonalización o desrealización. El paciente puede temer perder el control, morir o enloquecer. Habitualmente, se presentan varios síntomas en una misma crisis, aunque existen también crisis monosintomáticas.

Las crisis de angustia suelen durar 5-30 minutos, raramente más. Es más frecuente en la mujer, y suele iniciarse entre los 20 y 30 años. Curso variable y frecuente la tendencia a la cronicidad. Algunos desarrollan como complicación dependencia del alcohol o de ansiolíticos. Casi la mitad de los casos cursan con agorafobia (miedo a encontrarse en situaciones en que se considera difícil escapar o recibir asistencia). Muchos pacientes presentan, además, trastornos depresivos asociados. Las crisis de angustia pueden presentarse en cualquier momento y situación, y por ello los pacientes suelen desarrollar un estado de temor a su aparición, la denominada ansiedad anticipatoria.

El trastorno de angustia supone la repetición de crisis de ansiedad grave primaria. Para hablar de trastorno de pánico se debe establecer primero el diagnóstico de crisis de angustia, que se caracteriza por la presentación brusca de un estado intenso de ansiedad, que no son debidos a otras patologías ni originadas por consumo de sustancias tóxicas.

Para el diagnóstico de trastorno de angustia la OMS recomienda las siguientes pautas:

“Deben presentarse ataques graves de ansiedad vegetativa al menos durante el periodo de un mes:

- En circunstancias en las que no hay peligro objetivo.

- No sólo en situaciones conocidas o previsibles.
- En el periodo entre crisis el individuo debe, además, estar relativamente libre de ansiedad, aunque es frecuente la ansiedad anticipatoria leve”.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Realizar una buena anamnesis, exploración física y pruebas complementarias

- Patologías físicas: Hipertiroidismo, hipoglucemias de cualquier origen, epilepsia temporal, feocromocitoma. El prolapso de la válvula mitral está presente en 30-50% de los pacientes con trastorno de angustia, que tiene una prevalencia en la población general del 5%. Su presencia no invalida el diagnóstico de trastorno de angustia.
- Estados de ansiedad inducidos por el consumo agudo o crónico de tóxicos.
- Patologías psíquicas: Coexistencia de trastorno de pánico y depresión mayor. Trastornos fóbicos. Frecuente asociación con la agorafobia, presente en un 30-50% de los pacientes. En muchos casos, la agorafobia aparece como una complicación evolutiva que inicialmente no presentaban.

Recibida mi respuesta a su e-mail, Lucía acude a mi consulta a las 48 horas. El cuadro clínico es lo suficientemente claro como para que salga de ella ya con tratamiento. Se solicita analítica completa, EKG y RX de tórax, tras una anamnesis y exploración física rigurosas. Ninguna de las pruebas solicitadas aporta el menor indicio de que exista patología orgánica alguna.

Hay crisis de ansiedad que pueden ser consecuencia de un trastorno de adaptación o de reacciones de ansiedad ante situaciones externas. Al realizar el diagnóstico de trastorno de angustia conviene especificar si existe o no agorafobia.

QUÉ HACER Y QUÉ NO HACER

- La detección de los pacientes con trastorno por angustia en AP resulta clave, ya que lo habitual es que soliciten ayuda primero a los servicios de urgencia. Para detectar su existencia hay que pensar en él.
- Descartar la existencia de patología física o secundaria al consumo de tóxicos. Para ello indicará las pruebas complementarias que precise en función del trastorno que sospeche. Sin embargo, una vez realizadas las que se consideren oportunas, no hacer exploraciones innecesarias que sólo sirven para aumentar la ansiedad, la hipocondría o demorar su tratamiento.
- Los resultados “negativos” de las exploraciones deben reconducirse positivamente. Ante un ECG normal el médico puede comentar al paciente: “Afortunadamente, las pruebas indican que su corazón funciona bien”.
- Por el contrario, no es aconsejable decir: “Usted no tiene nada”. Con ello despreciamos el problema y el paciente puede sentirse rechazado.
- Explicar al paciente la naturaleza de su trastorno, teniendo cuidado de no incurrir en descalificaciones.
- Alivia el saber que su problema es conocido y tiene tratamiento eficaz.

- Evitar la suspensión prematura del tratamiento, que favorece que el trastorno se haga crónico. El tratamiento farmacológico debe mantenerse como mínimo seis meses desde la remisión total de las crisis de angustia.
- La reducción del tratamiento debe ser gradual y vigilar la posibilidad de recurrencia.

RECOMENDACIONES FARMACOLÓGICAS

Tratamiento sintomático de las crisis de angustia

La crisis de angustia suele ceder espontáneamente en 5-10 minutos. A menudo se atribuye la mejoría a cualquier fármaco que se haya administrado, cuando es posible que la remisión haya sido espontánea. Administrar benzodiazepinas tan pronto aparezcan los primeros síntomas de una crisis (1-2 mg sublinguales de alprazolam o loracepam).

Tratamiento del trastorno de pánico

Para la supresión de las crisis de pánico se realiza tratamiento continuado.

Son eficaces algunas benzodiazepinas (alprazolam y clonacepam) y los antidepresivos.

Las benzodiazepinas, excepto clonacepam y alprazolam, no tienen efecto antipánico; es decir, que con su administración continuada no se reduce la frecuencia de aparición de nuevas crisis. El empleo de alprazolam o clonacepam, presenta como principal ventaja frente a los antidepresivos una mayor rapidez en la supresión de los síntomas, lo que hace que sean especialmente útiles en el inicio del tratamiento. Sin embargo, su riesgo de generar dependencia es alto si

se emplean durante el tiempo mínimo (seis meses) que se considera necesario en este trastorno. Además, a menudo se precisan dosis altas, con las que suelen aparecer sedación excesiva, miorelajación e interferencias significativas con las actividades cotidianas. El tratamiento se inicia con dosis bajas, incrementándose progresivamente. Las dosis de mantenimiento habituales, para controlar las crisis suelen ser de 3-4 mg/día de alprazolam o de 2-3 mg/día de clonacepam. La supresión del tratamiento debe realizarse siempre gradualmente.

Los antidepresivos son el tratamiento más indicado a largo plazo en el trastorno por angustia, especialmente los ISRS y IRSN. Presentan ventajas sobre las benzodiacepinas, ya que no crean dependencias, ni interfieren en las actividades cotidianas, pero tienen un periodo de latencia de 3-4 semanas. Por ello, durante las primeras semanas de tratamiento conviene asociar alprazolam o clonacepam con los antidepresivos, lo que consigue un alivio rápido de los síntomas, aprovechando la rapidez de acción de las benzodiacepinas que, si se retiran a las pocas semanas, no es probable que ocasionen dependencia. A largo plazo, se debe mantener la administración de antidepresivos, que reducirán la frecuencia de aparición de nuevas crisis de angustia y llegarán a eliminarlas por completo en la mayoría de los pacientes.

En el caso de Lucía, se realiza psicoterapia básica de apoyo, que se repetirá a lo largo de todos los controles y se prescribe:

- Clonazepam 0,5 mg cada 12 horas, escalonadamente hasta alcanzar en 10 días 1 mg cada 12 h. Probablemente con ello, queden en breve yuguladas sus crisis. Se evita la

alternativa, igualmente válida, de Alprazolam para no provocar su rechazo por su experiencia negativa previa en la retirada anterior. Estabilizado el cuadro, y en ausencia de crisis, se iniciará una reducción paulatina hasta su completa retirada, lo que se intentará a partir de las 6 u 8 semanas según evolución.

- Venlafaxina 37,5 mg cada 24 horas diez días. Después 50 mgr cada 24 horas 10 días, para subir si necesario a 75 mg en forma retard a partir de entonces. La hipersensibilidad a los antidepresivos de los pacientes con pánico hace recomendable el inicio del tratamiento con dosis subterapéuticas. Por ejemplo, otra opción igualmente válida, 5 o 10 mg de paroxetina cada 24 h., que según evolución se irán incrementando hasta alcanzar la dosis óptima. Es de esperar el inicio de la aparición del efecto del antidepresivo hacia las 3 ó 4 semanas, momento en el que, de ser necesario, se reajustará la dosis.
- Se pretende con la benzodiazepina parar, tanto la aparición de posibles nuevas crisis, como disminuir la ansiedad anticipatoria. Mientras eso va sucediendo, se da el tiempo necesario al antidepresivo para que comience con su efecto terapéutico. Lograda la ausencia de nuevas crisis, y sólo a partir de entonces, se intentará iniciar la retirada de la benzodiazepina de forma precoz pero paulatina, para reducir el riesgo de aparición de dependencias y evitar sus previsible efectos secundarios, de sedación, etc., cuya tolerancia es peor que la del antidepresivo.
- Se le explican los efectos secundarios previsible, para que en el caso de aparecer, sean aceptados, como sudoración, somnolencia, alteraciones digestivas tipo estreñi-

miento o diarrea, náuseas, cefalea y otros, y se advierte del periodo de latencia hasta resultados, que habrá que saber esperar. Se establece una nueva cita dentro de 15 días, y se facilita un teléfono de contacto para aclarar cuantas dudas puedan surgirle.

- Sale de la consulta con la advertencia explícita de que deberá evitar conducir su vehículo hasta que, pasado un tiempo de acostumbramiento, sus efectos en la conducción sean previsibles y lo permitan.

En el caso de ansiedad anticipatoria importante, la asociación de las benzodiacepinas es útil, debiendo emplear las de vida media larga, cuyo riesgo de dependencia es bajo.

Otra ventaja del empleo de antidepresivos en pacientes con trastorno de angustia es que actúan sobre la depresión cuando el paciente presenta ambos trastornos, lo que ocurre en un alto porcentaje de casos.

El tratamiento con antidepresivos debe mantenerse de 6 meses a 1 año y, si aparecen recaídas al suspenderlo, hay que reinstaurar el tratamiento que se mostró eficaz.

CRITERIOS DE DERIVACIÓN

Diagnosticar que una persona padece un trastorno por angustia no equivale a derivación sistemática al especialista. Los tratamientos farmacológicos habituales son asumibles por el médico general en muchos casos. Si el tratamiento no se muestra eficaz en 6 a 8 semanas, o si sólo se aprecian mejorías parciales, debe plantearse la derivación.

La derivación también es recomendable si hay comorbilidad importante.

Cuando existe agorafobia, el tratamiento de elección es la combinación de fármacos con terapia cognitiva y/o conductual, en cuyo caso es preferible el manejo del cuadro por parte del psiquiatra.

Lucía ha respondido aceptablemente bien al tratamiento. No reaparecieron las crisis y su ansiedad anticipatoria ha disminuido paulatinamente, a medida que ha ido comprobando la eficacia del tratamiento prescrito. Va ganando confianza en sí misma y desde hace dos meses, su única medicación es el antidepresivo prescrito, 75 mg venlafaxina retard, que no ha sido necesario aumentar. Tiene instrucciones de emplear clonazepam en caso de crisis, por lo que el tener el comprimido a mano la tranquiliza.

Curiosamente, el otro día me comentaba que de las recomendaciones que le hice para mejorar su autocontrol, lo que peor ha llevado imponerse a sí misma ha sido el no poder ir hablando con el móvil por la calle para controlar su ansiedad. Pero también me comentaba, con socarronería, lo que ha ganado con ello, porque ahora mira los escaparates, cosa que antes jamás hacía.

Aunque todo evolucione sin contratiempos, situación que se objetivará en los controles pactados, el tratamiento será a largo plazo.

TRASTORNOS FÓBICOS

Son los trastornos de ansiedad más frecuentes y por los que menos se consulta. Es raro que el médico general reciba peticiones de ayuda ante una fobia específica. No obstante, él puede detectar la existencia de trastornos fóbicos, como la fobia social o la agorafobia, en pacientes que consultan

por otros motivos. Esta detección es importante no sólo por el malestar que produce en el individuo, sino porque estos cuadros, especialmente la fobia social, predisponen a la aparición de otras patologías, como la depresión mayor o el abuso de tóxicos.

Los trastornos fóbicos son un grupo de alteraciones en las que la ansiedad aparece exclusiva o predominantemente ligada a ciertas situaciones bien definidas, que no son en sí mismas peligrosas. La ansiedad fóbica no se distingue ni subjetiva ni fisiológicamente de otros tipos de ansiedad y puede variar en su intensidad desde una ligera intranquilidad hasta una vivencia de ansiedad extrema.

Las características básicas que permiten definir un temor concreto como fobia son:

- Es desproporcionado a la situación que lo crea.
- No puede ser explicado o razonado.
- Se encuentra fuera del control voluntario.
- Conduce a la evitación de la situación temida.

La ansiedad fóbica no se alivia por saber que otras personas no consideran peligrosa la situación que ellos temen y, a menudo, el mero hecho de imaginar la situación temida produce ansiedad.

Existen tres tipos de trastornos fóbicos: agorafobia, fobia social y fobias específicas.

AGORAFOBIA

DEFINICIÓN

El término agorafobia se utiliza actualmente en un sentido más amplio que el meramente etimológico, es decir, fobia a

espacios abiertos. El rasgo fundamental de la agorafobia es un temor irracional a encontrarse solo y sin posibilidad de ser ayudado o poder escapar, tanto en lugares abiertos como en otras situaciones relacionadas (ambientes multitudinarios o transportes públicos). La mayoría de los pacientes con agorafobia presentan crisis de angustia asociadas.

En el caso anteriormente comentado de Lucía, su agorafobia es posterior a la reiteración de las crisis de angustia. Esta situación es muy frecuente.

También sucede que cuando, ante un cuadro de agorafobia realizamos una anamnesis detallada, muchas veces se descubren crisis de angustia por las que en su día no se consultó.

Suele suceder que los pacientes con agorafobia solamente sean detectados cuando al aparecer crisis de angustia requieren atención médica urgente por los síntomas físicos de la crisis, que son los que verdaderamente les alarman.

EPIDEMIOLOGÍA

La prevalencia a lo largo de la vida es del 1 al 3% de la población general. El 75% de los pacientes son mujeres, y el cuadro suele iniciarse entre los 15 y 30 años. Son factores predisponentes la existencia de ansiedad de separación durante la infancia y la pérdida de algún ser querido.

CLÍNICA Y CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

La agorafobia abarca un conjunto interrelacionado de fobias que incluye temores a salir del hogar, permanecer en él sin compañía, viajar solo en transportes públicos, entrar en tiendas concurridas, etc. Encontrarse solo en estas situaciones

o sentir que resultará difícil escapar de ellas genera una ansiedad importante en el paciente.

La intensidad de la ansiedad es variable, pero habitualmente la agorafobia es un trastorno que afecta significativamente la vida cotidiana. La tendencia a presentar conductas de evitación es la norma y, a menudo, el paciente con agorafobia desarrolla progresivamente síntomas de ansiedad o angustia frente a nuevas situaciones.

Cuando la agorafobia se acompaña de crisis de angustia, el motivo de consulta suelen ser los síntomas físicos asociados a estas crisis (palpitaciones, vértigo...). Cuando no existen crisis de angustia, sino sólo agorafobia, el individuo suele buscar directamente la ayuda del especialista.

En ausencia de tratamiento eficaz, la agorafobia suele cronicarse. Es frecuente la coexistencia de otras patologías, y muchos pacientes desarrollan progresivamente dependencias de ansiolíticos o alcohol.

Para el diagnóstico de agorafobia es recomendable seguir las pautas de la OMS (CIE-10), que son:

- Los síntomas, psicológicos o vegetativos, son manifestaciones primarias de ansiedad y no secundarias a otros síntomas, como por ejemplo ideas delirantes u obsesivas.
- Esta ansiedad se limita o predomina en, al menos, dos de las siguientes situaciones: multitudes, lugares públicos, viajar lejos de casa o viajar solo.
- La evitación de la situación fóbica es, o ha sido, una característica destacada.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

En el diagnóstico diferencial de la agorafobia, con o sin crisis de angustia, debemos considerar todas las patologías médicas que pueden originar ansiedad o crisis de angustia. Igualmente, hay que diferenciar la agorafobia de las conductas de aislamiento cuya causa sea algún tipo de ideación delirante. La agorafobia se asocia con frecuencia con trastornos depresivos; es posible que ambos diagnósticos coincidan en la misma persona. Si las conductas agorafóbicas aparecen exclusivamente durante el curso de un episodio depresivo mayor, el diagnóstico adecuado es el de este último trastorno.

RECOMENDACIONES TERAPÉUTICAS

La mayoría de los pacientes con agorafobia presenta una historia de crisis de angustia.

El empleo en exclusiva de fármacos, aunque no sea la opción más recomendable, consigue mejorar la sintomatología y, en ocasiones, suprimirla totalmente.

Las recomendaciones farmacológicas son similares a las del tratamiento del trastorno de pánico. La mejor elección es el empleo de antidepresivos ISRS o ISRN, que se muestran eficaces sobre las crisis de angustia. En caso de intolerancia una alternativa es el clonazepam.

El empleo de benzodiacepinas, en combinación con antidepresivos, puede ser útil durante las primeras semanas de tratamiento, con el fin de aliviar rápidamente la sintomatología.

Conviene iniciar el tratamiento con dosis bajas de antidepresivos y aumentar la dosis lentamente hasta alcanzar una res-

puesta óptima. El tratamiento debe prolongarse 6 a 12 meses, como norma general, aunque en algunos casos la duración del mismo puede ser aún mayor. La retirada del tratamiento debe realizarse de forma gradual.

CRITERIOS DE DERIVACIÓN

La agorafobia es de derivación al especialista, pues el mejor tratamiento supone la combinación de farmacoterapia y terapia cognitivo-conductual. No obstante, el médico general puede encargarse del tratamiento de los pacientes en los que la derivación al especialista no sea posible por algún motivo o se demore más de lo aconsejable.

FOBIA SOCIAL

DEFINICIÓN

Trastorno frecuente, cuya principal característica es la evitación de situaciones sociales por el temor a ser enjuiciado en ellas o a hacer el ridículo. A pesar de su frecuencia, la fobia social puede pasar desapercibida con facilidad. No suele ser un motivo directo de consulta al médico general pero, su habilidad para detectar el trastorno en el paciente que acude por otros motivos, tendrá importantes consecuencias sobre su evolución.

EPIDEMIOLOGÍA

Se estima que en los países occidentales una de cada diez personas padece fobia social.

Existe una gran diferencia entre la prevalencia real y el número de pacientes que solicitan ayuda. Se calcula que sólo un 25% de los pacientes con fobia social recibe algún tipo de tratamiento para este trastorno.

Mayoritariamente, el inicio del trastorno se produce antes de los 20 años. Suele predominar el sexo femenino, pero con tendencia a la igualdad en los casos graves o con morbilidad asociada. Es más frecuente entre quienes no tienen pareja estable, lo que probablemente no sea un factor causal sino una consecuencia del trastorno.

El 80% de los pacientes con fobia social detectados en consultas de Medicina General había acudido a su médico por problemas derivados del consumo de alcohol o por depresión. Por tanto, la habilidad del médico se centrará en reconocer la existencia de fobia social en pacientes que acuden por esos motivos.

CLÍNICA Y CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

Lo más característico es la evitación de determinadas situaciones sociales por el temor a ser juzgado en ellas o a hacer el ridículo.

Existen dos tipos de fobia social:

- Limitada o circunscrita: La persona tiene temores ante algunas actividades, pero no frente a cualquier actividad social.
- Generalizada: Los temores incluyen casi todos los contactos sociales.

Habitualmente el trastorno impregna el psiquismo global de la persona que lo padece y condiciona su desarrollo individual. En muchos pacientes existen fuertes sentimientos de hostilidad subyacentes. En ocasiones, cuando el paciente mejora de sus síntomas fóbicos, pueden emerger impulsos agresivos, lo que constituye una de las principales complicaciones que el terapeuta debe manejar en su tratamiento.

En la fobia social, la evitación de los contactos sociales se produce por la ansiedad que generan, pero la persona desea esos contactos, lo que sirve para realizar el diagnóstico diferencial con el aislamiento de las personalidades esquizoides y con las conductas de evitación que pueden aparecer en pacientes deprimidos. El paciente fóbico sí desea el contacto, pero lo evita para no afrontar la ansiedad que le genera.

La persona con fobia social evita situaciones como, por ejemplo, ser presentado, ser observado haciendo algo, hablar en público, escribir en presencia de otros, comer con conocidos, reuniones en grupos reducidos o encuentros con personas del sexo opuesto.

El diagnóstico de fobia social se realiza ante un paciente que presenta las características descritas, con interferencia significativa en su actividad habitual. En definitiva, existe:

- Temor al escrutinio por otras personas en situaciones sociales.
- Temor marcado y persistente a las situaciones de actuación pública en las que puede producirse vergüenza o humillación.
- Evitación de las situaciones temidas.
- Afectación significativa de las actividades habituales de la persona.

La mayoría de los pacientes con fobia social presentan otro trastorno asociado, entre los que destacan especialmente dos: los trastornos depresivos y el abuso de alcohol. Generalmente, la fobia social precede a estos trastornos y puede ser considerada como un factor que predispone al desarrollo de ambas patologías.

En los pacientes que presentan fobia social y depresión, la primera suele anteceder al desarrollo de la segunda.

La relación entre fobia social y consumo excesivo de alcohol es importante, ya que algunos pacientes fóbicos intentan superar sus temores bebiendo alcohol antes de exponerse a las situaciones sociales que temen. Esta conducta suele repetirse y favorece la aparición de trastornos por el consumo de alcohol. Otras personas, pueden consumir otros tóxicos, como la cocaína, por idénticos motivos.

RECOMENDACIONES TERAPÉUTICAS

Una de las contribuciones más importantes del médico general al tratamiento de la fobia social es la detección de estos pacientes cuando acuden a consulta por otros motivos. Es importante prestar atención a grupos de riesgo, como los pacientes que presentan algún tipo de problemas con el alcohol y los que padecen depresión mayor.

Los mejores resultados en este trastorno se obtienen con la combinación de tratamiento farmacológico y terapia cognitivo-conductual, por lo que habitualmente estos pacientes deben ser derivados al psiquiatra.

En los pacientes en los que la derivación al psiquiatra no sea posible o se demore demasiado, el médico general puede iniciar el tratamiento farmacológico. Entre los psicofármacos, los mejores resultados se obtienen con ISRS/IRSN, y clonazepam, combinados o administrándose de forma independiente. Recientemente se ha aprobado la indicación con este fin de la venlafaxina retard (IRSN). Los IMAO no son recomendables, a pesar de que se muestran eficaces, y deben reservarse para pacientes refractarios.

El tratamiento debe realizarse de forma continuada. El uso “a demanda” de ansiolíticos ante situaciones sociales que generen ansiedad puede agravar el problema, ya que el paciente acaba por creer que no podrá afrontar tales situaciones sin ayuda farmacológica, y el desarrollo de dependencias no es raro cuando se emplean de esta forma.

La duración del tratamiento dependerá de la evolución del trastorno, aunque se recomienda un mínimo de seis meses. Algunos pacientes consiguen superar totalmente su fobia social sólo con el empleo de estos agentes farmacológicos. En cambio, otros muestran mejorías parciales o recaen al retirar el tratamiento.

CRITERIOS DE DERIVACIÓN

En términos generales, los pacientes con fobia social deben ser derivados al psiquiatra, porque los mejores resultados en este trastorno se obtienen con la combinación de tratamiento farmacológico y terapia cognitivo-conductual.

En los pacientes tratados por el médico general, si la respuesta al tratamiento farmacológico no es la idónea, deberá indicar la necesidad del tratamiento con terapia cognitivo-conductual y derivar para ello al psiquiatra.

FOBIAS ESPECÍFICAS

DEFINICIÓN

Las fobias específicas suponen una reacción de ansiedad exagerada frente a un estímulo concreto. El nivel de ansiedad suele variar en función del grado de proximidad del estímulo.

mulo temido y de la posibilidad de huida de la situación o de alejamiento del objeto temido. En los adultos los temores fóbicos son reconocidos por quien los padece como irracionales y conducen a la evitación de las situaciones u objetos que generan la ansiedad. Estas conductas de evitación son uno de los elementos más característicos.

EPIDEMIOLOGÍA

Las fobias específicas, también llamadas fobias “simples”, son muy frecuentes en la población general, con una prevalencia anual aproximada del 9%. Sin embargo, no es habitual que quienes las padecen consulten a su médico por ello, y su importancia dependerá de las consecuencias que genere sobre el funcionamiento del individuo.

En general, son más frecuentes en el sexo femenino, aunque existen algunas excepciones y las diferencias varían según el tipo de fobia. Por ejemplo, el 75-90% de las fobias a animales se presenta en el sexo femenino; la fobia ante la visión de heridas o sangre tiene sólo un ligero predominio femenino. La mayoría de las fobias específicas se inicia en la infancia o adolescencia. Muchas fobias específicas presentes en la infancia desaparecen en la edad adulta sin intervención terapéutica.

CLÍNICA Y CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

No es habitual que el paciente consulte al médico general por la existencia de alguna fobia específica, y si lo hace, a menudo, se acompaña de una petición de derivación al especialista. La repercusión en el funcionamiento cotidiano que origine la

fobia es uno de los elementos clave para la solicitud de ayuda. En ocasiones, las fobias pueden ser detectadas por el médico cuando trata otras situaciones.

La ansiedad de las fobias específicas produce síntomas físicos semejantes a los de la ansiedad generalizada o las crisis de angustia. En general, existe taquicardia, excepto en las fobias a la visión de sangre o heridas o asistencia odontológica, en las que suelen presentarse bradicardia y síntomas vagales.

Para el diagnóstico de fobia específica, la Organización Mundial de la Salud establece en la CIE-10 las siguientes pautas:

- Los síntomas psicológicos o vegetativos son manifestaciones primarias de ansiedad y no secundarias a otros trastornos, como, por ejemplo, ideas delirantes u obsesivas.
- Esta ansiedad se limita a la presencia de objetos o situaciones fóbicas específicas.
- Estas situaciones son evitadas, en la medida de lo posible.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

El diagnóstico de fobia específica suele ser claro, pues la ansiedad se asocia específicamente a determinada situación.

El diagnóstico diferencial debe realizarse especialmente con:

- Otros trastornos fóbicos.
- Trastorno de ansiedad de separación.
- Hipocondría. El temor a padecer cáncer u otras enfermedades (nosofobia) debe diagnosticarse como hipocondría y no como trastorno fóbico.

- Ideas delirantes.
- Ideas obsesivas.

RECOMENDACIONES TERAPÉUTICAS

La mayoría de pacientes con fobias específicas solicita la derivación al especialista cuando consultan por su trastorno; no obstante, en determinadas circunstancias el médico general podrá encargarse del mismo, especialmente si tiene entrenamiento en las técnicas cognitivas y conductuales comúnmente empleadas en este tipo de trastornos. Algunos pacientes pueden solicitar únicamente ayuda farmacológica para afrontar esporádicamente alguna situación específica, aunque la superación definitiva del temor fóbico difícilmente se conseguirá de este modo.

Las técnicas cognitivas y conductistas son las más empleadas en el tratamiento de las fobias específicas. Aunque existen muchas modalidades, las más habituales son la desensibilización sistemática y la exposición in vivo, siendo habitual combinar ambas con terapias cognitivas.

El tratamiento con estas técnicas puede ser realizado por cualquier profesional con experiencia en ellas. El médico general debe decidir con honestidad si está preparado para realizar tales tratamientos o si decide derivar el paciente a un especialista que esté mejor entrenado. Algunos pacientes no tienen una buena predisposición a estos tratamientos y prefieren recibir algún ansiolítico para afrontar las situaciones temidas. Esta opción es igualmente aceptable cuando las fobias sólo supongan un conflicto para el individuo en contadas ocasiones.

CRITERIOS DE DERIVACIÓN

Debido a la terapéutica a emplear, las fobias simples son habitualmente derivadas al psiquiatra, por lo específico de su tratamiento psicoterapéutico, máxime en el caso de persona que presentan fobias específicas a múltiples situaciones o comorbilidad de otros trastornos psíquicos, que complica el tratamiento.

TRASTORNOS OBSESIVO-COMPULSIVOS

Actualmente hay una tendencia a considerarlos un grupo nosológico independiente, con la introducción del concepto de espectro obsesivo, que engloba a un grupo de trastornos relacionados cuyo nexo común es la dimensión de compulsividad e impulsividad. Las razones que los apartan de los trastornos de ansiedad y apoyan la idea de grupo independiente son:

- La importancia de la base genética.
- Las características clínicas: El curso crónico, de inicio infanto-juvenil y, en ocasiones, un nivel de deterioro y de incapacitación importantes.
- Los datos neuroanatómicos y neuroquímicos.
- La terapéutica específica con determinados antidepresivos y particulares enfoques psicoterapéuticos.

El concepto de espectro obsesivo considera la similitud de un grupo de trastornos con el TOC. Anorexia nerviosa, hipochondría, fobia social, trastornos del control de impulsos, trastornos de personalidad y algunos trastornos neurológicos, como la enfermedad de Gilles de la Tourette, han sido considerados como pertenecientes a este espectro. La carac-

terística clínica común, de amplia base, es la repetitividad de las conductas patológicas, además del curso crónico, la historia familiar, la comorbilidad de muchos de ellos, el inicio temprano y la respuesta positiva a similares terapéuticas.

DEFINICIÓN

La característica esencial de este trastorno es la presencia de pensamientos obsesivos o actos compulsivos recurrentes.

Los pensamientos obsesivos son ideas que aparecen de forma repetida, independientemente de la voluntad del sujeto. La persona reconoce estos pensamientos como propios pero, a la vez, como absurdos. Suelen tener un carácter ansiógeno y el paciente intenta resistirse a ellos, pero no suele conseguirlo. No tienen una finalidad práctica. Los contenidos más habituales de tales pensamientos se refieren a temas de limpieza, repetición de números, ideas filosóficas o religiosas o temas relacionados con la protección frente a peligros internos o externos, generalmente en forma de dudas.

Los actos compulsivos son conductas repetidas de forma estereotipada que no conducen a ninguna actividad útil en sí misma. El sujeto intenta resistirse a ellos y los reconoce como absurdos. A menudo toman la forma de rituales.

EPIDEMIOLOGÍA

Se estima que el TOC afecta, aproximadamente, al 1,5-2% de la población general y es el cuarto trastorno mental más frecuente, por detrás de los trastornos fóbicos, por uso de sustancias y depresión mayor. La prevalencia dobla la encontrada para el pánico y la esquizofrenia.

La existencia de rasgos obsesivos en la personalidad es mucho mayor, en torno al 15% de la población general en Estados Unidos. Si incluyéramos los cuadros de espectro obsesivo, las cifras alcanzarían el 10%.

Es más frecuente en las clases sociales media-alta y alta. Hay un ligero predominio de mujeres. Es más frecuente en los hijos únicos y en los primogénitos.

En cerca de la mitad de los pacientes, según diversos estudios, se puede encontrar algún acontecimiento vital importante en el año anterior al inicio de la sintomatología; el más frecuente es el nacimiento de un hijo u otros factores, como los que suponen un aumento de la responsabilidad o los derivados de situaciones de pérdida.

La sintomatología suele aparecer en la infancia, adolescencia o comienzos de la vida adulta. La edad media de inicio se sitúa en torno a los 20 años, y en los varones antes que en las mujeres. La edad modal de inicio es para los varones de 6 a 15 años y para las mujeres de 20 a 29 años. Cuanto más precoz es el inicio de los síntomas, peor es el pronóstico. Lo más frecuente es la tendencia a la cronicidad, con variaciones episódicas en la intensidad de los síntomas.

No se conoce con precisión la etiopatogenia del TOC. Posiblemente existen factores biológicos, psicológicos y sociales y una probable predisposición genética.

Aunque no se conoce con exactitud cuál es la anomalía presente en el TOC, se sabe que existe un mal funcionamiento de la serotonina en estos pacientes: todos los tratamientos que demuestran eficacia inequívoca (clomipramina, ISRS/IRSN,

litio, triptófano o buspirona) facilitan de algún modo la transmisión serotoninérgica.

Es frecuente que, en la personalidad previa, destaquen rasgos como la tendencia al perfeccionismo y el orden, la comprobación repetida de las tareas llevadas a cabo, inseguridad y dudas frecuentes en la realización de cualquier tarea. Esta personalidad, que se conoce como personalidad anancástica u obsesiva, está presente en el 50-75% de los pacientes con TOC, aunque puede presentarse en otros tipos de personalidad.

La personalidad obsesiva es también frecuente en personas que desarrollan un trastorno depresivo. Es frecuente que en las personalidades obsesivas exista ansiedad e insomnio.

Los factores culturales ejercen influencia en el desarrollo del TOC, como la educación en medios rígidos, en los que se da gran importancia al orden, la limpieza, la moral o la culpa. Los pacientes dan valores altos en las escalas de inteligencia y obtienen mayor puntuación en las escalas verbales que en las manipulativas.

Un 20-30% de pacientes con TOC manifiesta la presencia actual o pasada de tics.

CLÍNICA Y CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

Los pacientes suelen acudir por iniciativa propia a consulta. Sin embargo, es frecuente que el paciente obsesivo-compulsivo tarde en decidirse a consultar y acuda al médico cuando la intensidad de los síntomas sea grave y el trastorno dure ya años. El 60% de los pacientes obsesivos no consulta con un especialista.

Otras veces, acuden por iniciativa familiar, sobre todo cuando se inicia en la infancia o adolescencia, pues los padres consultan ante los rituales que observan en el menor.

La Organización Mundial de la Salud recomienda las siguientes pautas para el diagnóstico del TOC:

Para un diagnóstico definitivo, los síntomas obsesivos, los actos compulsivos, o ambos, deben estar presentes y ser una fuente importante de angustia o incapacidad durante la mayoría de los días en un periodo no inferior a dos semanas.

Los síntomas obsesivos deben tener las siguientes características:

- Deben ser reconocidos como pensamientos o impulsos propios.
- Debe existir resistencia ineficaz por lo menos a uno de los pensamientos o actos, aunque estén presentes otros a los que el sujeto ya no se resista.
- La idea o la realización del acto no deben ser en sí mismas placenteras (el simple alivio de la tensión o la ansiedad no debe considerarse placentero en este sentido).
- Los pensamientos, imágenes o impulsos deben ser reiteradamente displacenteros.

En casi todos los pacientes obsesivos aparecen tanto pensamientos obsesivos (también llamados rumiaciones) como actos compulsivos (también llamados compulsiones). La OMS sugiere, sin embargo, una subdivisión según cuál sea el fenómeno que predomine, pues los tratamientos son algo diferentes. De esta forma, el TOC se subdivide en:

- Con predominio de pensamientos obsesivos.
- Con predominio de actos compulsivos.
- Mixto (pensamientos y actos coexisten en proporción muy similar).

Otros autores han intentado plantear subtipos de TOC en función de diversas variables cognitivas y conductuales. Los de mayor aceptación y de cierta utilidad clínica son:

- Obsesivos de limpieza.
- Obsesivos dubitativos con conductas de comprobación.
- Rumiadores sin rituales.
- Obsesivos con enlentecimiento primario.

No se debe hacer el diagnóstico de TOC cuando los síntomas obsesivos aparecen en el curso de la esquizofrenia o de trastornos mentales orgánicos.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Se debe establecer fundamentalmente con:

- *Trastornos fóbicos*: Muchos pacientes tienen síntomas fóbicos y obsesivos entremezclados. El diagnóstico puede ser difícil si las ideas obsesivas se relacionan con la protección frente a peligros externos. En los pensamientos obsesivos la ansiedad no disminuye con la evitación del objeto temido.
- *Ideas delirantes*: Las ideas obsesivas son reconocidas como absurdas por la persona que las padece; por el contrario, una característica básica de las ideas delirantes es que el paciente está plenamente convencido de ellas, lo que se conoce como convicción delirante. No obstante,

existen cuadros borrosos o limítrofes entre lo obsesivo y lo psicótico.

- *Síntomas depresivos, ansiedad e insomnio:* Es frecuente que aparezcan en un TOC. Es más habitual que los síntomas depresivos se asocien con ideas obsesivas que con actos compulsivos.
- *Personalidad obsesiva:* Se caracteriza por un patrón de comportamiento en el que destaca la intolerancia a la incertidumbre, la constricción, la rigidez y la obstinación; la necesidad de perfeccionismo y control emocional absoluto; la alternancia entre la duda continua y el dogmatismo.

RECOMENDACIONES TERAPÉUTICAS

El tratamiento del TOC se apoya en psicofármacos y técnicas cognitivo-conductuales.

El empleo de fármacos es relativamente sencillo y puede ser llevado a cabo por el médico general, especialmente en pacientes que muestren grandes resistencias a acudir a un psiquiatra. Las terapias cognitivo-conductuales requieren que la mayoría de los pacientes obsesivo-compulsivos deban ser remitidos al especialista en psiquiatría.

Cuando predominan los actos compulsivos las técnicas de modificación de conducta son más eficaces, pero el empleo paralelo de psicofármacos está indicado.

Cuando predominan los pensamientos obsesivos la eficacia de las técnicas cognitivo-conductuales es menor, pero el tratamiento psicofarmacológico proporciona mejores resultados que cuando predominan los actos compulsivos.

Los ISRS y la clomipramina pueden considerarse los fármacos de primera elección para el TOC. Las dosis que se emplean son habitualmente superiores a las utilizadas para la depresión. Empezar con dosis bajas y aumentarlas progresivamente mejora significativamente la tolerancia. El efecto antiobsesivo no suele ser significativo hasta que transcurren al menos 6-8-12 semanas. El tratamiento debe mantenerse durante años.

Es útil el empleo de benzodiazepinas para aliviar el insomnio y la ansiedad asociados.

QUÉ HACER

La labor más importante del médico general en este trastorno, es la detección del caso, ya que muchos pacientes con TOC no consultan con el psiquiatra. En los casos en que exista gran resistencia a la derivación, el médico general puede instaurar el tratamiento.

QUÉ NO HACER

- Infravalorar el sufrimiento del enfermo y considerarlo como “simples manías”.
- Alimentar sus mecanismos obsesivos por discusiones sobre sus ideas obsesivas.
- Retirar prematuramente el tratamiento farmacológico.
- Emplear técnicas cognitivo-conductuales si no se dominan correctamente.

CRITERIOS DE DERIVACIÓN

Como norma general, debemos intentar derivar al paciente con TOC al psiquiatra. Algunas personas pueden mostrar

grandes resistencias a ello; en tal caso es preferible que el médico general comience el tratamiento psicofarmacológico a que el paciente no reciba ninguna ayuda. Es posible que la propia mejoría parcial en la sintomatología obsesiva que se obtiene con el empleo de fármacos anime al paciente a reconsiderar su actitud y acudir al especialista.

Las técnicas cognitivo-conductuales también pueden ser realizadas por psicólogos entrenados, pero bajo supervisión médica, pues el empleo de psicofármacos es siempre necesario.

BIBLIOGRAFÍA DE LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD

American Psychiatric Association. Guías clínicas para el tratamiento de los trastornos psiquiátricos. Compendio 2006. Tratamiento del trastorno por angustia: Gorman J, Shear K. Ed Grupo Ars XXI. Barcelona 2006.

Ayuso JL, Del Río JM: Comorbilidad de los trastornos depresivos con los trastornos de ansiedad. En: PTD-España (Ed): Comorbilidad de la depresión en los trastornos psiquiátricos, pag 53-62. Espaxs. Barcelona, 1999.

Consenso español sobre el trastorno de ansiedad generalizada. Coordinador J. Giner Ubago. Ed Grupo Ars XXI. Barcelona 2005.

Chinchilla A. Los trastornos de ansiedad en Atención Primaria. Salud Global-Salud Mental 2002; 11:2-8.

Herrera Mingorance JJ: Ansiedad en el anciano. VERTEX (en prensa, 1998).

Kelsey JE: Venlafaxine in Social Phobia. Psychopharmacology Bulletin 31(4):767-71, 1995.

Kesler RC: Comorbidity of depression and anxiety disorders. En: Montgomery SA, Den Boer JA (Eds): SS-RIs in depression and anxiety, pag 81-99. John Wiley et Sons. Chichester, 1999.

- Stahl SM, Psicofarmacología esencial. 2º ed. Ed Ariel. Barcelona, 2002.
- Vallejo J, Bataller R: Relación entre los estados de ansiedad y los estados depresivos. En: Vallejo J, Gastó C (Eds): Trastornos afectivos: ansiedad y depresión, 2ª edición, pag 724-61. Masson. Barcelona, 2000.
- Winokur A: Trastornos de ansiedad. En: Frazer A, Molinoff P, Winokur A (Eds): Bases biológicas de la función normal y patológica del cerebro, vol II, cap 19, pag 381-98. Espaxs. Barcelona, 1995.
- Wittchen HU, Essau CA: Comorbidity and mixed anxiety-depressive disorders: is there epidemiological evidence? J Clin Psychiatry, 1993; 54 (Suppl 1):9-15.

BIBLIOGRAFÍA DEL TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA

- Aizpiri Díaz J, Barbado Alonso JA, Cañones Garzón P, Fernández Camacho A, Gonçalves Estella F, Rodríguez Sendín JJ, Serna de Pedro I, Solla Camino JM: Manual de habilidades en Salud Mental para Médicos Generales, Sociedad Española de Medicina General. Madrid, 2002.
- Ballenger JC y otros: Consensus statement on generalized anxiety disorder from the international consensus group on depression and anxiety. J Clin Psychiatry, 2001; 62 (suppl 11):53-58.
- Davidson JRT: Pharmacotherapy of generalized anxiety disorder. J Clin Psychiatry 2001; 62 (suppl 11):46-50.
- Flint AJ: Epidemiology and comorbidity of anxiety disorders in the elderly. Am J Psychiatry, 1994; 151:640-49.
- Organización Mundial de la Salud: CIE-10: Trastornos mentales y del comportamiento. Meditor. Madrid, 1992.
- Pollack MH y otros: Paroxetine in the treatment of generalized anxiety disorder: results of a placebo-controlled, flexible-dosage trial. J Clin Psychiatry, 2001; 62:350-57.
- Roca Bennasar M, editor. Trastornos neuróticos. Barcelona. Ars Medica, 2002.
- Rocca P y otros: Paroxetine efficacy in the treatment of generalizaed anxiety disorder. Acta Psychiatr Scand, 1997; 95:444-50.

Shader RI y otros: Use of benzodiazepines in anxiety disorders. *N Engl J Med*, 1993; 328:1398-1405.

Sheehan DV: Venlafaxine extended release (XR) in the treatment of generalized anxiety disorder. *J Clin Psychiatry*, 1999; 60 (suppl 22):23-28.

Wittchen HU y otros: Generalized anxiety disorder: nature and course. *J Clin Psychiatry*, 2001; 62 (suppl 11):15-19.

Yonkers KA y otros: Factors predicting the clinical course of generalized anxiety disorder. *Br J Psychiatry*, 2000;176:544-49.

Síndrome ansioso-depresivo

Dr. Víctor Manuel González Rodríguez

INTRODUCCIÓN

No resulta sencillo diferenciar los trastornos mentales en el primer nivel asistencial. Es habitual que los pacientes presenten cuadros leves o moderados, o incluso malestar psicológico en rangos muy próximos a la normalidad. La primera dificultad será hacer este diagnóstico diferencial entre lo que es patológico de lo que es normal. Esta dificultad puede parecer menor en los pacientes atendidos en las consultas de salud mental, que suelen presentar una clínica más florida, muy por encima del rango de normalidad. En otras ocasiones, muchos de nuestros pacientes presentan una mezcla de síntomas ansiosos y depresivos. Los síntomas ansiosos más frecuentemente asociados a la depresión son las preocupaciones, la ansiedad psíquica, la ansiedad somática y la agitación. Existe también una alta incidencia de síntomas de ansiedad en los pacientes depresivos, considerándose que dicha combinación es mayor en pacientes con trastorno de ansiedad que en los que tienen trastorno depresivo. Será fundamental valorar la fenomenología predominante, puesto que ello tendrá influencias pronósticas y para el tratamiento del paciente.

HIPÓTESIS FISIOPATOLÓGICAS

La relación entre ambos fenómenos se ha tratado de explicar desde varios puntos de vista. Los tradicionales sistemas de clasificación psiquiátrica, basados en categorías, y elaborados fundamentalmente en el medio hospitalario y que no parecen muy adecuados para ser usados en Atención Primaria, mantienen modelos dualistas en los que ambas entidades (ansiedad y depresión) serían independientes. Las pruebas epidemiológicas, clínicas y pronósticas realizadas por los defensores de estas hipótesis intentaban demostrar que estos dos trastornos son independientes y no simples variantes clínicas de un trastorno afectivo.

Los modelos unitarios establecen que los estados de ansiedad y los síndromes depresivos son distintas variantes del mismo problema cuya diferencia sería meramente cuantitativa al diferir a lo largo del tiempo en la presentación y relación de los síntomas afectivos o ansiosos, de manera que el diagnóstico dependería del momento en el que se hiciera la valoración del enfermo en cuestión. De esta manera, se propusieron los modelos dimensionales, basados en síntomas seleccionados previamente, y que se incluyen en las dos dimensiones básicas: ansiedad y depresión. Según este modelo, los individuos se desplazan entre estos dos ejes, dependiendo de diferentes circunstancias, y predominará una dimensión u otra a lo largo del tiempo. Por este motivo, los diagnósticos psiquiátricos en Atención Primaria han de ser provisionales.

Existen otras hipótesis que apoyan la existencia de una mezcla de ambos síndromes, con características diferentes tanto de la ansiedad primaria como de la depresión primaria. De ser

cierta esta teoría, también muy controvertida, existiría un síndrome ansioso-depresivo característico, claramente diferenciado de otros síndromes depresivos, en cuanto a sus características descriptivas y en cuanto a su respuesta al tratamiento.

Lo que parece claro es que en la etiopatogenia de los trastornos mixtos, al igual que en la de los trastornos diferenciados, no existe una causa única, sino que se han propuesto múltiples factores genéticos, biológicos, psicológicos y sociales. Así, por ejemplo, se ha observado la existencia de una agregación familiar de estos trastornos, aunque no existe ningún mecanismo que se haya identificado como factor genético único. Entre las alteraciones neurobioquímicas existentes se observa que comparten la alteración de algunos de los neurotransmisores (serotonina y noradrenalina). En cuanto a su distribución por sexos, ambos trastornos son más frecuentes en mujeres, entre la segunda y la cuarta década de la vida, sin diferencias étnicas, y con más frecuencia de los trastornos de ansiedad en personas de bajo nivel educativo

DATOS EPIDEMIOLÓGICOS

Los estudios epidemiológicos en Atención Primaria muestran una elevada frecuencia de coexistencia de la sintomatología ansiosa y depresiva, que puede variar entre el 5 y el 15%. Esta situación es menos frecuente en los estudios en población general, en los que la prevalencia de formas subsindrómicas de ansiedad-depresión oscila entre el 0,8 y el 2,5%, cifras inferiores a las de los cuadros de ansiedad y los de depresión subsindrómicos (que no cumplen todos los cri-

terios diagnósticos) 21,9% y 2,4-7,7%, respectivamente. La prevalencia del trastorno mixto ansioso-depresivo en Atención Primaria en España es del 6,7%.

Entre el 50 y el 70% de los pacientes con un trastorno depresivo pueden presentar sintomatología ansiosa grave (trastorno ansioso subsindrómico), aunque existen cifras de prevalencia aún mayores, próximas al 95%. La asociación de síntomas depresivos (trastorno depresivo subsindrómico) en los trastornos de ansiedad, ocurre hasta en el 65% de los pacientes. Por último, los pacientes que cumplen criterios de un trastorno depresivo, tienen un riesgo de 9 a 19 veces superior de sufrir un trastorno de ansiedad, y lo presentaban, a lo largo de su vida, en el 58% de los casos. El 75% de los pacientes con historia de trastorno depresivo tienen antecedentes de, al menos, otro trastorno psiquiátrico, generalmente un trastorno de ansiedad. El 29,5% de los pacientes con trastorno de ansiedad tienen un trastorno depresivo a lo largo de su vida, y es más frecuente en pacientes con trastorno de pánico.

PRESENTACIÓN CLÍNICA

Es un cuadro definido por la presencia persistente de un estado de ánimo disfórico (de duración superior a un mes) en el que se asocian síntomas ansiosos y depresivos, pero ninguno de ambos grupos de entidad suficiente como para permitir efectuar el diagnóstico de un trastorno depresivo o de ansiedad. El paciente suele mostrar problemas de concentración, trastornos del sueño, fatiga o falta de energía, irritabilidad, preocupación, llanto fácil, hipervigilancia, anticipación del peligro, baja autoestima, sentimientos de inutilidad

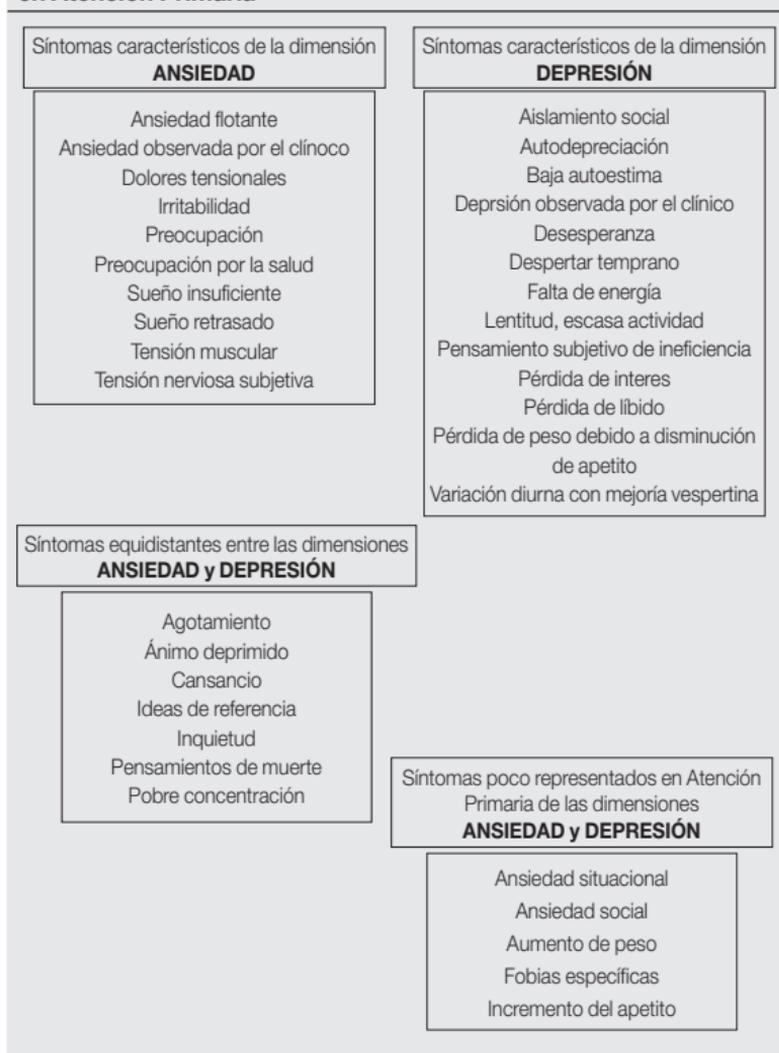
y desesperanza. Estos síntomas producen en el paciente un deterioro social, laboral o de otras áreas. El solapamiento de la sintomatología ansiosa y depresiva no resulta fácil de reconocer en la práctica clínica, lo que puede ocasionar mayor morbimortalidad de estos trastornos, y el diagnóstico diferencial con los síndromes diferenciados (ansiedad y depresión) se basa en la presencia o ausencia de los síntomas básicos de la depresión (tristeza, anhedonia, ideación suicida, culpabilidad). En el trastorno mixto será frecuente la presencia de síntomas comunes en los trastornos de ansiedad y depresivos:

- Alteraciones del sueño.
- Alteraciones del apetito.
- Quejas somáticas inespecíficas (cardiopulmonares y gastrointestinales).
- Dificultad de concentración.
- Irritabilidad.
- Fatigabilidad, falta de energía.

Siguiendo el modelo dimensional, el paciente podría presentar síntomas de cada una de las dimensiones básicas. Existen también síntomas equidistantes entre ansiedad y depresión, y otros apenas representados entre los pacientes de Atención Primaria. Se resumen, ordenados de mayor a menor según su capacidad discriminativa, en la figura 1.

La Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10), introdujo esta categoría (F41.2) en 1992, en el grupo de otros trastornos de ansiedad, y se define un trastorno mixto de ansiedad y depresión cuando están presentes síntomas

Figura 1. Síntomas de las dimensiones básicas, ansiedad y depresión, síntomas equidistantes y apenas representados en Atención Primaria



Fuente: Adaptado de: González VM. Trastorno mixto ansioso-depresivo. En: Guía de buena práctica clínica en depresión y ansiedad. MSC-OMC. Madrid: IM&C; 2003.

de ansiedad y de depresión, pero ninguno de ellos predomine claramente ni tenga la intensidad suficiente como para justificar un diagnóstico por separado. Se trata de pacien-

tes con menos ansiedad que en la ansiedad generalizada, menos depresión que los pacientes con episodios depresivos mayores, menos activación fisiológica que los enfermos con trastorno de angustia y, sobre todo, mayor frecuencia de algunos síntomas, como dificultades en la concentración, trastornos del sueño, fatiga, pérdida de autoestima. Todo ello ocasiona deterioro de la actividad laboral, o social. El DSM-IV no contempla esta categoría. Algunos síntomas vegetativos (temblor, palpitaciones, sequedad de boca, molestias epigástricas, etc.) deben estar presentes aunque sólo sea de un modo intermitente. No debe utilizarse el diagnóstico de trastorno mixto ansioso-depresivo si sólo aparecen preocupaciones respecto a estos síntomas vegetativos.

Se podrían resumir los siguientes grupos de pacientes con solapamiento de síntomas ansiosos y depresivos:

- Pacientes que cumplen criterios para un trastorno depresivo mayor y que presentan asociados síntomas ansiosos, sin que estos últimos lleguen a cumplir criterios para un trastorno de ansiedad.
- Pacientes que reúnen criterios para un trastorno de ansiedad y que presentan asociados síntomas depresivos, sin que estos últimos lleguen a cumplir criterios para un trastorno depresivo.
- Pacientes que cumplen criterios de ambos trastornos: trastorno depresivo y trastorno de ansiedad.
- Pacientes con síntomas de ansiedad y de depresión, pero que no cumplen los criterios diagnósticos operativos actua-

les de los trastornos de ansiedad ni de los trastornos del estado de ánimo.

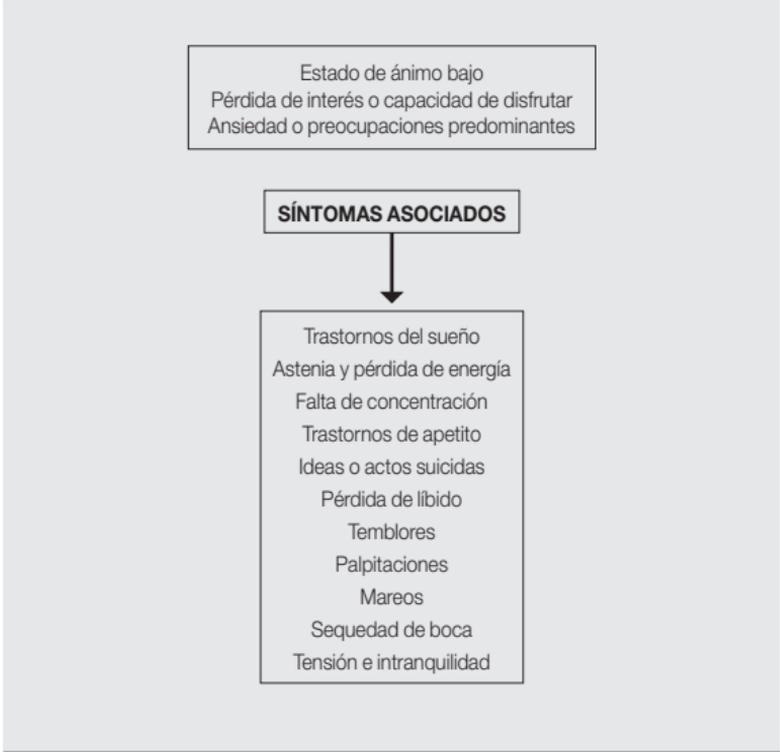
Una ansiedad grave, acompañada de depresión de intensidad más leve, hace que deba utilizarse cualquiera de las categorías de trastorno de ansiedad o de ansiedad fóbica. Cuando ambas series de síntomas, depresivos y ansiosos, estén presentes y sean tan graves como para justificar un diagnóstico individual, deben recogerse ambos trastornos, y no debería usarse la categoría de trastorno mixto ansioso-depresivo. Si por razones prácticas de codificación sólo puede hacerse un diagnóstico, debe darse prioridad al de depresión.

Si los síntomas que satisfacen las pautas de este trastorno se presentan estrechamente relacionados con cambios biográficos significativos o acontecimientos vitales estresantes, debe utilizarse la categoría F43.2, trastornos de adaptación.

Es decir, el diagnóstico del trastorno mixto ansioso-depresivo debe realizarse por exclusión del resto de trastornos de ansiedad y depresión. Las pautas a seguir para su diagnóstico se resumen en la figura 2.

La catalogación del trastorno mixto ansioso-depresivo se corresponde con el denominado subsíndrome de ansiedad-depresión, con el subsíndrome sintomático de ansiedad y depresión, con el trastorno mixto límite de ansiedad y depresión y con la depresión no especificada o especificada en otros apartados de algunas clasificaciones (DSM-III, DSM-III-R). En el DSM-IV se incluye en el apéndice, como ejemplo de trastorno de ansiedad no especificado. El DSM-IV-AP establece este diagnóstico tanto desde el trastorno depre-

Figura 2. Pautas diagnósticas según la CIE-10 para el trastorno mixto ansioso-depresivo (F41.2)



sivo no especificado, como desde el trastorno de ansiedad no especificado.

La importancia clínica y pronóstica de los pacientes que presentan la comorbilidad ansiedad-depresión es que se ha podido demostrar que estos pacientes presentan:

- Mayor gravedad.
- Mayor nivel de sufrimiento.
- Mayor tendencia a la cronicidad.
- Peor respuesta al tratamiento.
- Mayor deterioro psicosocial.

- Mayor riesgo suicida.
- Mayor incidencia de alcoholismo y abuso de sustancias.
- Mayor utilización de servicios médicos.

Por lo que su correcta identificación y un tratamiento precoz y adecuado del trastorno que sufren evitaría éste y minimizaría sus complicaciones.

TRATAMIENTO DEL TRASTORNO MIXTO ANSIOSO-DEPRESIVO

Dado que el conocimiento actual de la naturaleza y del tratamiento del trastorno mixto ansioso-depresivo es escaso, no existen, en el momento actual, demasiadas evidencias científicas para recomendar o desaconsejar ningún tratamiento con niveles suficientes.

Algunas de las recomendaciones existentes, ante la sospecha de un trastorno mixto ansioso-depresivo, son las siguientes:

- Se recomienda investigar la historia psiquiátrica previa. Si existe un diagnóstico por ansiedad o depresión previo, considerar el tratamiento de los síntomas residuales o crónicos. En estos casos, se deben diagnosticar como trastornos de ansiedad o depresión no especificados y tratarlos como tales.
- Si no existen diagnósticos previos, se recomienda considerar otras alternativas diagnósticas (trastornos adaptativos, ansiedad generalizada, distimia, trastorno de la personalidad, etc.)

- Si se ha descartado todo lo anterior, se recomienda establecer una estrecha relación médico paciente, con reevaluaciones frecuentes, por el riesgo de cronicidad, y de asociación de nueva sintomatología.
- Se pueden emplear los tratamientos psicológicos específicos (técnicas cognitivo conductuales) y valorar los tratamientos farmacológicos previos.

Para el abordaje terapéutico farmacológico se han demostrado, en ensayos clínicos aleatorizados, mejores resultados con el tratamiento con antidepresivos que con benzodiazepinas. Los hallazgos beneficiosos de los antidepresivos (imipramina, trazodona, venlafaxina y paroxetina) han llevado a proponer un “efecto patológico general” de los mismos.

La utilización de las benzodiazepinas en el tratamiento debería individualizarse, dependiendo de la intensidad del cuadro y teniendo en cuenta la posibilidad de generar dependencia farmacológica, sedación, accidentes de trabajo, etc. Su efecto es rápido y efectivo en otros trastornos de ansiedad, como la ansiedad generalizada.

Los estudios revisados demuestran que los ISRS son al menos tan eficaces como los antidepresivos tricíclicos y que son mejor tolerados que éstos. Los trabajos más recientes sugieren que, los fármacos con doble acción (IRSN), como la venlafaxina retard, tendrían mayor utilidad clínica que aquellos que sólo inhiben la recaptación de serotonina.

En ocasiones el fármaco antidepresivo no es totalmente eficaz y, a pesar del tratamiento, persisten los síntomas de ansiedad. Se ha evaluado el uso de neurolépticos, como el aripiprazol, sobre los síntomas residuales de ansiedad en pacientes tratados con ISRS durante seis semanas en los

que persistían síntomas de ansiedad significativos consiguiéndose reducciones significativas de los mismos.

Es importante resaltar que, en casi todos los casos, la mejora observada es más tardía en estos pacientes que en los que no presentan la comorbilidad asociada, por lo que un diagnóstico precoz y una intervención eficaz serán claves para el éxito terapéutico.

Algunos de los fármacos anteriormente citados, las dosis recomendadas y un resumen de los efectos secundarios más frecuentes, se presentan en la tabla 1. Su elección debe basarse en el perfil de seguridad, la eficacia de tratamientos previos, y la existencia o no de patología asociada.

La psicoterapia, como posibilidad de tratamiento para los trastornos afectivos y ansiosos tiene una larga historia, aun cuando su interés haya ido en aumento en los últimos años. Se ha empleado de forma complementaria al tratamiento farmacológico, de forma aislada en los no respondedores a los tratamientos médicos o en los que rechazaban éstos de inicio.

Desde un punto de vista muy reduccionista podría parecer que se enfrenta a los modelos biologicistas de la enfermedad mental, al centrar sus abordajes en los procesos intrapsíquicos (cuando hablamos de la psicoterapia dinámica o cognitiva) o hacia las cuestiones que tienen que ver con los sistemas de relación interpersonal (psicoterapias sistémicas o terapias interpersonales). La complejidad de las hipótesis fisiopatológicas de estos trastornos, los éxitos (y los fracasos) terapéuticos de cada uno de los abordajes por separado, y de forma conjunta, invitan a entrar en posturas dogmáticas, inmovilistas o excesivamente rígidas, al menos en lo relacio-

Tabla 1. Fármacos útiles en el tratamiento del trastorno mixto ansioso-depresivo

| Fármaco | Dosis adulto | Efectos secundarios |
|-------------------------------------|----------------|--|
| Imipramina | 25-75 mg/12 h | Anticolinérgicos (sequedad de boca, visión borrosa, estreñimiento, retención urinaria, etc.), histaminérgicos (sedación), cardiovasculares (alargamiento QT, etc.), aumento de peso. |
| Paroxetina | 20-50 mg/24 h | Gastrointestinales leves, disfunciones sexuales, alteraciones del peso, etc. |
| Fluvoxamina | 50-200 mg/24 h | |
| Mianserina | 10-90 mg/24 h | Peligroso en casos de sobredosificación. |
| Venlafaxina de liberación retardada | 75-150 mg/24 h | Perfil de seguridad muy alto. |
| Alprazolam | 0,5-2 mg/24 h | |
| Diazepam | 5-10 mg/8 h | Riesgo de dependencia farmacológica, sedación, accidentes, toxicidad cognitiva, etc. |
| Lorazepam | 1-3 mg/8-12 h | |
| Buspirona | 10-20 mg/8 h | No es útil si el paciente ha recibido previamente tratamiento con benzodiazepinas. |

Fuente: Adaptado de González VM. Trastorno mixto ansioso-depresivo. En: Guía de buena práctica clínica en depresión y ansiedad. MSC-OMC. Madrid: IM&C; 2003.

nado con el tratamiento de estos trastornos, buscando la mejor opción posible para nuestro paciente y su familia.

Algunas técnicas psicoterapéuticas empleadas en el tratamiento de los trastornos mixtos son:

- Tratamiento psicoanalítico.
- Psicoterapia psicoanalítica a largo plazo.
- Psicoterapia breve de orientación dinámica.
- Terapia interpersonal.
- Tratamiento cognitivo.

Su efectividad, evaluada según la metodología de la medicina basada en la evidencia, arroja resultados diferentes. Una revisión sistemática encontraba que la terapia cognitiva parece efectiva, por lo que podría recomendarse. También la psicoterapia interpersonal, estudiada mediante ensayos clínicos aleatorizados también ha demostrado buenos resultados. La terapia de resolución de problemas, el entrenamiento de la relajación, la retroalimentación y el asesoramiento no directivo breve pueden ser tan efectivos como el tratamiento no farmacológico en casos leves. En personas mayores, la terapia cognitivo-conductual también ha demostrado resultados esperanzadores.

En Atención Primaria se han utilizado preferentemente las técnicas de psicoterapia breve, cuyos objetivos fundamentales son los siguientes:

- Establecer una relación empática con el paciente.
- Dar una explicación racional al cortejo sintomático presentado por el individuo enfermo.
- Ofrecer información sobre las posibilidades de tratamiento y pronóstico.
- Facilitar la consecución de los apoyos familiares y sociales necesarios.
- Establecimiento de objetivos realistas, acordes a las fases evolutivas del proceso.

- Si el paciente está en activo (de su actividad laboral), mantener ésta como actividad útil dentro del plan de cuidados. Evitar, en lo posible, las incapacidades temporales que pueden favorecer situaciones de estigmatización social, cronificación, etc.

BIBLIOGRAFÍA

- Abreu AC, Filips JK. Psiquiatría. En: Graber MA, Lanternier ML. Manual de Medicina de Familia. Madrid; Elsevier Science, 2002:753-90.
- American Psychiatric Association: DSM-IV Atención Primaria. Barcelona, Masson S.A., 1997.
- Angst J. Depression and anxiety: a review of studies in the community and in primary care. En: Psychological disorders in general medical settings. N. Sartorius, D. Goldberg, D. Girolamo, J. Costa e Silva, Y. LeCrubier, H. U. Wittchen (eds). Bern: Huber-Hogrefe, 1990.
- Ayuso JL, Del Río JM. Comorbilidad de los trastornos depresivos con los trastornos de ansiedad. En: Comorbilidad de la depresión en los trastornos psiquiátricos. Expass, Barcelona, 1999.
- Bobes J, Bousoño M, González MP, Sáiz P. Trastornos de ansiedad y trastornos depresivos en Atención Primaria. Barcelona, Masson, 2001.
- Boulenger JP, Lavalley YJ. Mixed anxiety and depression: diagnostic issues. *J Clin Psychiatry* 1993; 54 (suppl. 1):3-8.
- CIE 10 Capitulo V: Pautas diagnósticas y de actuación ante trastornos mentales en Atención Primaria. Adaptación para España. Madrid, Izquierdo SA, 1996.
- Ciurana R (ed.). Guía de Salud Mental en Atención Primaria. Barcelona: Semfyc, 2001.
- Clark L, Watson D. Tripartite model of anxiety and depression: psychometric evidence and taxonomic implications. *J Abnorm Psychol* 1991; 100:316-36.
- Goldberg DP, Lecrubier Y. Form and frequency of mental disorders across centres. En: Ustun TB, Sartorius N (eds.): Mental illness in general health care. An international study. Chichester: Wiley, 1995.

González VM. Abordaje terapéutico de la ansiedad y la depresión en Atención Primaria. En: Libro Blanco Depresión y Ansiedad. Semergen-OMC. Madrid: IM&C; 2006.

González VM. Trastorno mixto ansioso-depresivo. En: Guía de buena práctica clínica en depresión y ansiedad. MSC-OMC. Madrid: IM&C; 2003.

González VM. Trastornos afectivos en Atención Primaria. En: Guía de buena práctica clínica en depresión y ansiedad. MSC-OMC. Madrid: IM&C; 2003.

Lobo A, Campos R, García-Campayo J, Montón C, Pérez-Echeverría MJ, Sanchez Calavera A, Carreras S. Los trastornos de ansiedad en Atención Primaria. Madrid: Emisa, 1997.

Sartorius N, Ustun TB, Lecrubier Y, Wittchen HU. Depression comorbid with anxiety: results from the WHO study on psychological disorders in primary care. *British Journal of Psychiatry (Suppl)* 1996; 30:38-43.

Torras MT et al. Prevalencia del síndrome ansioso-depresivo de tipo mixto en la población de una unidad asistencial de un centro de salud. *Atención Primaria* 1998; 22:60.

Vallejo J, et al. Consenso español sobre el tratamiento de las depresiones. Fundación Española de Psiquiatría y Salud Mental. Barcelona: Ars XXI; 2005.

Trastornos somatomorfos

Dr. Fernando Gonçalves Estella

Las somatizaciones pueden ser definidas como cuadros clínicos cuya sintomatología sugiere un trastorno físico, pero para la que no se encuentra un trastorno orgánico o un mecanismo fisiopatológico suficientemente explicativo, por lo que se presume que dicho cortejo sintomático esté relacionado con factores o conflictos psicológicos del individuo, cuyos síntomas no están bajo el control de su voluntad.

Cuando son crónicos y graves, los pacientes suelen presentar también trastornos de la personalidad y repercusiones en sus entornos familiar, social, económico y laboral. Su etiología es multifactorial.

CÓMO ENTREVISTAR AL PACIENTE SOMATIZADOR

La historia clínica se realizará completa, reglada y metódica, enriqueciéndola con la información obtenida de familiares o convivientes, antes de iniciar exploraciones no rutinarias que podrían resultar innecesarias.

En la entrevista, nuestra actitud debe ser franca y neutra, pero empática, manifestando interés por sus síntomas e indagando en su presentación, duración, etc...

Se debe sospechar este tipo de trastorno, ante la presencia de gran cantidad de síntomas pero con escasos signos clí-

nicos, acompañados de una preocupación desproporcionada al caso y con alteraciones emocionales. Son pacientes que suelen explicar sus síntomas con una gran carga emocional y, en ocasiones, de manera angustiada y dramática.

Estos pacientes habitualmente presentan trastornos de relación interpersonal, y no es infrecuente que exista una historia previa de enfrentamientos con otros profesionales médicos. En ocasiones, provocan en el médico sentimientos de hostilidad y de rechazo, que distorsionan la relación médico-paciente. La comunicación no verbal que nos proporciona el paciente y la que le devolvemos, son claves.

Es imprescindible explorar siempre la presencia de otros síntomas de trastorno mental, sobre todo trastornos afectivos, ansiedad, de la personalidad, abuso de sustancias, etc...

ABORDAJE GENERAL DEL PACIENTE SOMATIZADOR

Las exploraciones complementarias, se limitarán a las imprescindibles, controlando las derivaciones a los especialistas con decisión. Cuando el problema deba ser abordado de forma interdisciplinaria, es fundamental estructurar un manejo, pactado y organizado, del caso. Es muy importante que sea el médico el que planifique las citas y no dejar que sea el paciente quien imponga el cómo y el cuándo de las mismas.

Para la devolución de la información, emplear mensajes nítidos, evitando proporcionar informaciones ambiguas acerca de los hallazgos realizados, tanto en la exploración física, como en las pruebas complementarias llevadas a cabo. Se

debe construir un modelo explicativo de sus síntomas, adecuado a su nivel sociocultural.

Se procurarán identificar los estímulos psicosociales que pueden estar interviniendo en su génesis, el refuerzo ambiental de sus síntomas y las ganancias derivadas, tanto de la enfermedad como del rol de enfermo, a fin de poder actuar sobre los mismos.

IMPORTANCIA DE LOS TRASTORNOS SOMATOMORFOS EN ATENCIÓN PRIMARIA

Alrededor de un 50% de los pacientes psiquiátricos atendidos por los médicos generales presenta quejas somáticas. Aunque la frecuencia de los trastornos somatomorfos es muy baja en comparación, por ejemplo, con los trastornos de la afectividad, la importancia de su despistaje diagnóstico, en Medicina General, es fundamental. Son responsables de numerosos fallos terapéuticos, al ser etiquetados como somatizadores pacientes con cuadros más o menos larvados de depresión, ansiedad o trastorno por angustia.

Consecuencia de lo anterior es la existencia de pacientes, en Atención Primaria, sujetos a derivaciones e interconsultas múltiples, por una práctica clínica inadecuada e ineficaz, permanentemente insatisfechos, con elevados costes para el sistema, con limitaciones sociolaborales, que generan el rechazo de los profesionales y a los que no se les soluciona nunca su verdadero problema.

Antes de efectuar un diagnóstico definitivo, es importante pensar en entidades orgánicas que producen una rica y variada sintomatología, como, por ejemplo, el lupus erite-

matoso sistémico, la esclerosis múltiple y la porfiria aguda intermitente.

Los más frecuentes son el trastorno por dolor, el somatomorfo indiferenciado y la hipocondría. Otros, como el trastorno por somatización (síndrome de Briquet), el trastorno dismórfico, los trastornos conversivos y disociativos y los trastornos ficticios (síndrome de Münchhausen) son de escasa frecuencia y quedan esbozados en el apéndice de criterios diagnósticos del DSMIV.

TRASTORNO POR DOLOR

El dolor es una experiencia sensorial y emocional desagradable, asociada a una lesión real o no, en el que convergen factores físicos y psicológicos.

La reacción ante un mismo estímulo nociceptivo es muy variable de unas personas a otras. Puede existir dolor incluso sin causa nociceptiva aparente, en cuyo origen se implican sobre todo mecanismos psicológicos.

El dolor es un síntoma, que a diferencia de los signos, nos aporta siempre una información subjetiva. Numerosos factores (genéticos, de personalidad, culturales, sociales, educacionales...) condicionan tanto la percepción, como la respuesta o la expresión de un estímulo doloroso.

Existen varios modelos de explicación psicobiológica multidimensional del dolor. Es muy importante distinguir entre dolor, sufrimiento y conducta de dolor:

- Dolor: Experiencia sensorial provocada por la percepción de la nocicepción (estímulo lesivo mecánico, térmico o químico).

- Sufrimiento: Respuesta afectiva negativa generada en los centros nerviosos superiores por el dolor y otras situaciones desagradables.
- Conducta de dolor: Todo tipo de conducta generada en el individuo, habitualmente considerada indicativa de nocicepción, que comprende el habla, la mímica, la búsqueda de atención y asistencia médica, el consumo de fármacos y la inactividad, entre otros.

DEFINICIÓN DEL CUADRO CLÍNICO

Es sinónimo de dolor psicógeno y su característica fundamental es la presencia de dolor intenso y penoso, en cuyo comienzo, gravedad, exacerbación o mantenimiento, destaca la importancia de los factores psicológicos, y que no puede explicarse totalmente por un proceso fisiológico o somático. Suele presentarse en circunstancias relacionadas con conflictos o problemas, y provoca un aumento significativo de apoyo o atención por los de su entorno.

EPIDEMIOLOGÍA

No hay datos claros al respecto, pero se supone frecuente en la práctica clínica.

El paciente tipo es una mujer (2 a 1), entre la cuarta y quinta décadas de la vida, que consulta por dolor (generalmente cefalea o dolor músculoesquelético). Dicho dolor no sigue una distribución neuroanatómica y suele acompañarse de sensaciones parestésicas y/o disestésicas. En los antecedentes familiares, suelen existir antecedentes de dolor, depresión o alcoholismo. El estrés o los conflictos personales sue-

len estar relacionados con el comienzo, la exacerbación o el mantenimiento del dolor.

ETIOLOGÍA

De las múltiples teorías formuladas, caben destacar:

- Teoría conductista: El comportamiento relacionado con el dolor se refuerza cuando se obtiene mayor atención por parte del entorno o cuando se logra ser eximido de ciertas responsabilidades por el que lo padece.
- Teoría psicodinámica e interpersonal: Se obtienen ventajas a este nivel, por ejemplo, con la estabilización de un matrimonio frágil. El dolor a veces es un método para lograr amor y también se puede utilizar como un arma para castigar. Este tipo de pacientes expresa los conflictos psíquicos a través del cuerpo; inconscientemente consideran el dolor emocional como signo de debilidad y lo desplazan al cuerpo.
- Teoría biológica: Se postula la presencia de anomalías sensoriales y límbicas (estructurales o químicas) que predisponen al dolor.

CLÍNICA Y CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

El síntoma principal es el dolor localizado en una o más zonas del cuerpo, de suficiente expresión como para merecer atención médica.

El dolor provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Se estima que los factores psicológicos desempeñan un papel importante en el inicio, la exacerbación o la persistencia del dolor.

El dolor no se explica mejor por la presencia de un trastorno del estado de ánimo, un trastorno de ansiedad o un trastorno psicótico, y no cumple los criterios de dispareunia.

El síntoma o el déficit no es provocado o fingido intencionalmente (como el trastorno ficticio o la simulación).

Según la duración, el trastorno por dolor se puede clasificar en agudo (menos de 6 meses) o crónico (más de 6 meses).

RECOMENDACIONES TERAPÉUTICAS

En el dolor agudo

El objetivo principal es aliviar el dolor. La utilización de analgésicos está indicada, lo que incluye, en ocasiones, los opiáceos, puesto que al ser un tratamiento a corto plazo, no existe riesgo de abuso o dependencia.

Se debe tener en cuenta que, cuando el dolor agudo se acompaña de otros trastornos mentales, su alivio puede mejorar el estado mental del paciente. Un tratamiento inadecuado del dolor agudo puede dar lugar a cuadros de ansiedad y depresión.

En el dolor crónico

El objetivo principal es la mejora de la funcionalidad del paciente. Los factores psicosociales y culturales determinarán en muchas ocasiones la propia terapéutica.

Si se decide realizar interconsulta con el psiquiatra, se le debe explicar al paciente que ello no significa que juzguemos su dolor como no real, sino que buscamos una ayuda para los aspectos psicológicos de su dolor, que pueden y deben ser abordados por él.

Para establecer un plan terapéutico específico se debe intentar dilucidar qué papel juegan los factores psicológicos y qué responsabilidad tiene la enfermedad médica coexistente o subyacente, considerando que, aun en casos con enfermedad física de fondo, los abordajes de tipo psicológico son eficaces.

Siempre prestar apoyo emocional. Los pacientes con dolor crónico a menudo se sienten enfadados y frustrados por el sistema sanitario en relación con cuestiones burocráticas. Hay que poner de manifiesto estos problemas e intentar solucionarlos si es posible o, cuando menos, mostrar nuestra solidaridad con el paciente.

Hay que evitar modalidades terapéuticas cuyo uso prolongado pueda empeorar los problemas del paciente (los opiáceos, por ejemplo). En casos con gran predominio de ansiedad pueden ser útiles las técnicas de relajación.

El empleo de antidepresivos resulta eficaz en un gran número de pacientes con dolor crónico, sin que se pueda atribuir su eficacia únicamente al efecto placebo. Se han demostrado útiles incluso en los pacientes que no presentan síntomas depresivos.

Su mejoría se produce a menudo con dosis inferiores a las consideradas como antidepresivas, lo que pudiera deberse a que los antidepresivos tengan un efecto analgésico per se, independiente de su actuación sobre el estado de ánimo, efecto que se supone en relación con el sistema serotoninérgico y los opioides endógenos. Se ha demostrado esa eficacia tanto con los antidepresivos tricíclicos, como con los ISRS/IRSN, con acción directa sobre el sistema serotoninérgico. Los niveles de serotonina en el sistema nervioso

central pueden tener una gran influencia en los mecanismos de control del dolor. Para algunos autores, la inhibición del dolor depende de un mantenimiento adecuado de dichos niveles en relación con los de noradrenalina (eficacia del mecanismo acción DUAL). En el dolor crónico parece producirse una deplección de la serotonina cerebral.

La psicoterapia dinámica, cuando se utiliza unida a otros métodos de tratamiento, puede producir un beneficio significativo, sobre todo cuando se descubren factores interpersonales que contribuyen a la conducta del dolor. Los métodos más utilizados son la psicoterapia breve o las técnicas conductistas. La terapia familiar y grupal puede ser útil cuando los problemas familiares o sociales condicionan la conducta ante el dolor.

QUÉ HACER ANTE EL DOLOR CRÓNICO

Establecer un plan terapéutico específico para cada paciente.

Intentar la mejora funcional del paciente.

Dar apoyo emocional.

Intentar un tratamiento de prueba con antidepresivos.

Remitir a psiquiatría para técnicas psicoterapéuticas.

Evitar la iatrogenia

QUÉ NO HACER ANTE EL DOLOR CRÓNICO

Dar analgésicos opiáceos.

Tratar exclusivamente con otros analgésicos.

Remitir al psiquiatra sin una explicación.

Minusvalorar el dolor al no encontrar una etiología "orgánica".

Mantener una actitud crítica y de rechazo ante un dolor que no tiene una distribución neuroanatómica.

CRITERIOS DE DERIVACIÓN

Si existen dudas respecto al diagnóstico diferencial.

Cuadros psicopatológicos de mayor complejidad, riesgo o gravedad.

Procesos con comorbilidad física o psíquica que interactúen.

Ante procesos coexistentes que contraindiquen el tratamiento farmacológico habitual.

Cuando con tratamiento, adecuado en dosis y duración, no hay resultados satisfactorios.

A petición del propio paciente, una vez estudiado, previamente, el caso.

Si se precisa psicoterapia específica que quede fuera del alcance del médico general.

Cuando por cualquier motivo nuestra actuación sea insuficiente.

TRASTORNO SOMATOMORFO INDIFERENCIADO

DEFINICIÓN DEL CUADRO CLÍNICO

Una o múltiples quejas somáticas de, al menos, seis meses de evolución, cuyos síntomas no pueden ser explicados por un trastorno orgánico, ni por efecto de fármacos o sustancias de abuso o tóxicas. No son provocados ni fingidos por el paciente y ni son consecuencia de otros procesos, como esquizofrenia, trastornos afectivos o trastornos de pánico.

El paciente presenta una gran preocupación por sus síntomas, que le producen deterioro social, ocupacional o en otras áreas de la vida.

Con frecuencia ha realizado múltiples consultas, con tendencia a la automedicación, visitas a curanderos y a medicinas alternativas.

CLÍNICA Y CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

El síndrome más común es la fatiga general. Se produce una gran cantidad de síntomas a distintos niveles, que no llegan a cumplir los criterios del trastorno por somatización o síndrome de Briquet (como mínimo en cuatro localizaciones). En algunos casos estos cuadros evolucionan y desembocan en una enfermedad médica o en otro trastorno mental.

Los quejas más frecuentemente asociadas a esta entidad están caracterizadas por la presencia de síntomas somatomorfos centrados en un órgano controlado por el sistema nervioso vegetativo, bien como signos de hiperreactividad vegetativa, bien como síntomas inespecíficos referidos a los órganos o sistemas específicos, y son:

- Cardiovasculares: disnea suspirosa sin relación con el esfuerzo, dolor torácico inespecífico, palpitaciones.
- Gastrointestinales: dolor abdominal inespecífico, mal sabor de boca y/o lengua saburral, náuseas, vómitos o regurgitaciones, meteorismo y distensión abdominal, diarrea o estreñimiento.
- Urogenitales: polaquiuria y disuria, flujo vaginal excesivo o desacostumbrado, molestias inespecíficas en área genital.
- Piel: erupciones, cambios de coloración.

- Otros: parestesias, dorsalgia y lumbalgia, dismenorrea y dispareunia.

EPIDEMIOLOGÍA

Comienza antes de los 30 años, generalmente en la adolescencia o juventud.

Prácticamente siempre acude el paciente a consulta por iniciativa propia. Predominio femenino. Se calcula que afecta al 12% de todas las mujeres.

La prevalencia oscila entre el 0,2-0,5% y el 20% de la población general, según autores.

Predominio en personas con nivel socioeconómico bajo. Más frecuente en medio rural. Algunos autores lo relacionan con mujeres que padecieron situaciones traumáticas en la infancia (abusos sexuales, padres desaparecidos...).

ETIOLOGÍA

Aunque no se conoce por completo, se citan como implicadas:

- *Genética*: antecedentes familiares positivos, alrededor del 10-20% de madres y hermanas de los individuos afectados presentan el mismo problema. Tasa de concordancia del 29% en gemelos monocigóticos y 10% en los dicigóticos.
- *Psicosocial*: frecuentes sentimientos de baja autoestima. La represión de la ira contra los demás parece volverse contra el propio sujeto. Son individuos con un superyó muy severo. Los pacientes parecen identificarse con uno de sus progenitores del que copiarían el rol de enfermos. Los

síntomas físicos parecerían representar impulsos reprimidos.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Se impone descartar enfermedad orgánica, especialmente con aquellas enfermedades que producen gran cantidad de síntomas (lupus eritematoso sistémico, porfiria, hiper e hipotiroidismo, esclerosis múltiple...).

En la depresión los síntomas físicos frecuentes se limitan al periodo depresivo.

En el pánico los síntomas, sobre todo cardiovasculares, desaparecen al cesar la crisis.

En la esquizofrenia las somatizaciones tienen carácter más extravagante y el cuadro alucinatorio que presentan ayuda al diagnóstico.

En el trastorno ficticio provoca los síntomas para poder desempeñar el rol de enfermo.

RECOMENDACIONES TERAPÉUTICAS

Se debe aconsejar terapia de apoyo por parte del psiquiatra, ya que son individuos con un ego muy frágil que debe ser reforzado.

En situaciones de crisis matrimonial, son útiles las terapias familiares, dado su curso crónico y el empeoramiento de estos pacientes.

Pueden ser beneficiosos los ansiolíticos y/o antidepresivos en determinadas fases de la enfermedad, aunque habrá que vigilar su tendencia a desarrollar dependencias. En todo caso,

no deben ser la única terapia porque, aisladamente, no solucionan el problema.

QUÉ HACER

- Realizar exploración física completa e intentar descartar enfermedad orgánica.
- Pautar controles periódicos de control cada 30-45 días.
- Evitar hospitalizaciones o solicitud de pruebas complementarias a demanda. Descartada la posible enfermedad orgánica, la realización de nuevas pruebas complementarias deberá ser indicada por el médico y sólidamente fundamentada en una hipótesis diagnóstica plausible.

QUÉ NO HACER

- Decirle que no tiene nada.
- Acusarle, mediante nuestra actitud, de inventarse los síntomas.
- Permitir que acuda a consulta de manera incontrolada y ceder a sus demandas de realización de todo tipo de pruebas (sobre todo análisis).
- Etiquetarlo como somatizador y abandonarlo a su suerte.
- Adoptar una postura nihilista ante sus continuas demandas.

CRITERIOS DE DERIVACIÓN

Una vez diagnosticado el caso por el médico general, el paciente debe ser derivado al especialista en psiquiatría, convenientemente informado, puesto que el tratamiento farmacológico, aisladamente, no es suficiente y necesitará de psicoterapia específica.

HIPOCONDRIA

DEFINICIÓN DEL CUADRO CLÍNICO

Se define como miedo, preocupación o creencia irracional de padecer enfermedad grave, aunque ésta no exista.

El foco del trastorno está centrado en la propia enfermedad y no en los síntomas de la misma, de modo que ante la supresión de uno de ellos aparece otro nuevo.

En el paciente con hipocondría existe una mala interpretación de las sensaciones corporales y de los síntomas. El miedo a la propia enfermedad le produce un deterioro de sus funciones sociales, laborales o de otras áreas. El aprendizaje del rol de enfermo en el entorno familiar parece jugar un papel importante en su etiopatogenia.

La hipocondría puede ser primaria o secundaria a trastornos psiquiátricos, a sucesos vitales o a trastornos médicos.

EPIDEMIOLOGÍA

La hipocondría afecta por igual a ambos sexos. Acuden a consulta por iniciativa propia. Rara presentación antes de los 20 años, con un pico en la cuarta década de la vida para los hombres, y en la quinta para las mujeres.

La prevalencia a los seis meses oscila entre el 4 y el 6%, según autores.

La padecen, por ejemplo, el 10% de los médicos que acuden a consulta como pacientes.

CLÍNICA

El paciente acude en demanda de estudio de algún signo o síntoma banal, en la creencia de sufrir una enfermedad grave

o una disfunción. El trastorno puede ser referido a cualquier órgano o sistema, pero especialmente gastrointestinal o cardiovascular.

El trastorno persiste al menos 6 meses. El paciente frecuentemente aporta a consulta pruebas de estudios anteriores, realizados por otros médicos, con resultados normales o con mínimas alteraciones a las que da una gran importancia, y que además no le han proporcionado tranquilidad alguna. La ausencia de resultados patológicos, en la exploración física o en las pruebas complementarias, no tranquilizan al paciente o lo hacen parcial y transitoriamente, por poco tiempo (semanas) y las explicaciones dadas por los diferentes facultativos no le convencen.

La creencia nunca llega a tener una intensidad delirante. Se trataría de personas con baja tolerancia al dolor físico y al malestar corporal. No parece tener un componente genético, y la mayor parte de los autores coincide en el origen psicosocial, en el que intervienen factores sociales, aprehensivos, cognitivos...

En su evolución:

- Un 10% de los pacientes evoluciona hacia la curación.
- Un 25% empeora.
- Un 65% sigue un curso crónico y fluctuante.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Se debe realizar con: Trastornos afectivos, trastorno por dolor, trastorno somatomorfo indiferenciado, trastornos ficticios, simulación.

RECOMENDACIONES TERAPÉUTICAS

No utilizar fármacos salvo en casos de ansiedad intensa (benzodiazepinas) o depresión acompañante (antidepresivos serotoninérgicos), aunque algunos autores indican la eficacia de los ISRS aún en ausencia de aquélla.

Se ha mostrado útil la psicoterapia dinámica introspectiva, que intenta buscar el significado simbólico del síntoma, y el abordaje de orientación cognitivo-conductual y psicoeducativo.

QUÉ HACER

Evitar ingresos hospitalarios y pruebas complementarias innecesarias.

Pautar consultas frecuentes por parte del médico general y tratar de modular la consulta de síntomas hacia la centrada en lo interpersonal.

Remitir, en lo posible, a psiquiatría para la aplicación de técnicas psicoterapéuticas.

Si la derivación a psiquiatría es rechazada, insistir y argumentar que la consulta con el psiquiatra forma parte de los estudios que hay que realizar para llegar a un diagnóstico con más garantías.

QUÉ NO HACER

Utilizar frases como “todo está en su cabeza”, “usted no tiene nada”...

Prescribir ansiolíticos sin acompañamiento psicoterapéutico de fondo.

Minusvalorar los síntomas o rechazar sistemáticamente sus quejas.

Realizar exploraciones a demanda del paciente.

CRITERIOS DE DERIVACIÓN

Cuando se consideren necesarias técnicas psicoterapéuticas específicas.

BIBLIOGRAFÍA

Aizpiri Díaz J, Barbado Alonso JA, Cañones Garzón PJ, Fernández Camacho F, Gonçalves Estella F, Rodríguez Sendín JJ, Serna de Pedro I, Solla Camino JM: Habilidades en Salud Mental (II): alteraciones psíquicas a lo largo de la vida, cap 5, pag 105-16. Sociedad Española de Medicina General. Madrid, 1998.

Aizpiri Díaz J, Barbado Alonso JA, Coronado Romero D, Fernández Camacho F, Gonçalves Estella F, Rodríguez Sendín JJ, Serna de Pedro I, Solla Camino JM: Habilidades en Salud Mental para médicos generales, 2ª edición actualizada, cap 29, pag 371-85. Sociedad Española de Medicina General. Madrid, 1996.

American Psychiatry Association: DSM-IV: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Masson. Barcelona, 1995.

Bataller Alberola R, Álvarez López P y otros: Trastornos neuróticos relacionados con factores estresantes y somatomorfos. En: Cervera Enguix S y otros (Eds): Manual del residente en Psiquiatría, pag 1.063-075. Madrid, 1997.

Barsky A. Hypochondriasis. Medical management and psychiatric treatment. Psychosomatics 1996; 37:48-56.

Caballero L: Taller sobre trastornos somatomorfos. XXXII Congreso de la Sociedad Española de Medicina Psicosomática, 1996.

Fallon BA et al. The pharmacotherapy of hypochondriasis. Psychopharmacol Bull 1996; 32:607-11.

Hales RE y otros: Tratado de Psiquiatría. The American Psychiatric Press, CDROM, 1997.

Kaplan H, Sadock B: Sinopsis de psiquiatría, 7ª edición. Panamericana. Madrid, 1996.

Organización Mundial de la Salud: CIE10. Trastornos mentales y del comportamiento. Meditor. Madrid, 1992.

Depresión y ansiedad como síntomas acompañantes

Dr. Jesús Vázquez Castro

DEPRESIÓN Y ANSIEDAD ASOCIADA A OTRAS PATOLOGÍAS PSIQUIÁTRICAS

DEPRESIÓN

El término depresión debería aplicarse solamente a pacientes que cumplen criterios de enfermedad depresiva o de síndrome depresivo. El humor del paciente depresivo generalmente es de tonalidad triste, y rara vez este tipo de humor se da de forma aislada. En el síndrome depresivo está afectado el sistema motor, el sueño, el apetito y la cognición.

ANSIEDAD

Los síntomas de ansiedad son muy inespecíficos y suelen acompañar a la mayoría de las enfermedades, sobre todo agudas, y a todas las situaciones de estrés social. La ansiedad o angustia se caracteriza por una emoción de temor inespecífico y molestias físicas. Otra forma de ansiedad es el trastorno por ansiedad generalizada, de inicio insidioso, sin crisis de angustia, caracterizado por sensibilidad extrema, tensión fluctuante e insomnio.

Ambas formas de ansiedad son frecuentes asociadas a depresión y a trastornos psiquiátricos y orgánicos.

TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS

Esquizofrenia

La depresión es frecuente en pacientes con esquizofrenia y está asociada a evolución tórpida, incremento de las recaídas y suicidio. La incidencia de depresión oscila entre un 20 y un 80%. El síndrome depresivo completo aparece en un 25-30% de los casos diagnosticados de esquizofrenia.

Los estudios que combinan antidepresivos tricíclicos e ISRS para el tratamiento de la depresión de pacientes esquizofrénicos coinciden en su utilidad a corto y largo plazo. No obstante, quedan por realizarse más estudios que asocien los antidepresivos con los nuevos antipsicóticos o la duración del tratamiento antidepresivo.

Trastornos mixtos

La comorbilidad de la depresión con los trastornos por ansiedad tiene especial relevancia en el ámbito de la Atención Primaria. Los cuadros depresivos presentes en este escenario, principalmente de severidad leve-moderada, se suelen acompañar de síntomas ansiosos inespecíficos. Aunque algunos síntomas son comunes para los trastornos depresivos y por ansiedad, si se dan criterios para ambos, deben de realizarse los dos diagnósticos.

Los trastornos de ansiedad de larga evolución, acompañados de agorafobia, acaban presentando cuadros de desmoralización con ánimo bajo.

Se calcula que entre el 70-95% de los enfermos deprimidos padecen también ansiedad, y entre el 20 y el 65% de los pacientes ansiosos se deprimen en algún momento de su

evolución. De hecho, el riesgo de padecer depresión para un enfermo que sufre trastorno por ansiedad generalizada multiplica por 62 el de la población general sana.

Trastornos adaptativos

Dentro del esquema diagnóstico de la DSM-IV existen distintos subtipos atendiendo al síntoma asociado predominante. Se identifica el trastorno adaptativo con el estado de ánimo depresivo cuando los síntomas que predominan son los equivalentes a una depresión menor, con pérdida de placer, desinterés, llanto, desesperanza, etc.

En el trastorno adaptativo con ansiedad predominan los síntomas propios de los cuadros de ansiedad, como preocupación, nerviosismo, insomnio o inquietud.

Debe considerarse el trastorno adaptativo mixto con ansiedad y estado de ánimo depresivo cuando se produce la presencia de síntomas emocionales mixtos.

Trastornos de la personalidad

Se asocian también de manera significativa a los trastornos depresivos. Es característica su presencia en el trastorno límite, pero también en otros, como el evitativo, el narcisista y dependiente. Un trastorno de personalidad comórbido ensombrece el pronóstico de un trastorno depresivo.

Se estima que el 36% de los pacientes con trastorno de angustia asociado o no a la agorafobia presentan un trastorno de la personalidad, y esta comorbilidad confiere un pronóstico más sombrío y una respuesta terapéutica más pobre.

Los pacientes que sufren ansiedad generalizada suelen comenzar en una edad temprana y con un curso crónico y

fluctuante, pudiendo confundirse con un “temperamento ansioso” aplicable a los trastornos de la personalidad y que defienden algunos autores. Suele asociarse, con cierta frecuencia, a trastornos histriónicos y paranoides de la personalidad.

Trastornos somatoformes

Suelen aparecer frecuentemente síntomas de ansiedad relacionados con estos trastornos. Así mismo, los síntomas somáticos son parte integrante del trastorno por ansiedad generalizada en el 34% de los casos y en el 26% de los trastornos de angustia.

Trastorno obsesivo-compulsivo

La presencia de síntomas obsesivos en algunos cuadros melancólicos y la habitual contaminación de los trastornos obsesivo-compulsivos con síntomas depresivos pueden interferir en el diagnóstico de ambos cuadros, superponiendo en ocasiones ambos trastornos.

Los estudios sugieren que la clomipramina es superior a otros antidepresivos (incluidos los ISRS) en los trastornos obsesivo-compulsivo.

Trastornos de la alimentación

Los síntomas del estado de ánimo pueden ser la forma de presentación de los trastornos de alimentación. Se sabe que más de la mitad de los pacientes con este tipo de trastornos han cumplido criterios de depresión a lo largo de su vida. En estados avanzados la malnutrición puede generar una clínica depresiva que a veces remite al recuperar el peso.

La utilización sistemática de antidepresivos en la anorexia nerviosa no es una práctica aconsejada. Se recomienda su utilización en aquellos casos en que los síntomas depresivos son graves y obstaculizan la psicoterapia.

Los síntomas depresivos en la bulimia son frecuentes, pudiéndose utilizar imipramina, desipramina o trazodona. Los estudios con ISRS (20-80 mg de fluoxetina) demostraron su utilidad en la reducción de peso y en la reducción de episodios de ingesta masiva.

Abuso de sustancias

Las sustancias más comúnmente asociadas a depresión son el alcohol y la cocaína. El alcoholismo es consecuencia de una depresión previa en menos del 5% de los pacientes. Sin embargo, un 20% de los pacientes alcohólicos muestran una depresión en el momento de la evaluación, que en ocasiones remite al cesar el consumo.

Actualmente los antidepresivos tricíclicos están desaconsejados en pacientes alcohólicos deprimidos, debido a su farmacocinética. El perfil de efectos adversos de los ISRS y de venlafaxina retard los hace candidatos al tratamiento del alcohólico depresivo.

El riesgo de abuso alcohólico se duplica en presencia de trastorno de angustia. El incremento de la prevalencia de alcoholismo entre los pacientes con trastorno de angustia es más elevado que el correspondiente a los trastornos afectivos (27% frente a 18%).

Los estudios y las revisiones bibliográficas demuestran que el trastorno de angustia suele surgir con anterioridad a la aparición del alcoholismo.

La depresión es frecuente en la intoxicación por cocaína y en la abstinencia de esta sustancia. Se ha notificado una incidencia del 30% de depresión unipolar y un 15% de trastorno bipolar en consumidores crónicos de esta sustancia.

Los dos antidepresivos que han demostrado su utilidad son la desipramina y la venlafaxina.

DEPRESIÓN Y ANSIEDAD ASOCIADA A PATOLOGÍAS MÉDICAS

DEPRESIÓN Y ENFERMEDADES MÉDICAS

Epidemiología

En una de cada cuatro personas con una patología médica se cumplen criterios de depresión. Se estima que en el 12-36% de los pacientes médicos ambulatorios presentan algún síntoma depresivo, siendo más de un tercio entre los hospitalizados. Un 26% de los enfermos con dolor crónico cumplen criterios de depresión mayor, depresiones endógenas en el 6,8% y no endógenas un 21,6%.

Los pacientes con enfermedades físicas, sobre todo si son crónicas o asocian dolor e incapacidad física, presentan una mayor prevalencia de trastornos depresivos que la población general.

Los trastornos depresivos orgánicos se relacionan con: aumento de las estancias hospitalarias, aumento de la mortalidad, índices de suicidio más elevados, problemas de cumplimiento de los tratamientos y mayor número de interacciones medicamentosas.

Diagnóstico

Los trastornos y los síntomas afectivos en pacientes médicos son poco diagnosticados, no tratados u objeto de una terapia inadecuada. El diagnóstico es un aspecto difícil, ya que algunos criterios de la depresión pueden ser atribuibles a la enfermedad médica (como la hiporexia, insomnio o pérdida de energía) por lo que hay autores que prefieren sustituir estos ítems por otros cognitivos y emocionales (como aspecto depresivo, pesimismo, ánimo no reactivo o aislamiento social) para realizar el diagnóstico.

Es posible que la enfermedad médica cause la depresión, que la propicie en alguien por otra parte susceptible, que la depresión sea una reacción psicológica a los problemas generados por la enfermedad médica o que ambas coincidan por el azar.

En los dos primeros casos el diagnóstico debe ser trastorno de estado de ánimo debido a enfermedad médica (o trastorno afectivo orgánico). Este diagnóstico debe basarse en la historia clínica y en la relación temporal entre la enfermedad médica y el comienzo de la clínica depresiva.

En el caso de que la depresión se considere una reacción psicológica a la enfermedad y no una consecuencia fisiológica de ella, se debería diagnosticar trastorno depresivo mayor.

La depresión puede presentarse, por tanto, a lo largo de un continuum, que iría desde la simple experiencia afectiva, los síntomas transitorios o los cuadros adaptativos hasta síndromes clínicos como las distimias y las depresiones mayores.

Un aspecto de particular importancia en el diagnóstico diferencial de la depresión mayor en Atención Primaria es la relación entre los síntomas depresivos y las enfermedades médicas (tabla 1).

Manejo

En un trastorno de ánimo debido a enfermedad médica, el primer objetivo será tratar la enfermedad de base, y si la clínica afectiva persiste después, se tratará adecuadamente.

En el caso de que se diagnostique un trastorno depresivo mayor, se tratará de entrada la depresión de forma paralela a la enfermedad médica.

El tratamiento, por regla general, no diferirá de los tratamientos habituales de las depresiones no orgánicas, valorando las características clínicas de la depresión, las complicaciones médicas existentes, los tratamientos concomitantes y el perfil de los efectos secundarios de los fármacos disponibles.

ANSIEDAD Y ENFERMEDADES MÉDICAS

La mayoría de las enfermedades médicas cursan con ansiedad, muchas veces paroxística. Es necesario realizar una correcta historia médica y pruebas complementarias ante sintomatología concomitante que lo sugiera (ECG, glucosa, calcio, función hepática, función renal y tiroidea, examen de orina o despistaje tóxico) (tabla 2).

En el momento de realizar la historia clínica, en caso de posible organicidad, debemos considerar una serie de premisas reflejadas en la tabla 3. La terapia consistirá en el tratamiento etiológico.

| Tabla 1. Trastornos médicos que cursan con depresión | |
|---|--|
| Aparato/sistema | Enfermedad |
| Neurológicas | Enfermedad de Alzheimer Enfermedad de Parkinson Enfermedad de Wilson Enfermedad de Huntington ACVA Esclerosis múltiple Lesiones ocupantes de espacio |
| Endocrinas | Hipo e hipertiroidismo Hipogonadismo Hipo e hiperparatiroidismo Hipoglucemia Enfermedad de Cushing y Addison Hiperprolactinemia |
| Cardiovasculares | IAM Miocardiopatías |
| Reumatológicas | LES Artritis reumatoide Síndrome carcinoide Fibromialgia Arteritis temporal Síndrome de Sjögren |
| Infecciosas | SIDA Encefalitis Tuberculosis Virasis (gripe, hepatitis) Mononucleosis infecciosas Fiebre tifoidea |
| Oncológicas | Cáncer de páncreas Neoplasias cerebrales |
| Miscelánea | Hipopotalasemia Hipomagnesemia Déficit de vit. B ₁₂ y ác. fólico Hipocincnemia Hiponatremia (de instauración lenta) Colon irritable |

| Tabla 2. Trastornos médicos que cursan con ansiedad | |
|--|---|
| Aparato/sistema | Enfermedad |
| Cardiorrespiratorio | Arritmias Prolapso mitral Asma EPOC Embolia pulmonar Hiperventilación Miocardiopatía Hipoxia IAM HTA |
| Nervioso | Crisis parciales complejas Delirium Demencia Corea de Huntington Migraña TIA Enfermedad de Menière Neoplasias cerebrales Enfermedad de Wilson H. subaracnoidea |
| Endocrino | Síndrome carcinoide Síndrome cushing Feocromocitoma Hipoglucemia Hipo e hipertiroidismo Menopausia Hipo e hiperparatiroidismo Insulinoma Síndrome premenstrual Alt. hipofisarias |
| Reumatológico | LES Poliarteritis nodosa Arteritis temporal A. reumatoide |
| Miscelánea | Pelagra Porfiria Mononucleosis Infecciosa Uremia Síndrome posthepatitis Cirrosis biliar Síndrome febril crónico Def. vit. B ₁₂ |

Tabla 3. Ansiedad y causa orgánica

La ansiedad no es reactiva a la enfermedad física; suele formar parte de ella.

Cuanto más preciso es el síntoma en su definición, localización o intensidad, más probable es la sospecha de causa orgánica.

En personas mayores, sin antecedentes de alteraciones psicopatológicas, la presencia de crisis de angustia debe hacernos sospechar una etiología orgánica.

ENFERMEDADES MÉDICAS ASOCIADAS A CLÍNICA DEPRESIVA O ANSIOSA

ONCOLÓGICAS

La mitad de los pacientes oncológicos cumplen criterios para algún trastorno psiquiátrico, sobre todo de tipo adaptativo con ánimo deprimido (25-60%). Se registran más cuadros depresivos en menores de 50 años y en mujeres. El cáncer de mama parece ser el menos relacionado con la depresión, siendo el de cabeza de páncreas el que más se asocia con la enfermedad (50%). La variable asociada con más fuerza con la depresión es la gravedad de la enfermedad, con independencia de la causa subyacente.

La depresión secundaria al cáncer es difícil de evaluar y diagnosticar, puesto que hay síntomas, como la pérdida de apetito o la astenia, que se solapan. Por otro lado, la depresión puede presentarse en un amplio abanico, que va desde la tristeza reactiva hasta la depresión mayor.

El tratamiento de la depresión en estos pacientes mejora la calidad de vida, reduce los síntomas e incluso puede influir, de algún modo, en el curso evolutivo de la neoplasia.

La ansiedad es la respuesta más prevalente de los enfermos oncológicos a lo largo de los diferentes momentos evolutivos de la enfermedad. Coexiste con diferentes estados, como la fobia terapéutica, la ansiedad anticipatoria o la polarización hipocondríaca.

NEUROLÓGICAS

Accidente cerebro-vascular

Entre un 30-50% de los pacientes afectados desarrollarán un trastorno depresivo. Se puede diferenciar un cuadro depresivo mayor similar a la clásica depresión endógena asociada a lesiones del lóbulo frontal izquierdo y un trastorno depresivo menor que se puede asemejar a la depresión reactiva y a la distimia.

Traumatismos craneoencefálicos

La morbilidad postraumatismo craneoencefálico incluye una amplia serie de procesos, incluyendo los trastornos de estrés postraumático. A menudo son cuadros leves y pasajeros, pero que pueden cronificarse.

Enfermedades extrapiramidales

La depresión se asocia a la enfermedad de Parkinson entre un 47-71% de casos y a la enfermedad de Huntington, en un 50%, probablemente debido a un desequilibrio que se produce en el nivel de catecolaminas de estos pacientes.

Son cuadros difíciles de identificar, ya que en muchas ocasiones los síntomas extrapiramidales (bradipsiquia, enlentecimiento, apatía) se confunden con los de la depresión.

Epilepsia

La depresión puede aparecer como un pródromo de la crisis, una manifestación de la misma, un fenómeno postcrisis o un estado intercrisis (patología psiquiátrica más prevalente en este período).

La prevalencia de la depresión mayor es del 40%, pero la existencia de síntomas depresivos aparece en el 80% de los pacientes.

Se aprecian cuadros de ansiedad entre el 15-48% de los pacientes. Se asocia más con la epilepsia temporal, aunque se consideran fundamentales los conflictos ambientales y los rasgos de personalidad.

Demencias

La depresión se asocia hasta en el 50% de los casos de Alzheimer en sus fases iniciales. Estos cuadros no suelen alcanzar las características de una depresión mayor y están en relación directa con el grado de conciencia del sujeto de su deterioro cognitivo.

Esclerosis múltiple

Se asocia en el 42% de los casos, siendo también frecuente el trastorno bipolar (11%).

METABÓLICAS

La aparición e intensidad de los síntomas psiquiátricos suele correlacionarse con la gravedad de la endocrinopatía. Los antecedentes personales o familiares de depresión suponen un mayor riesgo para depresiones secundarias remitiendo,

en la inmensa mayoría, con un tratamiento adecuado del trastorno primario.

Hipotiroidismo

Tras las alteraciones cognitivas, la depresión es el segundo trastorno más frecuente, alcanzando al 40% de los hipotiroidismos clínicos. Predomina la apatía y la pérdida de interés sobre el humor deprimido, junto con enlentecimiento psicomotor, letargia, hipersomnia irritabilidad y fatiga.

Hipertiroidismo

La depresión mayor se manifiesta en el 28% de estos pacientes, pudiendo preceder los síntomas psíquicos a los físicos. Suele acompañarse de ansiedad, irritabilidad y labilidad afectiva, pero rara vez de inhibición, salvo en el “hipertiroidismo apatético”, donde se registran considerables pérdidas ponderales.

Se asocia con cuadros de ansiedad entre el 53-69% de los casos. En el 90% de los casos responde al tratamiento hormonal, si no hay antecedentes o rasgos positivos de trastorno psiquiátrico primario.

Hipoparatiroidismo

En el 13% de los casos de etiología quirúrgica y en el 5% de los idiopáticos presentan síntomas depresivos. Lo más frecuente es una mezcla de síntomas ansioso-depresivos fluctuantes, pero pueden aparecer distimias y depresiones mayores.

La normalización de la calcemia suele corregir las depresiones secundarias a trastornos de la paratiroides.

Hiperparatiroidismo

Existe una relación directa entre el grado de elevación de la calcemia y la psicopatología.

Predomina la anergia junto con la apatía, labilidad e irritabilidad.

Síndrome de Cushing

Los síntomas son muy similares a los de la depresión endógena, aunque más intermitentes y cursan con un menor retardo y sentimientos de culpa. La prevalencia de depresión es de hasta el 70%, de las que un 5-10% son delirantes. Es, por tanto, la enfermedad con mayor incidencia de depresión y un claro ejemplo de que está causada por niveles plasmáticos anormales de corticoides.

Hay una clara asociación entre la psicopatología y los niveles hormonales asociados en muchos casos con cuadros depresivos. La depresión aparece con independencia del origen suparrenal, pituitario o ectópico del hipercortisolismo.

Enfermedad de Addison

La depresión se suele instaurar de forma lenta con apatía, tristeza, pérdida de interés, fatiga y retraimiento emocional.

Feocromocitoma

En contra de lo esperado, no se ha podido documentar la aparición frecuente de ansiedad clínicamente significativa. Cuando coexisten responde bien al tratamiento quirúrgico.

Hiperprolactinemia

Hasta 1/3 de los pacientes cumplen criterios de depresión con humor irritable, ansiedad y hostilidad, que responde bien a la bromocriptina.

Diabetes

Afecta al 15-20% de los diabéticos. Son más frecuentes las depresiones mayores que las distimias, y la mayoría se presentan dentro del primer año tras el diagnóstico.

En la diabetes tipo 2 los síntomas de depresión preceden al desarrollo de la enfermedad. Por el contrario, en la diabetes tipo 1 sucede lo contrario, correlacionándose además la intensidad de la depresión con el nivel de hiperglucemia.

Por otro lado, está bien documentada la relación entre la ansiedad y la diabetes, así como la influencia del estrés en las concentraciones de glucemia.

REUMATOLÓGICAS

Artritis reumatoide

La depresión es la enfermedad psiquiátrica más comórbida. La prevalencia de la depresión mayor es del 17,5% y del 41% en el caso de la distimia. No debemos olvidar que los tratamientos de estos pacientes con antiinflamatorios y esteroides pueden desencadenar o empeorar los cuadros depresivos.

Probablemente, el mecanismo que afecta al estado de ánimo se deba más a depresiones reactivas al deterioro físico y social que a la propia gravedad de la AR.

La ansiedad se asocia al 21% de las artritis reumatoides. Cuando aquélla surge, el tratamiento de la artritis se complica, surgen fluctuaciones clínicas que influyen en la rehabilitación y empeora el pronóstico de la enfermedad.

Lupus eritematoso sistémico

Entre el 2-54% sufren depresión. En 2/3 de los casos son depresiones menores, distimias y cuadros adaptativos, el 1/3 restante son depresiones mayores.

Los cuadros graves y de intensidad psicótica parecen de origen orgánico y no reactivas, como en las de intensidad leve, puesto que se asocian con signos de daño neurológico y delirium, sin antecedentes afectivos.

CARDIOVASCULARES

Se sabe que los pacientes depresivos tienen una mortalidad de origen cardiovascular aumentada. En el 25% de los pacientes con un infarto de miocardio reciente se aprecia una depresión mayor, siendo ésta uno de los mejores predictores de mortalidad durante el seguimiento de los pacientes infartados.

Es bien conocida la asociación entre diversas enfermedades cardíacas y pulmonares y los trastornos de angustia, probablemente por las estrechas relaciones entre el sistema nervioso neurovegetativo que regula la circulación y la respiración.

En diversas arritmias, HTA y cardiopatía isquémica se aprecian trastornos de ansiedad paroxística episódica en el 15% de los casos.

INFECCIOSAS

Infección VIH

La prevalencia a lo largo de la vida para la depresión mayor varía entre el 22-61%. Aunque las tasas de depresión en los pacientes seropositivos son mayores que las de la población general, resultan similares a las de los grupos con conductas de riesgo (ADVP, homosexuales...) no infectados con el virus. Ello sugiere que los síntomas afectivos en los estadios asintomáticos de la infección se debería, más que a los efectos directos del VIH sobre el SNC, a factores psicosociales de riesgo para la depresión presentes en esos grupos de riesgo.

Los enfermos en estadios sintomáticos de sida tienden a presentar más síndromes depresivos cuando se comparan con sujetos seronegativos (sobre todo cuando los CD4 son menores a las 200 cel/mm). También puede influir en el curso de la depresión los tratamientos potencialmente depresógenos (antirretrovirales, interferón-alfa, etc).

Virasis

Los cuadros virales con frecuencia provocan un cuadro depresivo leve con predominio de astenia y trastornos del sueño y apetito.

GASTROINTESTINALES

Las manifestaciones esófago-gastrointestinales de los estados depresivos son muy variadas (anorexia, dispepsias, diarreas, estreñimiento...) y su asociación puede ser

anterior, acompañar o deberse a la propia patología depresiva.

El 59,3% de los pacientes distímicos presentan una asociación con el colon irritable.

RESPIRATORIAS

En el EPOC la asociación con la ansiedad llega a ser del 38%. Tanto en el EPOC como en el asma, debemos considerar la reactividad de las vías respiratorias por la ansiedad y los síntomas secundarios de temblor o palpitaciones generados por el tratamiento con broncodilatadores de acción adrenérgica y la teofilina o la irritabilidad debida a corticoides.

BIBLIOGRAFÍA

American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4ª. Ed. Text Revision (DSM-IV-TR). Washington: American Psychiatric Association, 2000.

Ayuso Gutierrez JL, Massana Ronquillo J. Trastorno de angustia. En: Leal Cercós C, Vallejo Ruiloba J, Baca Baldomero E, et als (eds.). Trastornos neuróticos. Barcelona: Psiquiatría editores, S. L. 2002.

Bobes J, Saiz PA, González MP. Manejo de los trastornos mentales y del comportamiento en asistencia primaria. 2ª ed. Oviedo: Gofer, 1997.

Carrasco JL. Empleo de fármacos antidepresivos en pacientes con patologías médicas. En: Bernardo M, Roca M (eds.). Trastornos depresivos en patologías médicas. Barcelona: Masson, 1996.

Fava GA. Affective disorders and endocrine disease: new insights from psychosomatic studies. *Psychosomatics* 1994; 35: 341-53.

Gastó C, Pintor L. Trastornos mentales en patología médica. Madrid: Aula Médica, 1998.

Golstein RB, Weissman MM, Adams BB y cols. Psychiatric disorders in relatives of probands with panic disorder and/or mayor depression. Arch Gen Psychiatry 1994; 51: 383-94.

Guimón J, Galletero JM. Los trastornos de angustia. Monografías de Psiquiatría. Madrid; Jarpyo, 1989.

Kashani JH, Orvaschel H. A community study of anxiety in children and adolescents. Am J Psychiatry 1990, 147: 313-18.

Murphy Bep. Steroids and depression. J Steroid Biochem Mol Biol 1991; 38: 537-59.

Organización Mundial de la Salud. Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades. Trastornos mentales del comportamiento y desarrollo. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. Madrid: Meditor, 1992.

Roca M, Bernardo M, eds. Trastornos depresivos en patologías médicas. Barcelona: Masson, 1997.

Saiz J. Angustia y ansiedad. En: Saiz J, ed. La ansiedad. Barcelona: Emeká; 1993; 33-35.

Sanjuán Arias J, Balanzá Martínez V. Trastornos del humor secundarios a daño cerebral, enfermedades médicas o fármacos. En: Cervera Enguix S, Baca Baldomero E, Cuenca Fernández E, et al. (eds.). Trastornos del humor. Madrid: Panamericana, 2000.

Sartorius N, Ustun TB, Lecubrier Y, Wittchen HU. Depression comorbid with anxiety: results from the Who study on psychological disorders in primary care. Br J Psychiatry 1996; 30(suppl): 38-43.

Seguí J. Enfermedades sistémicas. En: Rojo Rodés JE, Cirera Costa E. (eds.). Interconsulta psiquiátrica. Barcelona: Masson 1997; 411-22.

Spiegel D. Cancer and depression. British J psychiatry 1996; 168(suppl. 30): 109-16.

Vallejo J, Gastó C. Clasificación de los trastornos de ansiedad. En: Vallejo J, Gastó C, eds. Trastornos afectivos: ansiedad y depresión. Barcelona: Salvat, 1991; 3-11.

Vázquez Díaz JR, Pérez Retuerto M, Pérez Valencia JJ, et al. Trastornos mentales orgánicos. En: Vázquez Barquero JL (ed). *Psiquiatría en Atención Primaria*. Madrid: Aula Médica, 1998.

Manejo de la ansiedad y depresión en poblaciones especiales

(niños, ancianos, embarazadas, inmigrantes, mobbing, burnout, estrés postraumático)

Dr. Jesús Vázquez Castro

DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN EL NIÑO Y EL ADOLESCENTE

DEPRESIÓN

Concepto

El DSM-IV señala dos diferencias significativas entre menores y adultos en el diagnóstico de un episodio depresivo. En niños no se precisa un estado de ánimo depresivo; este estado puede estar sustituido por irritabilidad. Por otro lado, la posible pérdida de peso sintomática puede estar sustituida por la ausencia del aumento de peso esperable.

Prevalencia

La pubertad constituye una etapa del desarrollo en la que aumenta la susceptibilidad a los trastornos emocionales. En la adolescencia y el inicio de la juventud constituyen las edades en que la autolisis es más frecuente.

La prevalencia de depresión mayor se sitúa alrededor del 4-5% y la distimia entre el 10 y el 14%. La depresión en prepúberes, comparada con la de adolescentes, cuenta con menor prevalencia, se acompaña de más trastornos comórbidos, se presenta más en varones que en mujeres, y se asocia más a disfunciones familiares.

Etiopatogenia

Es evidente un cierto componente genético. La concordancia en depresión de gemelos monocigotos es del 58-74%, mientras en los dicigotos es del 17-29%. Hay estudios que señalan que cuanto más precoz es el inicio de un trastorno depresivo, tanto más probable es que se trate de una forma heredable del trastorno.

Por otro lado, las diferentes alteraciones bioquímicas existentes en los cuadros depresivos de adolescentes hay que interpretarlas con cautela.

Las relaciones familiares distócicas con padres depresivos o poco implicados en la educación del hijo unido a experiencias familiares estresantes o situaciones de rechazo y averivas pueden predisponer al trastorno depresivo en el adolescente.

Clínica

El adolescente depresivo padece un cambio en el humor, con tristeza o irritabilidad, anhedonia y voz monótona. Tres de cada cuatro adolescentes depresivos o distímicos sufren además un trastorno de ansiedad. Una cuarta parte abusan del alcohol y otra cuarta parte de las drogas. Sue-

len consultar, en un principio, por trastornos alimentarios o descenso del rendimiento académico y retraimiento social. Suele expresar ideas de baja autoestima y tentativas autolíticas.

El suicidio constituye la tercera causa de muerte en la adolescencia (4% de los varones y el 9% de las mujeres). Las adolescentes incurren en intentos de suicidio unas 3 veces más que los varones, pero éstos consiguen acabar con su vida unas 5 veces más que aquellas.

Diagnóstico

Para el diagnóstico de un episodio depresivo mayor o de una distimia seguiremos los mismos criterios que para adultos. En el caso de niños y adolescentes basta con un año de duración para poder establecer el diagnóstico de distimia. Asimismo, en los dos cuadros, la tristeza puede acompañarse o incluso ser sustituida por irritabilidad.

Debemos tener en cuenta para evitar el infradiagnóstico que el adolescente no se quejará de sus síntomas depresivos como el adulto, ya que supondría reconocer una gran dependencia del adulto, lo cual quiere rechazar.

Tratamiento

Depresiones leves y moderadas

Un tercio de estos casos experimentan la remisión sintomática mediante intervenciones breves, consistentes en un corto número de comentarios y reflexiones empáticas con el adolescente y sus padres, tomando medidas para reducir el estrés actuante y promoviendo el apoyo emocional del paciente.

Depresiones moderadas y graves

Actualmente, aunque la experiencia de los antidepresivos en los adolescentes es amplia, conviene matizar que existen escasos ensayos clínicos que demuestren tal eficacia.

Un metaanálisis de 12 estudios realizados con tricíclicos puso de manifiesto su relativa ineficacia. Hasta la fecha, se han publicado 7 ensayos controlados con ISRS (fluoxetina, paroxetina, sertralina y citalopram), obteniéndose una respuesta terapéutica en el 60,6% de los casos, con una respuesta a placebo del 34,8%.

Por tanto, los ISRS a dosis bajas son el tratamiento de elección en el tratamiento de la depresión infantil y del adolescente. Las dosis deben incrementarse cada 3-5 días, dejando transcurrir 6-8 semanas para verificar su eficacia.

Estos pacientes deben ser controlados muy de cerca para detectar precozmente el aparente incremento de suicidabilidad.

La psicoterapia individual y la terapia cognitiva conductual son procedimientos con una cierta eficacia en el manejo del adolescente depresivo. Es fundamental el apoyo familiar, tratando de que los padres comprendan y conozcan el cuidado del adolescente depresivo. Actualmente, también se considera útil la psicoterapia interpersonal, basada en el supuesto de que la depresión está cimentada en alteraciones y desajustes de las relaciones interpersonales.

Depresiones resistentes

Junto a la reconsideración del diagnóstico y, tras verificar la persistencia o no de factores psicosociales de manteni-

miento, se aconseja al cambio a un fármaco con mecanismo dual, como la venlafaxina retard.

Pronóstico

Un episodio depresivo de duración superior a 18 meses hace improbable su remisión espontánea. Por el contrario, el trastorno distímico incrementa la probabilidad de remisión espontánea a medida que se prolonga su duración.

El 25% experimentan una recurrencia del trastorno dentro del primer año de recuperación, el 40% dentro de los 2 años y el 75% dentro de los 5 años.

ANSIEDAD

ANSIEDAD GENERALIZADA

Prevalencia

La prevalencia de este trastorno en niños y adolescentes se estima entre el 2,7 y el 4,6% de la población general.

Etiopatogenia

Existe una disposición genética incrementada en aquellas familias con miembros que padecen trastornos de ansiedad.

La inhibición conductual, manifestada desde la primera infancia por retraimiento y dificultades de adaptación ante lo no familiar, se encuentra con frecuencia en los antecedentes de adolescentes con trastornos de ansiedad.

Esta patología se asocia más en hijos de padres ansiosos y sobreprotectores con expectativas elevadas acerca de su rendimiento académico o deportivo.

Clínica

Aunque el inicio puede ser agudo, suele cursar con fluctuaciones en la intensidad de los síntomas a lo largo del tiempo. Presentan temores y preocupaciones ante actuaciones pasadas y futuras (conversaciones, exámenes...) o a capacidades personales. Necesitan la confirmación de sus decisiones por parte de su entorno. Pueden manifestarse como cefaleas, dolores abdominales inespecíficos o falta de rendimiento escolar.

Diagnóstico

La sintomatología debe ocasionar interferencias en la vida cotidiana, no pudiendo explicarse por sustancias o enfermedades orgánicas. Los criterios diagnósticos se reflejan en la tabla 1.

Tratamiento

La intervención psicológica es de elección, siendo imprescindible la reestructuración cognitiva (conseguir nuevas y más objetivas interpretaciones o evaluaciones de la realidad). No existen evidencias claras que justifiquen el uso de psicofármacos.

Pronóstico

La ansiedad generalizada tiende a mejorar gradualmente a lo largo de los años, dependiendo de la existencia o no de trastornos asociados.

Tabla 1. Criterios diagnósticos de ansiedad generalizada según el DSM-IV

A. Ansiedad y preocupaciones excesivas experimentadas la mayor parte de los días por lo menos durante 6 meses, referidas a diferentes hechos o actividades.

B. A la persona le es difícil controlar el miedo

C. La ansiedad o preocupación se asocia a tres (o más) de los siguientes 6 síntomas (estando presentes algunos síntomas la mayor parte de los días durante los últimos 6 meses):

1. Inquietud motora.
2. Sentirse fatigado fácilmente.
3. Dificultad para concentrarse o quedarse con la mente en blanco.
4. Irritabilidad.
5. Tensión muscular.
6. Trastorno del sueño.

TRASTORNO POR ANSIEDAD DE SEPARACIÓN

Es el único trastorno de ansiedad exclusivo de la infancia y adolescencia. Su eje central es la ansiedad experimentada en situaciones reales o previstas de separación del sujeto de sus padres, sobre todo la madre.

Prevalencia

Alrededor del 4% de los niños y adolescentes padecen ansiedad de separación diagnosticable. El 50% de los menores que consultan por ansiedad lo sufren, siendo sobre los 11 años su máxima incidencia.

Etiopatogenia

Al igual que en el trastorno por ansiedad generalizada parece que influyen la inhibición conductual y los factores genéticos.

Determinadas circunstancias estresantes de separación, como fallecimientos y enfermedades o traslados de vivienda y de escuela, pueden actuar como desencadenantes del trastorno.

Clínica

El temor o la separación real a una separación entre el adolescente y sus padres constituye el eje de la patología. Aparecen consultas y síntomas somáticos acompañadas de un rechazo escolar.

Alrededor de 1/3 de los casos de ansiedad de separación cursan con depresión comórbida.

Diagnóstico

Los criterios para el diagnóstico del trastorno por ansiedad por separación quedan expuestos en la tabla 2.

Tratamiento

Los antidepresivos pueden ser útiles, así como el alprazolam. Sin embargo, son las intervenciones psicológica y psicosocial las que ocupan el primer plano. Están encaminadas a la orientación, tanto del individuo como de la familia y del entorno escolar.

Pronóstico

El pronóstico se ensombrece cuanto más grave sea el cuadro, en familias con patología psiquiátrica, cuando el inicio del trastorno es en edades más avanzadas, si existe patología comórbida y cuanto más inteligente sea el individuo.

Tabla 2. Criterios para el diagnóstico del trastorno por ansiedad por separación según el DSM-IV

- A.** Ansiedad excesiva e inapropiada para la edad referida a la separación del hogar o de las personas con quienes el sujeto está vinculado, manifestada por tres (o más) de los siguientes hechos:
1. Malestar excesivo recurrente cuando se produce o se anticipa una separación del hogar o de alguna persona muy vinculada.
 2. Preocupación persistente o excesiva por la pérdida u ocurrencia de algún daño a personas muy vinculadas.
 3. Preocupación persistente o excesiva por si un acontecimiento desagradable puede conducir a la separación de alguna persona muy vinculada (extravío, secuestro, etc).
 4. Resistencia o rechazo persistentes a ir a la escuela o a otros sitios a causa del miedo a la separación.
 5. Miedo o resistencia persistentes y excesivos a estar sólo o sin las personas de mayor vinculación en casa o sin adultos significativos en otros lugares.
 6. Resistencia o rechazo persistentes a ir a dormir sin que esté cerca alguna persona muy vinculada o a dormir fuera de casa.
 7. Pesadillas repetidas con temas de separación.
 8. Quejas repetidas sobre síntomas físicos (cefaleas, dolores abdominales, náuseas o vómitos) cuando ocurre o se anticipa una separación de las personas más vinculadas.

Estos síntomas, además, han de dar lugar a desadaptaciones o deterioros funcionales importantes y su duración ha de ser de 4 semanas como mínimo.

El 50% de los individuos tras los episodios agudos pueden mantener la sintomatología ansiosa y la asistencia desordenada a la escuela o instituto.

TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO

Su trascendencia viene dada por su carácter potencialmente grave e incapacitante, así como por su relación con trastornos como la anorexia nerviosa.

Prevalencia

Supone sólo el 1% de los trastornos del adolescente. En la infancia es más frecuente en los varones; en la adolescencia no existen diferencias entre sexos.

Etiopatogenia

Existe una fuerte predisposición genética. En familiares en primer grado de adolescentes obsesivos se ha detectado hasta un 30% de trastornos obsesivos-compulsivos.

Parece que también está implicada la alteración del sistema serotoninérgico y ciertos cambios y disfunciones en ganglios basales y lóbulos frontales.

Está confirmada la relación del trastorno con ciertas situaciones de estrés, bien precipitándolo o agravándolo.

Clínica

El adolescente experimenta obsesiones semejantes a las de los adultos en temas referentes a la suciedad o temor a que le ocurra algo ominoso a un ser querido. Se preocupan excesivamente por las enfermedades con impulsos de agresividad.

Las compulsiones suelen ser rituales de limpieza y actos comprobatorios, que en muchos casos crean conflictos inter-familiares.

Existe una elevada asociación entre este trastorno y la anorexia nerviosa o el síndrome de Tourette. En este último, los tics motores carecen de intencionalidad y no van precedidos de pensamientos u obsesiones.

Diagnóstico

Los criterios para el diagnóstico del trastorno obsesivo-compulsivo quedan reflejados en la tabla 3.

Tabla 3. Criterios diagnósticos para el diagnóstico del trastorno obsesivo compulsivo según el DSM-IV

A. Presencia de obsesiones o compulsiones.

Las obsesiones se definen por:

1. Pensamientos, impulsos o imágenes recurrentes y persistentes que son experimentados, en algún momento durante el trastorno, como intrusivos e inapropiados y que causan ansiedad o malestar relevantes.
2. Los pensamientos, impulsos o imágenes no son simplemente preocupaciones excesivas sobre problemas de la vida real.
3. La persona intenta ignorar o suprimir tales pensamientos, impulsos o imágenes, o neutralizarlos mediante algún otro pensamiento o acción.
4. La persona reconoce que los pensamientos, impulsos o imágenes son un producto de su propia mente (no impuestos desde el exterior).

Las compulsiones se definen por:

1. Conductas repetitivas (lavarse las manos, ordenar, comprobar, etc.) o actos mentales (rezar, contar, repetir palabras, etc.) que la persona realiza como respuesta a una obsesión, o de acuerdo con reglas que debe seguir rígidamente.
2. Las conductas o actos mentales están dirigidos a prevenir o reducir malestar o a evitar algún hecho o situación desagradable; sin embargo, estas conductas o actos mentales no están conectados de manera realista con lo que debiera neutralizar o prevenir o resultan claramente excesivos.

B. En algún momento durante el curso del trastorno la persona ha reconocido que las obsesiones o compulsiones son excesivas o absurdas.

C. Las obsesiones o compulsiones causan un importante malestar, consumen tiempo (ocupan más de 1 hora al día) o interfieren significativamente la rutina normal de la persona, su funcionamiento ocupacional (o escolar) o sus actividades o relaciones usuales.

Tratamiento

El trastorno obsesivo compulsivo en la adolescencia responde a los mismos tratamientos farmacológicos que en adultos. El 70% de los pacientes responden, experimentando reducciones del 30-50% de los síntomas con fluvoxamina, paroxetina, fluoxetina o clorimipramina. En casos resistentes podemos añadir sales de litio.

No existen suficientes evidencias en adolescentes, al contrario que en adultos, sobre la eficacia de los tratamientos cognitivos conductuales.

Pronóstico

Un trastorno obsesivo-compulsivo en un adolescente puede cursar como un episodio único, con recurrencias o cronificándose en el tiempo. La mayoría de los sujetos seguirán cumpliendo criterios diagnósticos a medio plazo de trastorno obsesivo-compulsivo.

DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN EL ANCIANO

DEPRESIÓN

Epidemiología

A pesar de su elevada frecuencia (13-15%) todavía sigue siendo infradiagnosticada e infratratada (tabla 4).

La frecuencia dependerá del contexto donde se analice. Las tasas más altas se recogen entre los ingresos en unidades psiquiátricas de hospitales generales (50% del total de hospitalizaciones en población anciana), seguida de ancianos

Tabla 4. Consenso sobre detección y manejo de depresión en ancianos para Atención Primaria

La depresión es un problema difícil de tratar en el anciano.

La prevalencia es más elevada en las unidades quirúrgicas que en la población general.

El riesgo se ve incrementado por la presencia de enfermedad y de acontecimientos vitales.

La existencia de actitudes poco favorables hacia el paciente anciano impide un buen manejo de la depresión.

Los tratamientos físicos y psicológicos son tan efectivos en el anciano como en el resto de edades.

La posibilidad de recidivas de depresión en el anciano es un problema frecuente, por lo que debe ser seguida muy de cerca.

con tratamientos somáticos (40%), en tercer lugar estarían los ancianos que viven en residencias (15-35%) y, por último, las tasas más bajas se encontrarían en los que conviven en el seno familiar (10%).

La depresión es más frecuente en la mujer, relacionándose la etiopatogenia de este trastorno con diversos cambios estructurales y bioquímicos acaecidos con la edad (hipofunción serotoninérgica, noradrenérgica y de la actividad tiroxinhidroxilasa), así como con la acumulación de enfermedades somáticas y pérdidas psicológicas (soledad, aflicción) y de estatus social (jubilación).

Clínica

La depresión en el anciano suele presentar una serie de características diferenciales respecto a otros grupos de edad (tabla 5).

El anciano deprimido suele mostrar una sintomatología depresiva poco intensa y muy inespecífica. No es infrecuente

Tabla 5. Características de la depresión en el anciano

Las personas cuya depresión debuta en la ancianidad tienen con menos frecuencia antecedentes en familiares de primer grado de dicha enfermedad.

El 50% de depresiones que se desarrollan en mayores de 65 años son primeros episodios.

Predominio de depresión unipolar versus bipolar (3:1).

El 60% de las depresiones unipolares presentan sus primeras manifestaciones en la tercera edad.

Las formas bipolares de comienzo tardío son muy infrecuentes.

la ausencia de tristeza vital, centrándose las quejas en el área somática (digestiva, genitourinaria y osteomuscular, fundamentalmente), así como a nivel cognitivo (pérdidas de memoria). Otro rasgo característico en la depresión senil es la asociación con cuadros de agitación, siendo muy infrecuente la presencia de inhibición psicomotora (tabla 6).

Tabla 6. Rasgos clínicos de la depresión en el anciano

Más común en el anciano

- Insomnio.
- Letargia.
- Preocupaciones somáticas.
- Agitación psicomotoras.
- Irritabilidad.
- Alteraciones de la memoria.
- Más vulnerabilidad a desarrollar demencia.
- Respuestas más pobres al tratamiento.
- Mayor grado de mortalidad.

Menos común en el anciano

- Humor depresivo.
- Despersonalización.
- Ideación suicida manifiesta.

Diagnóstico

Hay que tener presente:

- La correcta diferenciación entre síntomas somáticos propios de la depresión y síntomas físicos debido al proceso de envejecimiento.
- Otras enfermedades que pueden cursar con síntomas semejantes a los de la depresión (tabla 7).

Tabla 7. Diagnóstico diferencial entre depresión y enfermedad física

Orientan hacia depresión como enfermedad primaria:

- Antecedentes de trastorno depresivo previo.
- Predominio de disforia sobre sintomatología física.
- Presencia de llanto espontáneo.
- Debilidad matutina.
- Pérdida de apetito en ausencia de otro tipo de sintomatología (náuseas, disfagia, etc.).
- Pérdida de interés e inquietud sin causa aparente.
- Falta de respuesta de la sintomatología física a un tratamiento médico adecuado.

- Valorar fármacos capaces de desencadenar cuadros depresivos.

En ocasiones la depresión en el anciano puede cursar con un importante cotejo de síntomas de déficit cognitivo superponibles al de una demencia y que se denomina pseudodemencia depresiva (tabla 8). En estos casos, hay una mejoría franca cuando se trata adecuadamente el cuadro depresivo.

Tratamiento

Es preciso recordar antes de instaurar tratamiento farmacológico:

Tabla 8. Características diferenciales de demencia frente a pseudodemencia

| Características | Pseudodemencia depresiva | Demencia |
|---|--------------------------|--------------|
| Momento de inicio | Repentino y preciso | Insidioso |
| Progresión de los síntomas | Rápida | Lenta |
| Historia personal de trastorno afectivo | Presente | Ausente |
| Antecedentes familiares afectivos | Presentes | Ausentes |
| Síntomas afectivos | Presentes | Afecto lábil |
| Quejas cognitivas | Presentes | Escasas |
| Autoreproche | Presente | Ausente |
| Variación circadiana | Presente | Ausente |
| Déficits intelectuales tras tratamiento depresivo | Mejoran | No mejoran |
| Deterioro de memoria reciente-remota | Similar | Más reciente |
| Lagunas de memoria | Presentes | Ausentes |
| Atención y concentración | Conservadas | Disminuidas |
| Síntomas neurológicos | Ausentes/raros | Presentes |

- La vejez está asociada a una serie de cambios fisiológicos que conllevan un aumento de la vida media de los fármacos.
- Es frecuente que el anciano sea un enfermo polimedicado y, por ello, debemos tener precaución ante las posibles interacciones farmacológicas.

El tratamiento del episodio depresivo debe contemplar una fase aguda (1-2 meses) encaminado a lograr la remisión completa de los síntomas, un tratamiento de continuación (4-5 meses) destinado a evitar las recaídas y un tratamiento de

mantenimiento (3 años) que prevenga las recurrencias. Este último estaría especialmente indicado en el paciente anciano, dado el elevado riesgo de recurrencia y cronicidad que existe.

En cuanto a los fármacos a emplear, debemos tener precaución con el grupo de los antidepresivos tricíclicos por sus posibles efectos secundarios en el anciano, siendo de elección la nortriptilina, por ser mucho mejor toleradas y producir un menor número de interacciones. En líneas generales se recomienda usarlos a dosis menores de las habituales.

Dentro de los antidepresivos tricíclicos, la nortriptilina es la que mejor perfil de tolerancia presenta en el anciano.

La trazodona puede resultar especialmente útil en pacientes ancianos con demencia y depresión o insomnio y trastornos de conducta.

Los IMAO pueden ser útiles en algunas depresiones geriátricas, en especial con síntomas atípicos, como apatía, falta de motivación o pérdida de energía.

Dentro de los ISRS, la sertralina no precisaría ajuste de dosis en el anciano por una interacción mínima con las enzimas del citocromo P450. Otro ISRS de elección podría ser el citalopram; no hay datos empíricos que avalen, por el momento, la eficacia del escitalopram.

La mirtazapina ha demostrado especial eficacia en pacientes ancianos con predominio de ansiedad, insomnio y anorexia.

Así mismo, Venlafaxina Retard (IRSN) tampoco necesitaría modificaciones debido a su excelente perfil de seguridad y tolerancia (unión a proteínas plasmáticas del 27%, frente al resto de antidepresivos que oscila entre un 80 y 98%). Cons-

tituyen una alternativa la mirtazapina, la nefazodona y la reboxetina.

En la tabla 9, se resumen las situaciones especiales en los pacientes ancianos que podrían precisar abordajes antidepressivos particulares, tanto en las fases agudas como en las de consolidación o mantenimiento.

En la tabla 10, se recomiendan unas pautas informativas y de “counselling” para el paciente depresivo y su familia.

Pronóstico

La depresión en el anciano está asociada con un alto riesgo de recurrencia y de tendencia a la cronicidad. Un tercio de los pacientes ancianos deprimidos se recupera totalmente, otro tercio recae tras un período libre de enfermedad y el tercio restante sufre la enfermedad de modo crónico.

Tabla 9. Situaciones especiales en pacientes ancianos y abordajes terapéuticos

| Situación especial | Estrategia terapéutica |
|--|---|
| Depresión psicótica | Combinación de antidepressivos y antipsicóticos. |
| Depresión y síndrome demencial | Citalopram, sertralina y venlafaxina retard junto a dosis bajas de nortriptilina. |
| Depresión en pacientes institucionalizados | No existen evidencias para recomendar un antidepressivo sobre otro. |
| Depresión y ACV | No existen evidencias para recomendar un antidepressivo sobre otro. |
| Depresión resistente | Similar tratamiento que en las resistentes a otras edades. |

Tabla 10. Asesoramiento específico para el paciente y la familia

Interrogar acerca del riesgo de suicidio

- ¿El paciente puede estar seguro de no llevar a cabo ideas de suicidio?
- Puede ser necesaria una supervisión estrecha por parte de la familia y/o amigos.

Durante episodios depresivos, se recomienda

- Oponerse al pesimismo y a la autocrítica.
- No tomar decisiones basadas en ideas pesimistas (divorcio, abandono del trabajo...).
- No concentrarse en pensamientos de culpa o negativos.
- Establecer plan de actividades a corto plazo que proporcionen distracción o autoconfianza.

La tasa de mortalidad en el anciano deprimido es el doble que las de los no deprimidos.

ANSIEDAD

Epidemiología

La ansiedad es un síntoma frecuente en el anciano (hasta un 20%) que se considera, erróneamente, inherente a la vejez. Su presentación parece disminuir a medida que aumenta la edad.

El trastorno encontrado con más frecuencia es el de ansiedad generalizada (7,3%), seguido de los trastornos fóbicos (3,1-10%), y con cifras mucho más bajas para el trastorno de angustia (0,1%) o el obsesivo-compulsivo (0,6%).

Existen diversos factores de riesgo relacionados con el estrés (enfermedad crónica, acontecimientos vitales, salud subjetiva baja, etc.) y de vulnerabilidad (sexo femenino, bajo nivel educativo, soledad, etc.) en el anciano.

La edad avanzada per se, parece no predisponer para el desarrollo de trastornos de ansiedad específicos. La tabla 11 muestra algunas de las causas de trastornos de ansiedad en personas de edad avanzada.

Tabla 11. Causas de ansiedad en el anciano

- Estresores externos.
- Episodio depresivo mayor.
- Trastorno de ansiedad de aparición tardía.
- Ansiedad autolimitada (duelo, reacción de aniversario).
- Insomnio crónico.
- Hipocondría.
- Demencia.
- Estados paranoides.
- Enfermedad médica.
- Medicaciones (teofilina, etc.).
- Reacción de abstinencia de sustancias.

Clínica

Los cuadros más frecuentes en el anciano son los de ansiedad secundaria y los trastornos adaptativos con síntomas ansiosos.

En general, la crisis de angustia, las fobias y los trastornos obsesivos-compulsivos no son cuadros que con frecuencia debuten por primera vez a la edad senil. Lo que sí suele producirse es una reanudación de un cuadro ya existente.

Trastorno de ansiedad generalizada

La proporción es doble en la mujer frente al varón, tanto en adultos como en la edad avanzada.

Es frecuente que el trastorno haya comenzado en etapas previas y que determinados factores ligados al envejecimiento lo hagan reaparecer. En estos casos, debemos revisar la

posible comorbilidad con otras enfermedades (problemas de salud física, deterioro cognitivo, trastornos depresivos).

Trastorno de angustia

En los ancianos, la dificultad respiratoria durante las crisis, la sensación de mareo y el temor a caer son especialmente frecuentes, así como los síntomas agorafóbicos. Afecta más a la mujer.

Los pacientes con pánico de inicio tardío presentarían una mayor frecuencia de disnea que aquellos ancianos con inicio precoz de los síntomas.

Existe una mayor comorbilidad con enfermedades físicas y con trastornos depresivos secundarios.

La aparición de una crisis de pánico por primera vez en un anciano obliga a hacer un estudio médico que descarte otras patologías.

Fobias

Las temáticas fóbicas no se diferencian esencialmente de las de los adultos (salir de casa, quedarse sólo, espacios cerrados, etc.). La prevalencia de agorafobia (1,4-7,9%) es mayor en la mujer, pudiendo recluir a los pacientes en su casa alegando mareos o temor a caerse.

Trastorno obsesivo-compulsivo

Varían poco respecto a la de los adultos, pudiendo llegar a prevalencias del 2%. La enfermedad suele aparecer antes de los 50 años y cursa de manera crónica hasta el final de la vida. Es especialmente frecuente en ancianos la ideación obsesiva relacionada con imágenes o pensamientos de tipo religioso.

Trastorno por estrés postraumático

Puede ser la consecuencia de la cronificación de un trastorno traumático de la edad adulta o de un acontecimiento vivido en la edad senil. Parece que el anciano poseería una cierta capacidad de recuperación frente a sucesos de gran impacto emocional.

Diagnóstico

Es fundamental la correcta identificación del motivo desencadenante a la hora de realizar el diagnóstico. Dado que los cuadros de ansiedad que debutan en edades tardías suelen ser de tipo secundario a otras patologías y/o asociados al consumo de determinadas sustancias, se recomienda realizar una historia clínica detallada y diversas exploraciones complementarias (hemograma, bioquímica, TSH...).

Tratamiento

En primer lugar, debemos actuar sobre déficits de percepción (visuales, auditivos), así como sobre aquellas patologías orgánicas o farmacológicas que puedan generar o precipitar cuadros ansiosos.

Es conveniente programar y realizar actividades diarias y regulares de ejercicio, así como el abordaje de los trastornos de ansiedad mediante el uso de diversas estrategias psicoterápicas (entrenamiento respiratorio, relajación muscular, terapias cognitivo-conductuales, etc.).

En el tratamiento farmacológico se incluyen básicamente las benzodiacepinas y la buspirona. Dentro de las primeras, es preferible usar en el anciano las de vida media corta o inter-

media para evitar el riesgo de acumulación y las que se metabolizan por conjugación (loracepam y oxacepam). La supresión deberá realizarse de forma escalonada. La buspirona puede ser útil en ancianos con EPOC o apnea del sueño.

ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN LA EMBARAZADA

El tratamiento y el manejo de los trastornos depresivo y ansiosos en la mujer presenta determinadas peculiaridades biológicas y vitales, en función del ciclo reproductivo y de las circunstancias que se relacionan, directa o indirectamente con él.

Durante el embarazo, la posibilidad de padecer una depresión aumenta. La norma general es no administrar ningún tipo de fármaco a la mujer gestante si no es estrictamente necesario, con el fin de evitar riesgos al feto.

Si las manifestaciones del cuadro son leves, se deben recomendar tratamientos no farmacológicos (psicoterapia, privación de sueño, etc.).

En los casos donde la paciente esté tomando medicación antidepresiva, la suspensión de la misma supone un alto riesgo de recaída. Además, es importante valorar que el trastorno afectivo incide sobre el cuidado que la madre tiene sobre sí misma (conductas autolesivas) y su futuro hijo, pudiendo sufrir las consecuencias de una mala alimentación o de la ansiedad de la madre. Así, pues, el tratamiento farmacológico de la depresión de la embarazada no está exento de riesgos, pero la falta de tratamiento puede conllevar otros potencialmente más graves.

El grupo de expertos recomienda como primera línea el tratamiento con ISRS/IRSN. El riesgo de complicaciones graves en el recién nacido debidas al tratamiento de la madre con ISRS o antidepresivos tricíclicos durante los primeros meses del embarazo no parece considerable. En el último período de la gestación sí aumenta ese riesgo de complicaciones.

Por otro lado, las consecuencias de no realizar un tratamiento farmacológico pueden ser más graves, como las de utilizar medicación antidepresiva. Es importante recordar que la utilización concomitante de recursos no farmacológicos puede favorecer la evolución adecuada de la depresión.

DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN EL INMIGRANTE

La emigración es el abandono, permanente, temporal o cíclico, del lugar de origen o residencia habitual, para instalarse en otro situado a considerable distancia geográfica del primero.

FACTORES DEL EMIGRANTE Y TRASTORNOS MENTALES

Para conocer la relación entre la emigración y los trastornos psiquiátricos del emigrante es necesario considerar el efecto de una amplia variedad de factores:

- **Edad del sujeto:** Los ancianos suelen permanecer más vinculados a su pasado cultural que los niños o adultos.
- **Motivos para emigrar:** Ciertos hitos en el ciclo vital de las personas, como el matrimonio, el divorcio, la muerte del

cónyuge, etc., se asocian a una mayor predisposición migratoria.

- Circunstancias migratorias: Las experiencias migratorias previas, la existencia o no de compatriotas en el país huésped.
- Similitud entre el lugar de origen y el huésped: Idioma, religión, clima, etc.
- Actitud del emigrante hacia la cultura del nuevo lugar: Pueden darse varias posibilidades según conserve o no la cultura propia y según o no adopte la cultura huésped, de tal forma que el emigrante podría integrarse, asimilarse, separarse o hacerse marginal.
- Personalidad del emigrante: Condicionará en parte la actitud ante el cambio cultural y el curso de éste.

TRASTORNOS DEPRESIVOS Y ANSIOSOS

Las pérdidas afectivas debidas a la emigración forzosa, sobre todo en refugiados, suelen producir cuadros de ansiedad, depresión crónica, distimia, etc. Muchos emigrantes arrastran duelos prolongados, toda vez que siguen viviendo pérdidas que ocurren cuando ellos ya no están en el lugar de origen.

Las formas de expresión de la sintomatología depresiva pueden variar mucho en las diferentes culturas. Con frecuencia las depresiones presentan mucha sintomatología física y somática como cefalea, diarrea, dorsalgia, fatiga o palpitaciones.

Hay culturas donde las depresiones se manifiestan principalmente por cuadros somatomorfos, ya que fomentan más

la expresión somática de la ansiedad o de la depresión que la de sus aspectos emocionales o psicológicos. También es posible que influya más referir al profesional de otro medio cultural, síntomas somáticos que psicológicos a la hora de valorar sus quejas.

Es muy importante en el manejo explicar y comentar al paciente emigrante, de una forma adecuada y sencilla, la naturaleza y el motivo de su padecimiento. Por otro lado, es fundamental asegurarse de que va a tener continuidad y adherencia al tratamiento, ya que el coste del mismo y la duración puede en muchos casos condicionar el éxito.

DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN EL PACIENTE CON MOBBING

Concepto

El *mobbing* (psicoterrorismo laboral o acoso moral en el trabajo) es un comportamiento negativo entre compañeros o entre superiores e inferiores jerárquicos, a causa del cual el afectado/a es objeto de acoso y ataques sistemáticos, durante mucho tiempo. El *mobbing* es más frecuente en personas del sexo femenino.

El objetivo de los psicoterroristas laborales es anular totalmente a su víctima para conseguir a medio o largo plazo que abandone la empresa, recortando para ello su capacidad de comunicación y de interacción con los compañeros y compañeras, rebajando sus responsabilidades, por parte de una o más personas, con el objetivo y/o el efecto de hacerle sentir de menos.

Aunque las causas del problema pueden ser de distinta naturaleza, fundamentalmente se centran en torno a aspectos relacionados con la organización y dirigiendo contra él críticas y mentiras infundadas de su actividad laboral e incluso acerca de su vida particular.

El resultado es demoledor, ya que la persona objeto de acoso pierde su autoestima, ve mermadas sus capacidades profesionales, sus relaciones personales en el entorno laboral y se autodestruye moralmente.

El *mobbing* se puede definir, pues, como el fenómeno en que una persona o grupo de personas ejercen una violencia psicológica extrema, de forma sistemática y recurrente al menos una vez por semana y durante un tiempo prolongado (más de seis meses) sobre otra persona en el lugar de trabajo, con la finalidad de destruir las redes de comunicación de la víctima o víctimas, destruir su reputación, perturbar el ejercicio de sus labores y lograr finalmente que esa persona o personas acaben abandonando el lugar de trabajo.

Fases

Es difícil establecer una secuencia común de hechos en el transcurso de un proceso de acoso moral en el trabajo que nos permita determinar una serie fija de fases que abarquen desde su aparición hasta su desenlace, cualquiera que fuera éste.

Esta imposibilidad se debe sobre todo a las distintas peculiaridades que en cada caso pueden presentar los acosadores, las víctimas y el entorno en el que se desarrolla el conflicto, así como del modelo de organización en el que se desata el proceso.

Fase de conflicto

Es normal que aparezcan conflictos interpersonales en cualquier empresa como consecuencia de la existencia de grupos y personas que frecuentemente tienen intereses y objetivos distintos e incluso contrapuestos. Debido a esto surgen problemas puntuales, roces o incluso choques entre personas que bien pueden solucionarse de forma positiva a través del diálogo o que, por el contrario, pueden constituir el inicio de un problema más profundo que tiene posibilidades de llegar a estigmatizarse, siendo en este segundo caso cuando se entra en la fase siguiente. Cuando estos conflictos puntuales comienzan a estigmatizarse, se produce un punto de inflexión en unas relaciones que hasta ese momento podrían considerarse como satisfactorias o neutras, siendo el punto de partida de una escalada de enfrentamientos.

Fase de mobbing o de estigmatización

En esta fase el acosador pone en práctica toda la estrategia de hostigamiento en su víctima, utilizando para ello, sistemáticamente y durante un tiempo prolongado, una serie de comportamientos perversos cuyo objetivo es ridiculizar y apartar socialmente a la víctima. Se puede decir que esta segunda fase ya es propiamente de *mobbing*. La víctima no puede creer lo que está sucediendo y puede llegar incluso a negar la evidencia ante la pasividad, la negación o la evitación del fenómeno por el resto del grupo al que pertenece. Esta fase es muy duradera en el tiempo y sirve para estigmatizar a la víctima con el consentimiento e incluso con la colaboración activa o pasiva del entorno.

Fase de intervención desde la empresa

Lo que en principio era un conflicto conocido básicamente por los miembros del grupo al que pertenece la víctima transciende a la dirección de la empresa. Pueden ser varias las formas de actuación que se pueden poner en práctica, generalmente por el departamento de recursos humanos o la dirección de personal.

Fase de marginación o exclusión de la vida laboral

Esta última fase suele desembocar en el abandono de la víctima de su puesto de trabajo, muy probablemente tras haber pasado por largas temporadas de baja. Los trabajadores/as de las administraciones públicas suelen pedir cambios de puesto de trabajo que en pocas ocasiones se materializan, mientras que en la empresa privada parte de las víctimas deciden aguantar estoicamente en su puesto de trabajo y atraviesan un calvario que tiene consecuencias muy negativas para su salud. Unos y otros sufren un agravamiento del problema, tanto dentro como fuera de la empresa. En los casos más extremos los trabajadores/as acosados pueden llegar al suicidio.

Consecuencias del *mobbing*

Los acosadores ponen en marcha esta maquinaria demoleadora por distintas razones, entre las que podemos destacar los celos, la envidia, no sólo centrada esta última sobre los bienes materiales de la víctima, sino sobre las cualidades personales positivas de la misma, como puede ser su inteligencia, su brillantez personal, su ecuanimidad, etc.

Es habitual que los ataques se produzcan porque la víctima tenga ciertos rasgos diferenciales respecto al resto del grupo, como por ejemplo el color de su piel o alguna característica física que es aprovechado por el acosador para ensañarse con ella.

El acoso laboral tiene como objetivo intimidar, apocar, reducir, aplanar, amedrentar y consumir emocional e intelectualmente a la víctima, con vistas a eliminarla de la organización o a satisfacer la necesidad insaciable de agredir, controlar y destruir que suele presentar el hostigador, que aprovecha la situación que le brinda la situación organizativa particular (reorganización, reducción de costes, burocratización, etc.) para canalizar una serie de impulsos y tendencias psicopáticas.

Nos encontramos ante un tipo de agresión extremadamente sutil en cuanto perversa, ya que se trata de un comportamiento premeditado, que se ejecuta según una estrategia minuciosamente preconcebida con un objetivo claro y concreto: la anulación de la víctima.

Clínica

El cuadro clínico que define al *mobbing* reviste dos formas principales:

Depresión

La clínica sería muy parecida al síndrome de desgaste profesional o de *burnout*, produciéndose un agotamiento físico y/o psicológico, una actitud fría y despersonalizada en la relación hacia los demás y un sentimiento de inadecuación a las tareas que ha de realizar. Estas manifestaciones pueden lle-

var precisamente a confundirse con cuadros poco precisos de depresión.

Estrés y ansiedad

El cuadro es muy similar al trastorno de estrés postraumático con intrusiones obsesivas, sueños repetitivos relacionados con la situación de acoso, hiperactividad, irritabilidad y desarrollo progresivo de conductas de evitación (reuniones, discusiones, etc.).

Manejo

Es importante solucionar varios frentes: las personas (víctimas, agresores, cómplices), la empresa (y el interés por resolver el conflicto) y una legislación laboral adecuada.

Se pretende fundamentalmente conseguir:

- Desactivación emocional:
 - Superar la negación del acoso.
 - Canalizar la ira y la rabia a través del humor y la comprensión.
- Organizar una respuesta eficaz:
 - La somatización a la aceptación del dolor.
 - La sumisión a la autoafirmación asertiva.
 - La introyección de la culpa a la extroyección.

Para conseguir todo esto, es necesario que la víctima esté protegida del acoso psicológico y luche en igualdad de condiciones con el agresor. Por ello, en muchas ocasiones necesitará ayuda farmacológica que disminuya la ansiedad y el posible cuadro depresivo acompañante. Si el cuadro se caracteriza por la pérdida de autoestima, fatiga, aislamiento o ánimo bajo, puede ser necesario introducir un antidepre-

sivo. Actualmente, no existen claras evidencias de un antidepresivo sobre otro en relación a la eficacia del tratamiento de la depresión en el *mobbing*.

Una estrategia muy importante en el manejo del *mobbing* es identificar objetivamente en qué consisten los elementos hostiles y provocadores. La víctima deberá aprender a ser imperturbable, actuar con sangre fría y no entrar nunca en el juego del agresor, aunque resulte difícil.

Cuando se tengan todos los datos objetivos sobre las formas de maltrato, se debe poner el problema en conocimiento de las personas que puedan ayudarnos (médico de empresa, comité de empresa, sindicatos, etc.), así como plantearse demandar el caso a la justicia.

DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN EL *BURNOUT*

El desgaste profesional o *burnout* es un estado de fatiga o frustración relacionado con el trabajo, en una persona que no padece otra alteración psicológica, en un puesto de trabajo en el que antes ha funcionado bien y que ya no puede conseguirlo de nuevo si no es por una intervención externa o por un reajuste.

Se trata de un estado emocional de desadaptación o frustración, en relación con expectativas previas, que se produce en los profesionales al cabo de un tiempo de dedicación al ejercicio de su profesión.

Causas

Puede ocasionarse tanto por un excesivo grado de autoexigencia como por la escasez de recursos; es decir, por una

discrepancia entre lo que uno espera y lo que realmente es la vida laboral cotidiana.

Este síndrome tiene su origen en una respuesta inadecuada a un estrés emocional crónico cuyos rasgos principales son: un agotamiento físico y/o psicológico, una actitud fría y despersonalizada en la relación hacia los demás y un sentimiento de inadecuación a las tareas que ha de realizar. Los factores relacionados con el síndrome se reflejan en la tabla 12.

| Tabla 12. Factores que se relacionan con el <i>burnout</i> | |
|---|---|
| Trabajo | <ul style="list-style-type: none">• Falta de identificación con el puesto, excesiva burocracia, limitaciones para realizarse como profesional, falta de grupo... |
| Relaciones sociales | <ul style="list-style-type: none">• Desprestigio de su labor, disparidad de intereses entre el profesional y la organización a la que pertenece. |
| Autoestima | <ul style="list-style-type: none">• Falta de participación en los objetivos y en las decisiones, falta de respaldo por parte de la organización ante los conflictos, falta de carrera profesional o de productividad... |

Síntomas

Se pueden agrupar en 4 áreas:

- **Psicosomáticos:** Suelen ser de presentación precoz, apareciendo dolores de cabeza, insomnio, alteraciones gastrointestinales, pérdida de peso, dolores musculares e hipertensión arterial.
- **Conductuales:** Absentismo laboral, aumento de la conducta violenta, abuso de fármacos y alcohol, problemas familiares y comportamientos de alto riesgo.
- **Emocionales:** Distanciamiento afectivo, irritabilidad, dificultad de concentración, etc.

- Defensivos: negación de sus emociones, desplazamiento de sentimientos hacia otras personas o cosas.
- El *burnout* es un proceso continuo, de comienzo insidioso, paulatino e incluso larvado, donde se pueden distinguir varias fases (tabla 13).

Tabla 13. Fases o estados sucesivos del *burnout*

| Fase | Características |
|--------|--|
| Fase 1 | Falta de identificación con el puesto, excesiva burocracia, limitaciones para realizarse como profesional, falta de grupo... |
| Fase 2 | Se produce un sobreesfuerzo del sujeto como respuesta a ese desajuste, apareciendo fatiga y ansiedad. |
| Fase 3 | Cambio de actitudes y de conductas con el fin de defenderse de las tensiones. Esta fase sería el <i>burnout</i> totalmente instaurado. |

Diagnóstico

El cuestionario de Maslach (Maslach Burnout Inventory) es el más empleado en todo el mundo para el diagnóstico de este síndrome.

Existe una versión traducida y validada en España que valora 3 subescalas (Moreno y cols.), aunque actualmente hay una versión posterior (Gil-Monte) de 16 ítems:

- Cansancio emocional (9 ítems).
- Despersonalización (5 ítems).
- Logros o adaptación personal (8 ítems).

Manejo

A la hora de enfrentarse al desgaste profesional, el trabajador debe reconocerlo en uno mismo, preguntándose qué es

lo que más estrés le produce y si está en su mano modificar en algo esa situación.

Es fundamental que se reconozca como persona válida y bien formada, capaz de sacar adelante su trabajo, aunque no en las mejores condiciones. Por último, debe luchar para que su entorno social esté correctamente estructurado.

En muchos casos, al inicio del cuadro, será necesario un tratamiento ansiolítico e hipnótico. Si el cuadro se caracteriza por la pérdida de autoestima, fatiga, aislamiento o ánimo bajo, puede ser necesario introducir un antidepresivo. Actualmente, no existen claras evidencias de un antidepresivo sobre otro en relación a la eficacia del tratamiento de la depresión en el *burnout*.

Prevención

Según Herzberg, existirían unos factores motivacionales (trabajo interesante y retador, responsabilidad, reconocimiento de logro) que todos tenemos de perfeccionarnos en nuestro trabajo y unos factores de mantenimiento (compañeros agradables, seguridad, salario, vacaciones).

Según este autor, serían los primeros factores los que realmente producen satisfacción en el trabajo y los más eficaces para motivar al individuo y los que impulsan a rendir más. Los factores de mantenimiento sirven para evitar la insatisfacción, pero tienen un mínimo efecto sobre las actitudes ante el trabajo.

Un programa de prevención debería incluir tanto una intervención individualizada, donde se consideren las habilidades individuales y sus necesidades, y otra organizacional, donde

se contemplara la presión del trabajo, el rol del profesional, la estructura jerárquica, etc. El objetivo final sería la reducción de la indefensión, el fatalismo y las tensiones. Junto a estos programas preventivos generales, también resultan eficaces estrategias de prevención precoz de estrés, encaminadas a un tratamiento precoz (tabla 14).

Tabla 14. Medidas a tomar para evitar el estrés laboral

Diseñar horarios de trabajo que eviten conflictos con la vida familiar.

Fomentar la participación de los trabajadores en las decisiones que les afecten.

Las asignaciones de trabajo deberán ser compatibles con las capacidades y recursos del trabajador.

Definir claramente los papeles y responsabilidades en el trabajo.

Crear oportunidades para la interacción social dentro del trabajo.

DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN EL ESTRÉS POSTRAUMÁTICO

Para el DSM-IV dentro de la clasificación actual de los trastornos de angustia encontramos una entidad nosológica propia, los trastornos por estrés postraumático.

Un grupo internacional de expertos de 23 países (Uhlenhuth EH, et al. J. Clin. Psychopharmacol 1998, 18: 27-31) han consensuado a los ISRS (fluoxetina, sertralina, paroxetina) los antidepresivos de elección, y a la venlafaxina retard el fármaco de segunda elección.

Tanto el citalopram como los inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAO) y los tricíclicos (con excepción de la desipramina) son útiles para aliviar los síntomas. Sólo en caso de ausencia de respuesta a los ISRS y a la venlafaxina retard

se deberían usar los tricíclicos, que, como se sabe, algunos pacientes parecen mostrar una intolerancia importante a sus efectos colinérgicos.

BIBLIOGRAFÍA

American Psychiatric Association. Benzodiazepine: dependence, toxicity, and abuse. Washington: American Psychiatric Association, 1990.

American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4ª. Ed. Text Revision (DSM-IV-TR). Washington: American Psychiatric Association, 2000.

American Psychiatric Association. Trastorno de ansiedad generalizada. Tratamiento. Barcelona: Medical Trends, 2000; 89-90.

Ayuso JL, Alfonso S, Rivera A. Childhood separation anxiety and panic disorder: A comparative study. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 1989; 13:665-71.

Bobes J, Saiz PA, González MP. Manejo de los trastornos mentales y del comportamiento en asistencia primaria. 2ª ed. Oviedo: Gofer, 1997.

Campos R, Lobo A. La psiquiatría de enlace con Atención Primaria. En: Lobo A, Campos R, eds. Manejo del paciente con trastornos de ansiedad en Atención Primaria. Madrid: Doyma, 2000.

Castillo R., Waitzkin H, Ramírez Y, Escobar J. I. Somatization in primary care with a focus on immigrants and refugees. *Archives of Family Medicine*, 1995; 4(7):646-73.

Gale C. Anxiety Disorder. *BMJ* 2000; 321:1.204-07.

González Rodríguez VM, de Cabo Astorga MA, Martín Martín MA: El mobbing. Aspectos conceptuales y cuestiones prácticas para el médico de familia sobre las conductas de acoso psicológico en el trabajo. Ed: IM&C. Madrid, 2004.

James A. Russell, Core Affect and the Psychological Construction of Emotion, *Psychological Review* Copyright 2003 by the American Psychological Association, Inc. 2003, Vol. 110, No. 1, 145-72.

Karl Aquino University of Delaware, A Relational Model of Workplace-Victimization: Social Roles and Patterns of Victimization in Dyadic Relationships, *Journal of Applied Psychology* Copyright 2004 by the American Psychological Association 2004, Vol. 89, No. 6, 1.023-34.

Katon W, roy-Byrne PP. Mixed anxiety depression. *J. Abnorm Psychol* 1991; 100:337-45.

Mardomingo MJ. *Psiquiatría del niño y del adolescente*. Madrid: Díaz de Santos. 1994.

Parmelee DX. *Child and adolescent psychiatry*. St. Louis, Missouri: Mosby, 1996.

Sanjuán Arias J, Balanzá Martínez V. Trastornos del humor secundarios a daño cerebral, enfermedades médicas o fármacos. En: Cervera Enguix S., Baca Baldomero E., Cuenca Fernández E., et al. (eds.). *Trastornos del humor*. Madrid: Panamericana 2000.

Stocky A, Lynch J. Acute psychiatric disturbance in pregnancy and the puerperium. *Baillieres Best pract res Clin Obstet Gynaecol* 2000; 14(1):73-87.

Stotland NL. La mujer en la psiquiatría. *Tratado de psiquiatría*. Barcelona: Ancora, 1996; 1.421-43.

Terr LC. Childhood traumas: an outline and overview. *Am J Psychiatry* 1991; 148. 10-20.

Toro J. Trastornos obsesivos en la infancia y adolescencia. En: Vallejo J, dir. *Estados obsesivos*, 2ª. Ed. Barcelona: Masson, 1995.

Tueth MJ. Anxiety in the older patient: differential diagnosis and treatment. *Geriatrics* 1993; 48:51-4.

Vallejo J, Gastó C. Clasificación de los trastornos de ansiedad. En: Vallejo J, Gastó C, eds. *Trastornos afectivos: ansiedad y depresión*. Barcelona: Salvat, 1991; 3-11.

La depresión como enfermedad crónica

Dr. Víctor Manuel González Rodríguez

INTRODUCCIÓN

El concepto de la depresión como enfermedad crónica podría estudiarse desde la perspectiva de la permanencia de la sintomatología durante un determinado período de tiempo, característica ésta de un subtipo de depresión y condición necesaria, por tanto, para el diagnóstico de la misma: la *dístimia*, cuyos criterios diagnósticos, según la Clasificación de la DSM-IV, se corresponden con un estado de ánimo deprimido crónico, durante al menos la mitad del tiempo, al menos durante dos años, y que presenta por lo menos tres de los siguientes síntomas:

1. Pérdida o aumento de apetito.
2. Insomnio o hipersomnía.
3. Fatiga o falta de energía.
4. Baja autoestima.
5. Dificultad para concentrarse o tomar decisiones.
6. Sentimientos de desesperanza.

Se caracteriza, pues, por una alteración depresiva crónica del estado de ánimo, los pacientes que la padecen, aunque tienen días o semanas en los que se encuentran bien, la mayor

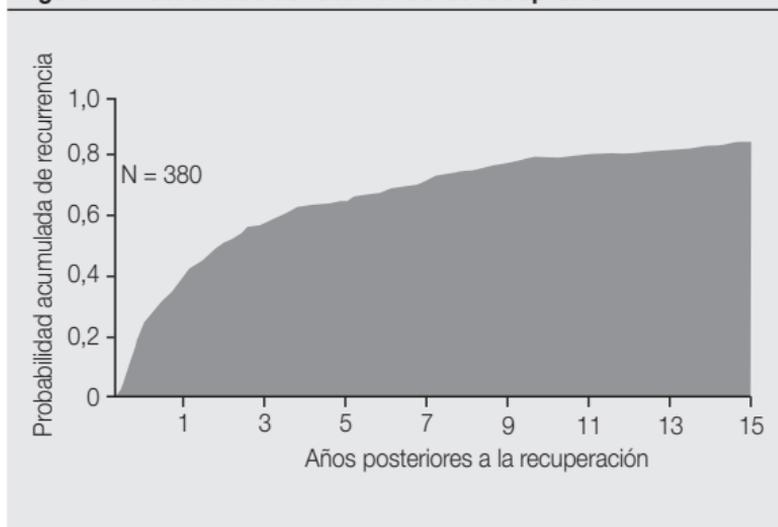
parte del tiempo se sienten cansados y deprimidos y nada les satisface. Tienen tendencia al retraimiento, están meditabundos, quejumbrosos, duermen mal y se sienten incapaces de todo, aunque habitualmente pueden hacer frente a las demandas básicas de la vida cotidiana. En las antiguas clasificaciones era conocida como depresión neurótica.

Sin embargo, otras teorías proponen que la característica de la cronicidad podría aparecer en cualquier tipo de depresión, y que su resultado sea la vía final de la compleja interacción de factores biológicos, psicosociales y terapéuticos. Se han propuesto factores relacionados con la propia personalidad de los pacientes que padecen este tipo de problema, generalmente con elevados índices de neuroticismo, factores sociales estresantes asociados continuados y muy variados, falta de apoyo social, y otros factores de riesgo como la edad avanzada o problemas médicos asociados (hipotiroidismo subclínico, hipoactividad serotoninérgica y noradrenérgica, etc.). Es posible que la relación con los retrasos en el inicio de los tratamientos o la elección inadecuada de los mismos (en cuanto a los principios activos, dosis, o pautas posológicas) pueda jugar un papel sustancial en la etiopatogenia. Se ha observado que la mayoría de los pacientes tienen antecedentes previos de numerosos episodios, de larga duración, frecuente existencia de síntomas residuales, con mayor cronicidad también de los episodios depresivos previos y menor intensidad de los episodios agudos posteriores.

En un estudio prospectivo realizado por Mueller y colaboradores, la mayoría de los pacientes experimentó, al menos, una recaída en los 15 años posteriores a la recuperación,

definida como un período de ocho semanas consecutivas sin síntomas o con síntomas mínimos. En este estudio se hizo seguimiento a 380 pacientes, durante 15 años después de la recuperación de un episodio índice de depresión mayor; los resultados se analizaron mediante el método de Kaplan-Meier. El porcentaje de recurrencia fue del 85% entre los 380 pacientes recuperados y del 58% entre los pacientes que se mantuvieron bien durante al menos cinco años (figura 1).

Figura 1. Probabilidad de recurrencia de la depresión



Estudios anteriores han demostrado que la probabilidad de una recurrencia aumenta con el número de episodios de depresión subsiguientes al episodio índice: la probabilidad de recurrencia después de un primer episodio es de 50%, cifra que se eleva a 90% si se han sufrido tres o más episodios depresivos.

Puede resultar problemático, no sólo para los trabajos de investigación, sino sobre todo para la práctica clínica diaria

relacionada con la depresión, el gran número de escalas existentes para evaluar el grado y gravedad de la sintomatología depresiva. La HAM-D, tanto en su modalidad de 17 ítems (HAM-D17) como en la de 21 (HAM-D21), se utiliza con mucha frecuencia para monitorizar la depresión en estudios clínicos, pero puede ser muy larga e inapropiada para el contexto clínico, al igual que la *Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale* (MADRS), que se utiliza en forma habitual en condiciones de investigación para demostrar la eficacia de los medicamentos antidepresivos, pero puede consumir demasiado tiempo en el contexto clínico. Para el uso clínico, la encuesta QIDS está disponible en dos formatos, uno diseñado para el clínico (QIDS-C) y otro para el paciente (QIDS-SR). El *Patient Health Questionnaire-9* (PHQ-9) puede ser útil cuando se dispone de poco tiempo, ya que es autoaplicable por el propio paciente; también es útil, y más conocida en nuestro medio, el *Beck Depression Inventory* (BDI), un cuestionario de 21 ítems, también auto-administrado, que evalúa actitudes depresivas.

FACTORES DE RIESGO

Ya hemos comentado que en la cronicidad de la depresión pueden intervenir numerosos factores, desde la ausencia de tratamiento a la realización de un tratamiento inadecuado, o la utilización de fármacos inapropiados (como las benzodiazepinas) o el uso de antidepresivos en dosis no terapéuticas. Las causas pueden ser muy variadas, desde la falta de un adecuado diagnóstico, como ocurre en los cuadros depresivos cuyos síntomas no son suficientemente intensos y se produce una minusvaloración de éstos, o que incluso se justifiquen por determinados acontecimientos vitales des-

favorables. Otros factores que pueden intervenir en el mantenimiento de los síntomas son determinados rasgos de la personalidad, como los ya referidos (el neuroticismo), las actitudes disfuncionales, la introversión, la dependencia, los rasgos obsesivos, la hipersensibilidad interpersonal. La falta de respuesta a un determinado tratamiento correspondería a una depresión resistente, a la que nos referiremos más adelante, y cuyo diagnóstico diferencial debemos efectuar para tomar las medidas correctoras necesarias. Existen también factores relacionados con acontecimientos vitales estresantes, la comorbilidad, o la dependencia de sustancias que pueden influir en la persistencia de los síntomas, aunque algunos podrían ser más la consecuencia que la causa del trastorno. Otros factores psicológicos, sociales o médicos pueden desempeñar una función en el desarrollo y el tratamiento de los trastornos depresivos crónicos.

DEPRESIÓN RESISTENTE VS DEPRESIÓN CRÓNICA

El concepto de depresión resistente se refiere al de un episodio depresivo que no ha mejorado de manera suficiente tras el tratamiento con un fármaco antidepresivo (de eficacia contrastada), utilizado en dosis terapéuticas y durante un tiempo adecuado. Hasta un 30-40% de los pacientes no responden tras un primer tratamiento, y entre el 5 y el 10% no responden a tratamientos más intensivos.

Los criterios de resistencia se establecieron inicialmente según el patrón de respuesta a la imipramina (a dosis medias de 150 mg), aunque posteriormente se sustituyeron por criterios de resistencia con dosis más elevadas (hasta 300

mg/día, o un tricíclico equivalente, o un tratamiento con fenelzina, o tratamiento con terapia electroconvulsiva).

Los criterios básicos de depresión resistente quedaron establecidos, tras las revisiones posteriores, como un episodio depresivo que no responde a 300 mg de imipramina/24 h., o a un antidepresivo equivalente, con un tiempo mínimo de espera para la remisión de 6 semanas, y habiendo asegurado la adherencia al tratamiento.

En el diagnóstico diferencial entre una depresión resistente y una depresión endógena recurrente crónica se deben tener siempre en cuenta una serie de cuestiones:

- El diagnóstico correcto: La presencia de otros trastornos de la salud mental (no afectivos o subtipos de depresión que requieren tratamientos específicos, comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos); presencia de comorbilidad médica asociada o la existencia de interacciones farmacológicas en pacientes polimedcados.
- El tratamiento correcto: En muchas ocasiones el origen de una depresión resistente y la confusión con una depresión crónica es el error en el tratamiento. Las dosis y la duración de los tratamientos deben estar basadas en las recomendaciones internacionalmente aceptadas. La utilización de la dosis óptima, durante un tiempo mínimo de 6-8 semanas se estima como la duración más adecuada. La dosis de equivalencia corresponde a 300 mg de imipramina al día, aunque con la introducción de los inhibidores de recaptación de serotonina el tratamiento se ha simplificado mucho, lo que permitiría menos posibilidades de resistencia; sin embargo, se han observado también infradosificaciones con principios activos de este grupo farmacológico.

La mala adherencia al tratamiento también puede estar en la base de la resistencia del episodio depresivo, por lo que siempre debe valorarse, además de tener en cuenta las posibles intervenciones psicoterapéuticas de apoyo que pudieran ser de utilidad.

- **La respuesta terapéutica:** Se debe evaluar sobre los cambios en la gravedad de la depresión. Se ha demostrado que lograr la remisión de los síntomas durante los primeros tres meses de tratamiento es un factor protector, ya que disminuye el riesgo de recaída y recurrencia hasta por dos años, aunque el plan debe ser individualizado, y teniendo en cuenta los condicionantes personales del paciente, familiares, sociales, etc. El planteamiento de objetivos razonables debe incluir siempre la remisión, la recuperación funcional, la prevención de recaídas y de recurrencias a largo plazo, etc., aunque los patrones de los planes de cuidados no deben ser idénticos para todos y cada uno de nuestros pacientes.
- **Número de ensayos terapéuticos farmacológicos:** El diagnóstico de depresión resistente debería conllevar una serie de estrategias terapéuticas efectivas ordenadas, basadas en el conocimiento profundo de los fármacos a emplear, por lo que resulta lógico pensar que tras utilizar dos ensayos en Atención Primaria (ISRS/IRSN) a dosis óptimas y el tiempo establecido, el paciente fuera valorado por salud mental para determinar asociaciones de fármacos, incrementos de dosis u otras posibilidades terapéuticas.

En la tabla 1 se recogen algunas diferencias entre depresión crónica y resistente.

Tabla 1. Diferencias entre depresión crónica y resistente

En las depresiones crónicas hay una refractariedad aparente.

Persistencia de síntomas por errores en el tratamiento (dosis o duración inadecuadas).

Errores diagnósticos:

- Máscara depresiva de trastornos neuróticos o de trastorno borderline.
- Refractariedad o cronicidad debida a problemas médicos dubyacentes (cáncer, diabetes, hipotiroidismo, etc.).

Dos tipos de crónicos-resistentes:

- Marcado neuroticismo previo, baja respuesta a los antidepresivos en el primer episodio o índice, síntomas endógeno e historia familiar de depresión unipolar.
- Síntomas psicóticos, resistentes al litio, disfunción tiroidea y resistencia biológica real.

Predominio de:

- Cronicidad, mayor de dos años o toda la vida en depresivos crónicos y resistentes unipolares no melancólicos.
- Exacerbación por noxas ambientales.
- Resistencia al tratamiento durante su curso, aunque en un primer episodio hubiera buena respuesta.
- Intercambiabilidad entre rasgos de personalidad y humor.

Diferentes formas de cronicidad:

- Depresión mayor crónica primaria:
 - Unipolar o bipolar.
 - No distímica.
 - De inicio tardío.
 - No resuelta a causa de tratamiento insuficiente o inadecuado.
- Depresión mayor crónica secundaria:
 - Residual a otros trastornos psiquiátricos no afectivos o a trastornos médicos.
- Trastorno distímico o depresión caracterológica o menor crónica:
 - Mayor inicio en edad infantojuvenil.
 - Síntomas leves persistentes.
- Doble depresión:
 - Trastorno distímico en el que aparece un episodio de depresión mayor.
- Depresión refractaria crónica:
 - Resistente a un tratamiento mínimo de 2 años.
- Depresión refractaria remitente:
 - Puede remitir espontáneamente, aunque no haya respondido a tratamientos previos.

Fuente: Adaptado de Chinchilla A, et al. Guía terapéutica de las depresiones. Barcelona: Masson; 1999.

DEPRESIÓN CRÓNICA Y TRATAMIENTO

Parece evidente que las depresiones crónicas no constituyen un grupo homogéneo y que, por tanto, no podrá recomendarse un tratamiento de elección único para todas ellas. Es posible afirmar que el tratamiento (farmacológico y no farmacológico) consigue resultados en un elevado porcentaje de casos.

Las estrategias farmacológicas serán similares independientemente del grupo farmacológico elegido (tricíclicos, ISRS, IRSN, IMAO), y se obtiene también beneficio sobre el deterioro psicosocial de los pacientes con estos trastornos. El primer paso será elegir el principio activo a utilizar, en cuya decisión será muy importante tener en cuenta el balance riesgo-beneficio, valorando los posibles efectos secundarios del fármaco. Otras cuestiones a tener en cuenta, obviamente, serán aquellas relacionadas con la eficacia, la tolerabilidad y el coste. Los ensayos clínicos más numerosos son aquellos que se han realizado con antidepresivos tricíclicos y con ISRS. La eficacia parece similar para ambos grupos terapéuticos, teniendo los segundos un menor número de efectos adversos graves, menos contraindicaciones y menos abandonos del tratamiento. La mayoría de los estudios clínicos aleatorios, doble ciego y controlados con placebo que han estudiado la prevención, tanto de recaídas como de recurrencias, mediante ISRS e IRSN, han tenido entre seis meses y un año de duración. La tabla 2 resume los estudios controlados con placebo en los que se ha utilizado ISRS, inhibidores de la recaptación de serotonina y norepinefrina y antidepresivos atípicos para la prevención de recaídas y recurrencias; sólo dos de estos estudios duraron

Tabla 2. Estudios aleatorios, doble ciego, controlados con placebo de recaída y recurrencias de episodios depresivos

| | 6 meses | 1 año | 2 años |
|----------------|---------|-------|--------|
| Venlafaxina XR | x | x | x |
| Duloxetina | x | | |
| Escitalopram | x | x | |
| Bupropion | x | | |
| Sertralina | x | x | † |
| Paroxetina | x | x | ‡ |

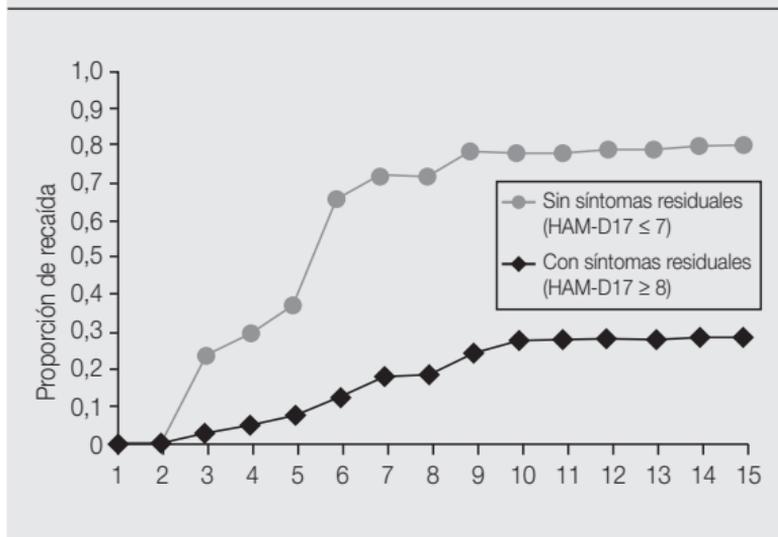
x= Demostrada prevención de recaída/recurrencia al término del tratamiento.

dos años. En un estudio se evaluó la eficacia de la monoterapia con sertralina en la prevención de recurrencias durante dos años, pero no se encontró una diferencia significativa en comparación con placebo; en otro, se evaluó la eficacia de la paroxetina, en combinación con psicoterapia y/o sesiones de manejo clínico, en la prevención de recurrencias, durante dos años, en pacientes con depresión recurrente y tampoco hubo diferencias significativas entre paroxetina y placebo.

Otras sustancias que también han demostrado su efectividad en diferentes ensayos clínicos han sido la moclobemida o la nefazodona, sobre todo combinada con terapia cognitivo-conductual. Otros antidepresivos empleados han sido la mirtazapina, reboxetina, etc. También se han empleado algunos antipsicóticos, como la amisulpirida, aunque serán precisos más estudios que avalen los datos de los que hasta ahora disponemos.

Ya hemos comentado que el objetivo de la remisión sintomática en el trimestre inicial del tratamiento es fundamental

al resultar éste un factor protector para evitar la cronificación, pues disminuye el riesgo de recaída y de recurrencia hasta en dos años. Posteriormente se recomienda mantener el tratamiento de continuación al menos 16 semanas, para prevenir la aparición de recaídas, incluso en pacientes sin factores ni antecedentes personales ni familiares de riesgo. La necesidad de instaurar un tratamiento de mantenimiento se debe individualizar teniendo en cuenta el riesgo de recurrencia, la gravedad del episodio índice, los antecedentes personales de efectos adversos ante la toma de la medicación antidepresiva, el apego del paciente al tratamiento médico, etc. Cuando no existen síntomas residuales al final del tratamiento la posibilidad de recaída o recurrencia disminuye significativamente en comparación con aquellos pacientes que si presentan esa sintomatología residual. Paykel recomienda tratamientos de mantenimiento entre 9-12 meses tras realizar un estudio de seguimiento longitudinal de 64 pacientes con depresión en el que analizó la relación entre los síntomas residuales y el pronóstico del tratamiento. Repetía las evaluaciones trimestralmente hasta la remisión o hasta completar 15 meses si no se alcanzaba la misma. Los pacientes que experimentaron remisión de la sintomatología fueron evaluados a intervalos trimestrales durante otros 12-15 meses. De los 60 pacientes, 19 de ellos, un 32% presentaron síntomas residuales, evaluados mediante la escala HAM-D17, con una puntuación mayor o igual a 8, y la presencia de estos síntomas se asoció a una tasa aumentada de recaída temprana, la que ocurrió en 76% de los pacientes con síntomas residuales, y en 25% de los pacientes sin estos síntomas. Se concluyó que la presencia de síntomas residuales es un factor predictor de recaída temprana (figura 2).

Figura 2. Proporción de recaída relacionada con la presencia o ausencia de síntomas residuales

Fuente: Adaptado de Paykel ES, et al. Residual symptoms after partial remission: an important outcome in depression. *Psychol Med.* 1995;25:1171-1180.

Los ISRS han condicionado, desde su aparición, el tratamiento de las depresiones crónicas, fundamentalmente de la distimia, relegando al habitual abordaje psicoterapéutico (terapia interpersonal, analítica, cognitiva, cognitivo-conductual, familiar, etc.) a un plano coadyuvante. Lo cierto es que los tratamientos psicoterapéuticos no han conseguido, al menos por sí solos, lo que se esperaba de ellos, si bien existen algunos aspectos, fundamentalmente factores no nucleares de la depresión, como los rasgos de personalidad premórbida o la adaptación social; es decir, factores relacionados con aspectos psicosociales e interpersonales, serían los que más podrían beneficiarse de este tipo de tratamientos no farmacológicos estructurados. Se debería establecer una relación sinérgica entre ambos tratamientos, puesto que la mejoría conseguida con el apartado farmacológico puede

ser empleada por las terapias de la psicoterapia, fundamentalmente para aprovechar las mejoras en la comunicación y en la participación del paciente en el trabajo psicoterapéutico activo.

Como observábamos en la tabla 2, sólo Venlafaxina de liberación retardada ha demostrado, en el estudio PREVENT (*Prevention of Recurrent Episodes of Depression with VENlafaxine XR for Two Years*) la capacidad para prevenir la probabilidad de sufrir un nuevo episodio depresivo al instaurarse un tratamiento de mantenimiento de dos años. Los resultados de dicho estudio reflejan que hubo menor probabilidad de recurrencia a los seis meses y mayor tiempo libre de recurrencia al mes 12 con venlafaxina de liberación retardada que con placebo: la probabilidad de prevenir un nuevo episodio fue de 92% usando venlafaxina XR durante el año 2 de mantenimiento, versus 55% usando placebo. Es importante destacar que la remisión de los síntomas puede no ser suficiente, y que se debería considerar el tratamiento de mantenimiento en algunos pacientes, con el objetivo de prevenir recurrencias. De igual manera, las conclusiones del estudio recomiendan reevaluar de forma periódica la utilidad a largo plazo del fármaco elegido para el tratamiento de la depresión crónica, en este caso la venlafaxina de liberación retardada, en cada paciente. El estudio PREVENT aporta suficiente evidencia acerca de la utilidad de venlafaxina de liberación retardada en la consecución de ese objetivo, por lo que los profesionales de Atención Primaria deben tenerlo en cuenta a la hora de abordar la depresión endógena recurrente como una enfermedad crónica.

BIBLIOGRAFÍA

American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th ed. Text Revision. Washington, DC; 2000:369-76.

American Psychiatric Association. Practice Guideline for the Treatment of Patients With Major Depression. 2nd ed. Arlington, VA: American Psychiatric Association; 2000.

Chinchilla A, Cebollada A, Vega M, Huerta M, Prieto R. Guía terapéutica de las depresiones. Barcelona: Masson; 1999.

Detke MJ, Wiltse CG, Mallinckrodt CH, et al. Duloxetine in the acute and long-term treatment of major depressive disorder: a placebo- and paroxetine-controlled trial. *Eur Neuropsychopharm*. 2004; 14:457-70.

Keller MB, Kocsis JH, Thase ME, et al. Maintenance phase efficacy of sertraline for chronic depression: a randomized controlled trial. *JAMA*. 280:1.665-72.

Montgomery SA, Entsuah R, Hackett D, et al. Venlafaxine versus placebo in the preventive treatment of recurrent major depression. *J Clin Psychiatry*. 2004; 65:328-36.

Mueller TI, Leon AC, Keller MB, et al. Recurrence after recovery from major depressive disorder during 15 years of observational follow-up. *Am J Psychiatry*. 1999; 156:1.000-6.

Paykel ES, Ramana R, Cooper Z, et al. Residual symptoms after partial remission: an important outcome in depression. *Psychol Med*. 1995; 25:1.171-80.

Rapaport MH, Bose A, Zheng H. Escitalopram continuation treatment prevents relapse of depressive episodes. *J Clin Psychiatry*. 2004; 65: 44-9.

Reynolds CF, Dew MA, Pollock BG, et al. Maintenance treatment of major depression in old age. *N Engl J Med*. 2006; 354:1.130-8.

Rush AJ, Trivedi M, Fava M. Depression, IV: STAR*D treatment trial for depression. *Am J Psychiatry*. 2003; 160:237.

Simon JS, Aguiar LM, Kunz NR, et al. Extended-release venlafaxine in relapse prevention for patients with major depressive disorder. *J Psychiatr Res*. 2004; 38:249-57.

Trivedi MH, Rush AJ, Wisniewski SR, et al. Evaluation of outcomes with citalopram for depression using measurement-based care in STAR*D: implications for clinical practice. *Am J Psychiatry*. 2006; 163:28-40.

Vallejo J, et al. Consenso español sobre el tratamiento de las depresiones. Fundación Española de Psiquiatría y Salud Mental. Barcelona: Ars XXI; 2005.

Weihl KL, Houser TL, Batey SR, et al. Continuation phase treatment with bupropion SR effectively decreases the risk for relapse of depression. *Biol Psychiatry*. 2002; 51:753-61.

Wilson KCM, Mottram PG, Ashworth L, et al. Older community residents with depression: long-term treatment with sertraline. *Br J Psychiatry*. 2003; 182:492-7.

D000005001

Patrocinado por

Wyeth