

Atención Primaria de Calidad

GUÍA de BUENA PRÁCTICA CLÍNICA en

Depresión y Ansiedad

Guía de Buena Práctica Clínica en

Depresión y Ansiedad

Coordinadores Dr. Francisco Toquero de la Torre.
*Médico de Familia. Complejo Hospitalario
Ciudad de Jaén.*

Dr. Julio Zarco Rodríguez.
*Médico de Familia del IMSALUD.
Profesor Honorífico de la Facultad
de Medicina de la UCM.*

**Asesor en
la especialidad** Dr. Miguel Bernardo Arroyo
*Jefe de Sección de Psiquiatría Hospitalaria
Instituto de Psiquiatría y Psicología
Hospital Clínic de Barcelona*

Autores Dr. Fernando Gonçalves Estella
*Doctor en Medicina y Cirugía.
Médico Rural. Almeida (Zamora)*

Dr. Víctor Manuel González Rodríguez
*Médico Especialista en Medicina Familiar
y Comunitaria. Sanidad de Castilla y León
(Sacyl). Equipo de Atención Primaria de
Villoria (Salamanca)*

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

© IM&C, S.A.

Editorial: International Marketing & Communications, 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

Prohibida la reproducción, por cualquier método, del contenido de este libro, sin permiso expreso del titular del copyright.

ISBN: 84-688-3615-X

Depósito Legal: M-42096-2003

ÍNDICE

Prólogos	7-9
Introducción	11
Trastornos de ansiedad en Atención Primaria	13
Trastornos afectivos en Atención Primaria	73
Trastorno mixto ansioso-depresivo	93
Trastornos somatomorfos	111
Ansiedad y depresión como síntomas acompañantes	133
Manejo de la ansiedad y la depresión en situaciones especiales	153

INTRODUCCIÓN

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.

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, haciendo de esta guía, sin duda, un texto esencial que va a hacer que, cuando se familiarice con él, el profesional de Atención Primaria lo tenga siempre cerca cuando esté atendiendo a sus pacientes.

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

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 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

Debemos reseñar lo importante que es para la Organización Médica Colegial la realización de estas «Guías de Buena Práctica Clínica». Respetando la individualidad de la *lex artis* de cada profesional, se establecen unos criterios mínimos de buena práctica en el ejercicio cotidiano, criterios que deben ser consensuados y avalados científicamente con el fin de mejorar la calidad asistencial para quien deposita en nosotros su confianza.

Estas guías están realizadas por médicos de familia, pertenecientes a los Grupos de Trabajos, en la patología correspondiente, de las Sociedades Científicas de Primaria y supervisados por un especialista de la materia correspondiente a cada guía.

Se ha buscado un lenguaje y una actuación propia de los médicos que las van a utilizar con un carácter práctico sobre patologías prevalentes, unificando criterios para ser más resolutivos en el ejercicio profesional.

Dr. Guillermo Sierra Arredondo
Presidente del Consejo General
de Colegios Oficiales de Médicos

Trastornos de ansiedad en Atención Primaria

Fernando Gonçalves Estella

*Doctor en Medicina y Cirugía. Médico Rural.
Almeida (Zamora)*

CONCEPTOS GENERALES

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

Existe una ansiedad normal, que se relaciona con las situaciones que vivimos y que constituye una respuesta, fisiológica y adaptativa, proporcionada 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.

Existen otras señales de alerta diferentes, como el miedo, 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, y 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 funcionamiento 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.

Otra distinción frecuente es la de ansiedad de rasgo o 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 ansiedad 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 hipertiroidismo, consumo de anfetaminas, etc.

ANSIEDAD Y DEPRESIÓN

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.

Por último, existen quienes defienden la existencia de cuadros puros de ansiedad y depresión y cuadros mixtos. Se trata de admitir que hay un espectro de trastornos de ansiedad y depresión, igual que hay una gama de grises entre el blanco y el negro.

EPIDEMIOLOGÍA

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 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

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:

- *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 de 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 hipervigilante.

MANIFESTACIONES FÍSICAS

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 cardiorrelatorios:* 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 (parestias en los dedos de las manos, los pies y en la cara, vértigos y síncope...).
- *Síntomas genitourinarios:* micción imperiosa, nicturia, polaquiuria, 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

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, electrolitos, 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 24h.

Conviene tener presentes las siguientes situaciones:

CAUSAS ORGÁNICAS DE ANSIEDAD

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 cardíacos:

- 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 telesistólico: 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 cardíacos. 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 pre-

sentarse 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.

- Hipertiroidismo. 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.
- Hipercortisolismo.
- 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

- *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*. Suele 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

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

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 benzodiacepinas.

Cuando sea necesario el empleo de benzodiacepinas, 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

- 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 hipocondríacos, 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

- 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.

BIBLIOGRAFÍA

Altamira AC, Pioli R, Vitto M, Mannu P. Venlafaxine in social phobia: a study in selective serotonin reuptake inhibitor non-responders. *International Clinical Psychopharmacology* 1999; 14: 239-45.

Angst J, Vollrath M, Merikangas KR, Ernst C. Comorbidity of anxiety and depression in the Zurich Cohort Study of young adults. En: Maser JD, Cloninger CR, editores. *Comorbidity of mood and anxiety disorders*. Washington: American Psychiatric Press; 1990. p. 123-37.

Ayuso JL, Del Río JM. Comorbilidad de los trastornos depresivos con los trastornos de ansiedad. En: PTD-España, editor. *Comorbilidad de la depresión en los trastornos psiquiátricos*. Barcelona: Espaxs; 1999. p. 53-62.

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

Folks DG, Fuller WC. Anxiety disorders and insomnia in geriatric patients. *Psychiatric Clinics NA* 1997; 20(1): 137-64.

Gabay PM, Fernández Bruno M. Trastornos de ansiedad en la tercera edad.

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

Kesler RC. Comorbidity of depression and anxiety disorders. En: Montgomery SA, Den Boer JA, editores. *SS-RIs in depression and anxiety*. Chichester: John Wiley et Sons; 1999. p. 81-99.

Nisenson LG, Pepper CM, Schwenk TL y cols. The nature and prevalence of anxiety disorders in primary care. *Gen Hosp Psychiatry* 1998; 20: 21-8.

Regier DA, Boyd JH, Burke JD y cols. One-month prevalence of mental disorders in the United States. *Arch Gen Psychiatry* 1988; 45: 977-86.

Roth M, Mountjoy C, Cactano D. Further investigations into the relationship between depressive disorders and anxiety state. *Pharmacopsychiatry* 1982; 15: 135-41.

Stahl SM. *Psicofarmacología esencial*. 2.^a ed. Barcelona: Ed Ariel; 2002.

Spar JE, La Rue A. *Concise guide to geriatric psychiatry*. Washington DC: American Psychiatric Press Inc.; 1990. p. 4-7.

Vallejo J, Bataller R. Relación entre los estados de ansiedad y los estados depresivos. En: Vallejo J, Gastó C, editores. *Trastornos afectivos: ansiedad y depresión*, 2.^a ed. Barcelona: Masson; 2000. p. 724-61.

Winokur A. Trastornos de ansiedad. En: Frazer A, Molinoff P, Winokur A, editores. *Bases biológicas de la función normal y patológica del cerebro*, vol. II, cap 19. Barcelona: Espaxs; 1995. p. 381-98.

Wittchen HU, Essau CA, Krieg JC. Anxiety disorders: similarities and differences of comorbidity in treated and untreated groups. *Br J Psychiatry* 1991; 159: 23-33.

Wittchen HU, Essau CA. Comorbidity and mixed anxiety-depressive disorders: is there epidemiological evidence? *J Clin Psychiatry* 1993; 54 (Suppl 1): 9-15.

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.

Como tratamiento farmacológico del TAG se han mostrado útiles las benzodiacepinas, buspirona y anti-depresivos.

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 benzodiacepinas 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 mio-

rrelajante 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 Retard, 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.

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.)

BIBLIOGRAFÍA

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, 2.ª ed. actualizada, cap. 13. Madrid: Sociedad Española de Medicina General; 1996. p. 207-13.

Ballenger JC y cols. Consensus statement on generalized anxiety disorder from the international consensus group on depression and anxiety. *J Clin Psychiatry* 2001; 62 (Suppl 11): 53-8.

Brown TA y cols. The empirical basis of generalized anxiety disorder. *Am J Psychiatry* 1994; 151: 1.272-80.

Davidson JRT y cols. Efficacy, safety and tolerability of venlafaxine extended release and buspirone in outpatients with generalized anxiety disorder. *J Clin Psychiatry* 1999; 60: 528-35.

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.

Hoehn-Saric R y cols. Differential effects of alprazolam and imipramine in generalized anxiety disorder: somatic

versus psychic symptoms. *J Clin Psychiatry* 1988; 49: 293-301.

Organización Mundial de la Salud. CIE-10: Trastornos mentales y del comportamiento. Madrid: Meditor; 1992.

Pollack MH y cols. Paroxetine in the treatment of generalized anxiety disorder: results of a placebo-controlled, flexible-dosage trial. *J Clin Psychiatry* 2001; 62: 350-57.

Rickels K y cols. Buspirone and diazepam in anxiety: a controlled study. *J Clin Psychiatry* 1982; 43: 81-6.

Rickels K y cols. Long-term diazepam therapy and clinical outcome. *JAMA* 1983; 250: 767-71.

Rickels K y cols. Antidepressants for the treatment of generalized anxiety disorder. A placebo-controlled comparison of imipramine, trazodone and diazepam. *Arch Gen Psychiatry* 1993; 50: 884-95.

Rocca P y cols. Paroxetine efficacy in the treatment of generalized anxiety disorder. *Acta Psychiatr Scand* 1997; 95: 444-50.

Roca Bennasar M, editor. Trastornos neuróticos. Barcelona: Ars Médica; 2002.

Shader RI y cols. Use of benzodiazepines in anxiety disorders. *N Engl J Med* 1993; 328: 1.398-405.

Sheehan DV. Venlafaxine extended release (XR) in the treatment of generalized anxiety disorder. *J Clin Psychiatry* 1999; 60 (Suppl 22): 23-8.

Wittchen HU y cols. Generalized anxiety disorder: nature and course. *J Clin Psychiatry* 2001; 62 (Suppl 11): 15-9.

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

TRASTORNO POR ANGUSTIA

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, 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 tras-

torno 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 período de un mes:

- En circunstancias en las que no hay peligro objetivo.
- No sólo en situaciones conocidas o previsibles.
- En el período 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.

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, cuan-

do 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 clonacepán y alprazolán, no tienen efecto antipánico, es decir, que con su administración continuada no se reduce la frecuencia de aparición de nuevas crisis. El empleo de alprazolán o clonacepán, 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 alprazolán o de 2-3 mg/día de clonacepán. 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 (Venlafaxina Retard). Presentan ventajas sobre las benzodiazepinas, ya que no crean dependencias, ni interfieren en las actividades cotidianas, pero tienen un período de latencia de 2 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 benzodiazepinas 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 ansiedad anticipatoria importante, la asociación de las benzodiazepinas 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.

BIBLIOGRAFÍA

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, 2.^a ed. actualizada, cap. 14. Madrid: Sociedad Española de Medicina General; 1996. p. 215-21.

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. Madrid: Sociedad Española de Medicina General; 1996. p. 17-125.

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

Ballenger J y cols. Double-blind, fixed dose, placebo-controlled study of paroxetine in the treatment of panic disorder. *Am J Psychiatry* 1998; 155: 36-42.

Black DW y cols. A comparison of fluvoxamine, cognitive therapy, and placebo in the treatment of panic disorder. *Arch Gen Psychiatry* 1993; 50: 44-50.

Den Boer JA. Serotonergic mechanism in anxiety disorders: an inquiry into serotonin function in panic disorder. CIP-Gegevens Koninklijke Bibliotheek. Den Haag, 1990.

Fernández Camacho A. Trastorno de pánico (angustia) en Medicina General. *Medicina General*, 1997; 4: 35-41.

Gorman JM y cols. An open trial of fluoxetine in the treatment of panic attacks. *J Clin Psychopharmacol* 1987; 7: 329-32.

Kielholz P, Adams C, editores. Panic anxiety states. Deutscher Ärzte-Verlag. Köln, 1989.

Klein DF. Anxiety reconceptualized. En: Klein DF, Kabbir JG, editores. *Anxiety: new research and changing concepts*. New York: Raven Press; 1981.

Lecubrier Y y cols. A comparison of paroxetine, clomipramine and placebo in the treatment of panic disorder. *Acta Psychiatr Scand* 1997; 95: 145-52.

Michelson D y cols. Outcome assesment and clinical improvement in panic disorder: evidence from a randomized controlled trial of fluoxetine and placebo. *Am J Psychiatry* 1998; 155: 1.570-77.

Oehrberg GS y cols. Paroxetine in the treatment of panic disorder. A randomised double-blind placebo controlled study. *Br J Psychiatry* 1995; 167: 374-79.

Organización Mundial de la Salud. CIE-10: Trastornos mentales y del comportamiento. Madrid: Meditor; 1992.

Pohl RB y cols. Sertraline in the treatment of panic disorder: a double-blind multicenter trial. *Am J Psychiatry* 1998; 155: 1.189-95.

Robins LN y cols. Lifetime prevalence of specific psychiatric disorders in three sites. *Arch Gen Psychiatry* 1984; 41: 958-67.

Salvador-Carulla L y cols. Uso de servicios, efecto de compensación y costes del trastorno de pánico. *Med Clin (Barc)* 1994; 103: 287-92.

Silver JM, Yudofsky SC, Hurrowitz GI. Psychopharmacology and electroconvulsive therapy. En: Hales RE, Yudofsky SC, Talbott JA, editores. *Textbook of Psychiatry*, 2.^a ed., cap. 27. Washington DC: The American Psychiatric Press; 1994. p. 897-7.007.

Wade AD y cols. The effect of citalopram in panic disorder. *Br J Psychiatry*, 1997; 170: 549-53.

Woods S y cols. Fluvoxamine in the treatment of panic disorder in outpatients. A double-blind, placebo-controlled study. Presented at the Annual Meeting of the College of International Neuropsychopharmacology. Washington DC; 1994.

Zitrin CM y cols. Treatment of phobias (I): Comparison of imipramine hydrochloride and placebo. *Arch Gen Psychiatry* 1983; 40: 125-38.

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 exis-

tencia 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.

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 cronificarse. 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 IRSN (Venlafaxina Retard), que se muestran efica-

ces sobre las crisis de angustia. En caso de intolerancia, una alternativa es el clonacepán.

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 respuesta 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.

Entre los psicofármacos, los mejores resultados se obtienen con ISRS, y clonacepán, combinados o administrándose de forma independiente. Recientemente se ha aprobado la indicación con este fin de Venlafaxina Retard. 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 situa-

ciones sociales que generan 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 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 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 peti-

ción 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, 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.

BIBLIOGRAFÍA

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, 2.ª ed. actualizada, cap. 15. Madrid: Sociedad Española de Medicina General; 1996. p. 223-32.

Alstrom JE y cols. Effects of four treatment methods on social phobic patients not suitable for insight-oriented psychotherapy. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1984; 70: 97-110.

Beck AT, Emery G. *Anxiety disorders and phobias*. New York: Basic Books; 1985.

Davidson JRT y cols. Treatment of social phobia with clonazepam and placebo. *J Clin Psychiatry* 1993; 13(6): 423-28.

Davidson JRT y cols. The epidemiology of social phobia: findings from the Duke Epidemiological Catchment Area Study. *Psychol Med* 1993; 23: 709-18.

Davidson JRT y cols. Pharmacotherapy of social anxiety disorder. *J Clin Psychiatry*, 1998; 59 (Suppl 17): 47-51.

Gorman JM y cols. Treatment of social phobia with atenolol. *J Clin Psychopharmacol* 1985; 5: 298-301.

Magee WJ y cols. Agoraphobia, simple phobia and social phobia in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry* 1996; 53: 159-68.

Organización Mundial de la Salud. CIE-10: Trastornos mentales y del comportamiento. Meditor SA; 1996.

Pollack MH, Gould RA. The pharmacotherapy of social phobia. *Int Clin Psychopharmacol* 1996; 11 (Suppl 3): 71-5.

Reich J. The relationship of social phobia to avoidant personality disorder: a proposal to reclassify avoidant personality disorder based on clinical empirical findings. *Eur Psychiatry* 2000; 15: 151-59.

Stein MB y cols. Paroxetine treatment of generalized social phobia (social anxiety disorder): a randomised controlled trial. *JAMA* 1998; 280: 708-13.

Versiani M y cols. The long-term treatment of social phobia with moclobemide. *Int Clin Psychopharmacol* 1996; 11: 83-8.

Weiller E y cols. Social phobia in general health care: an unrecognised disabling disorder. *Br J Psychiatry* 1996; 168: 169-74.

Wittchen HU, Beloch E. The impact of social phobia on quality of life. *Int Clin Psychopharmacol*, 1996; 11 (Suppl 3): 15-23.

WPA Social Phobia Task Force. Social Phobia. A Clinical Review. SA Montgomery. WPA, 1995.

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, hipocondría, 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 característica 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 resistir-

se 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, litio, triptófano o bupirona), 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 período 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 aumen-

tarlas 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

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, 2.ª ed. actualizada, cap. 16. Madrid: Sociedad Española de Medicina General; 1996. p. 233-41.

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

Ey H. Tratado de Psiquiatría. Barcelona: Toray-Masson; 1980.

Jarne A, Talarn A. Manual de psicopatología clínica. Barcelona: Paidós; 2001.

Lamas Crego S. Clínica y psicopatología. En: Lamas Crego S, editor. Trastorno obsesivo-compulsivo. Lilly: Hoy; 2000.

Tallis F. Trastorno obsesivo-compulsivo. Desclée De Brouwer; 1999.

Vallejo Ruiloba J. Estados obsesivos, 2.ª ed. Barcelona: Masson; 1995.

Trastornos afectivos en Atención Primaria

Víctor Manuel González Rodríguez

*Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.
Sanidad de Castilla y León (Sacyl), Equipo de Atención
Primaria de Villoria, Salamanca.*

GENERALIDADES

La comprensión de los trastornos afectivos es difícil, no sólo por la estigmatización de la enfermedad mental en nuestra sociedad, y la creencia errónea de que se trata de un defecto del carácter que debe ser superado con esfuerzo, sino también porque el propio término de depresión es utilizado indistintamente para referirse a un estado de ánimo no patológico, a un síntoma, a un síndrome o a una enfermedad.

Las principales diferencias entre la tristeza considerada normal, o no patológica, y la depresión, se resumen en la tabla 1.

Tabla 1. Diferencias entre la tristeza normal y la depresión

	Tristeza normal	Depresión
Estímulo desencadenante	Presente	Posible (no imprescindible)
Reacción al estímulo	Proporcionada	Desproporcionada
Duración de la reacción	Ajustada al estímulo	Independiente
Afectación del rendimiento	Escasa	Considerable
Síntomas físicos	Mitigados o ausentes	Frecuentes

La enorme repercusión socio-sanitaria de los trastornos del estado de ánimo, fundamentalmente de los depresivos, se deriva de su elevada frecuencia y de su gran capacidad para producir discapacidad.

En la etiopatogenia de la depresión se han propuesto e identificado una serie de factores. Se resumen en la tabla 2.

DEFINICIÓN DEL CUADRO CLÍNICO

Los trastornos afectivos se caracterizan por un estado de ánimo triste persistente, pérdida de energía e interés por las cosas, incapacidad para disfrutar (anhe-

Tabla 2. Factores etiopatogénicos para el padecimiento de depresión

Factor etiopatogénico propuesto	Hallazgos destacables
Factores genéticos	Predisposición genética. Relacionada con los cromosomas 5, X, 11 y varios HLA.
Factores bioquímicos	Desequilibrio Serotonina – Noradrenalina. Disminución de Dopamina y su metabolito, el ácido homovanílico. Hipersecreción de cortisol y CRF. Hiperplasia hipofisaria y suprarrenal. Alteraciones en el eje hipotálamo-hipofisario-tiroideo. Alteraciones en la secreción de GH. Neuropeptidos en estudio: colecistocinina, somatostatina, VIP, vasopresina, oxitocina, endorfinas, etc.
Factores fisiológicos	Trastornos del sueño y del ritmo circadiano.
Factores anatómicos	Se han propuesto mediante estudios de neuroimagen estructural y funcional, algunas alteraciones en el sistema límbico, ganglios basales, e hipotálamo.

donia), y otros (alteraciones en el peso, trastornos del sueño, sentimientos de inutilidad, pensamientos de muerte, etc.), que frecuentemente afectan al funcionamiento del individuo. Estos síntomas son muy inespecíficos y pueden constituir una respuesta normal a situaciones vitales estresantes, o bien formar parte de otros procesos, psiquiátricos o no.

EPIDEMIOLOGÍA

La prevalencia de los trastornos depresivos se sitúa entre el 5%-10% en población adulta, en personas mayores hasta el 15%. Estas cifras aumentan al referirnos a aquellos pacientes con síntomas depresivos, pero que no cumplen todos los criterios diagnósticos de depresión. La repercusión asistencial es mayor, estimándose que en las consultas de Atención Primaria casi un 30% de los pacientes presentan algún cuadro depresivo, ya sea éste de tipo aislado o como síntomas asociados a otros trastornos.

El análisis de algunas variables sociodemográficas y su influencia en el padecimiento de trastornos afectivos, se resume en la tabla 3.

CLÍNICA

El cuadro depresivo puede aparecer como manifestación de un trastorno primario del estado de ánimo, como reacción a alguna circunstancia vital del individuo o asociado a una enfermedad orgánica. El espectro sintomático de la depresión se puede dividir

Tabla 3. Variables sociodemográficas relacionadas con trastornos afectivos

Variable estudiada	Hallazgos destacables
Edad de inicio	Más frecuente en la 2. ^a , 3. ^a década de la vida.
Sexo	Más frecuente en mujeres que en hombres (2:1).
Clase social	Los síntomas depresivos y la disforia son más frecuentes en clases sociales de menos recursos. Más frecuente en áreas rurales.
Estado civil	Más frecuente en personas solteras, separadas o divorciadas.
Biografía	Más frecuente en personas con antecedentes de acontecimientos vitales estresantes.

en cuatro grandes bloques, suelen desarrollarse a lo largo de días o semanas, y se resumen en la tabla 4.

La clasificación de los trastornos afectivos según la CIE-10 se resume en la tabla 5.

Tabla 4. Síntomas característicos de los trastornos afectivos

Síntomas emocionales: Tristeza, pérdida de ilusión, desesperanza, llanto fácil, pesimismo injustificado, anhedonia, ansiedad, etc.	Síntomas volitivos: Inhibición: apatía, abulia, pérdida de iniciativa, indecisión. Fatigabilidad extrema. Aislamiento. Abandono de las actividades de la vida diaria.
Síntomas cognitivos: Bradipsiquia, contenidos negativos, pérdida de confianza, sentimientos de minusvalía, inferioridad e inutilidad. En casos graves, delirios de ruina, culpa, etc. Ideas de muerte, ideación autolítica, etc.	Síntomas somáticos: Bradiclesia, falta de energía. Alteraciones del sueño (insomnio de conciliación, sueño fragmentario, despertar precoz, pesadillas, en ocasiones hipersomnia, etc.) y del apetito (frecuentemente hiporexia y pérdida de peso, más infrecuente hiperorexia, «atracones», etc.), somatizaciones (cefaleas, dorsalgias, etc.).

Tabla 5. Clasificación de los trastornos afectivos según la CIE-10

F30. <i>Episodio maniaco</i>	F31. <i>Trastorno bipolar</i>
F32. <i>Episodio depresivo</i>	F33. <i>Trastorno depresivo recurrente</i>
F34. <i>Trastornos afectivos persistentes:</i> F34.0. <i>Ciclotimia</i> F34.1. <i>Distimia</i>	F38. <i>Otros trastornos del humor:</i> F38.00. <i>Trastorno afectivo mixto</i> F38.10. <i>Trastorno depresivo breve recurrente</i>
F39. <i>Trastorno del humor afectivo sin especificación</i>	F06.3 <i>Trastorno del humor (afectivo) orgánico</i>
F11.72a <i>Trastorno afectivo residual inducido</i>	F19.72 <i>Trastorno afectivo inducido por sustancias</i>

EPISODIO DEPRESIVO

Los trastornos depresivos mayores son el *episodio depresivo mayor* y el *trastorno depresivo recurrente*. Hasta el 75% de los pacientes que presentan un *episodio depresivo* recidivarán, convirtiéndose en un *trastorno depresivo recurrente*.

Los pacientes con depresión muestran síntomas emocionales, cognitivos, volitivos y somáticos, ya referidos en la tabla 4. La sintomatología debe estar presente un mínimo de 15 días para poder efectuar un diagnóstico fiable. Si el paciente recurre en nuevos episodios, tiende a presentar un patrón de síntomas similar en cada uno de ellos, con mayor o menor intensidad. El riesgo de cronificarse es mayor en el sexo femenino. Aunque en los casos leves, habituales en Atención Primaria es infrecuente, hasta un 15% de las depresiones moderadas y/o severas se suicidan. Los períodos del curso longitudinal en el paciente con depresión se resumen en la tabla 6.

Tabla 6. Cursos longitudinales de la depresión (SEP, 1997)

Período	Características
Episodio	Existe sintomatología y se cumplen los criterios diagnósticos de depresión.
Remisión Parcial	Existe mejoría en la sintomatología (aunque persisten algunos) y ya no se cumplen los criterios diagnósticos.
Remisión Completa	El paciente está libre de síntomas.
Recuperación	Periodo asintomático entre 4-6 meses, tras el que se considera terminado el episodio.
Recaída	Reagudización de la sintomatología durante la remisión y previa a la recuperación, el paciente vuelve a cumplir criterios diagnósticos de depresión.
Recurrencia	Nuevo episodio, aparecido tras la recuperación.

Los *episodios depresivos leves-moderados*, frecuentes en Atención Primaria tienen una alta comorbilidad con otros trastornos: *ansiedad, trastornos de alimentación, alcoholismo, trastornos somatomorfos* y algunos *trastornos de la personalidad*.

DISTIMIA

Se define como un estado de ánimo depresivo que no alcanza a cumplir los criterios de severidad necesarios para un *trastorno depresivo mayor*, ya que los síntomas son de intensidad menor o fluctuante, pero caracterizado por su carácter crónico, persistiendo la sintomatología durante la mayoría de los días en un período de al menos dos años (basta un año en el caso de niños y adolescentes).

Los pacientes con diagnóstico de distimia son más heterogéneos entre sí, y es probable que en ellos se agrupen desde formas mitigadas de cuadros afectivos mayores, hasta problemas adaptativos de ánimo depresivo por situaciones de difícil solución, o cuadros patológicos mal definidos con trastornos de personalidad subyacente.

Su curso crónico y la escasa respuesta a las intervenciones terapéuticas hacen que su abordaje y manejo sean difíciles, aunque la repercusión clínica del tratamiento sobre el pronóstico es, en la actualidad, claramente aceptada. En general, una evolución sin recuperación completa es esperable en uno de cada 4 pacientes.

Los pacientes distímicos tienen más riesgo de sufrir en su evolución algún *episodio depresivo mayor*, en cuyo caso se efectúan ambos diagnósticos. Si se presentase un *episodio maníaco* o *hipomaníaco*, se modificará la categoría diagnóstica basal por la de *trastorno ciclotímico*.

SÍNDROMES AFECTIVOS ORGÁNICOS SECUNDARIOS

La coexistencia entre un cuadro depresivo y una enfermedad médica puede presentarse de varias formas: como un *trastorno depresivo debido a la enfermedad médica*, o *trastorno afectivo orgánico*, en el que la enfermedad física causa la depresión, o la propicia en alguien susceptible; como un *trastorno depre-*

sivo primario (trastorno depresivo mayor o trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo), en el que la depresión es una reacción psicológica a los problemas generados por la enfermedad o, incluso, depresión y enfermedad física son entidades independientes y coincidentes. En los *trastornos de ánimo inducidos por una enfermedad física*, el primer objetivo terapéutico será tratar la enfermedad de base para intentar la remisión de la depresión asociada, aunque si se diagnostica un *trastorno depresivo mayor*, se tratará dicho problema al mismo tiempo que la enfermedad médica. Las enfermedades que pueden estar asociadas a cuadros depresivos son muchas (neurológicas, endocrinas, cardiovasculares, infecciosas, reumatológicas, oncológicas, etc.), y se abordarán en otro capítulo de esta guía.

Tampoco es infrecuente que la alteración afectiva se deba al consumo de sustancias, incluyendo fármacos. La asociación temporal entre la introducción de la sustancia, o el aumento de dosis, y la aparición de la clínica depresiva, así como el predominio de síntomas somáticos, sobre los síntomas cognitivos y emocionales, orientan a la responsabilidad de la sustancia sobre el cuadro afectivo.

DUELO

Aunque algunos de los síntomas que aparecen tras la pérdida de una persona querida pueden ser compatibles con un episodio depresivo, se considera al *duelo no complicado* como una reacción normal, secun-

daria a la pérdida, por lo que no se clasifica como un trastorno mental. El cuadro se inicia al poco tiempo de la pérdida, y debe mejorar a lo largo del tiempo. La persistencia, frecuencia, e intensidad de la sintomatología puede sugerir un *duelo complicado*, con un *episodio depresivo* o con un *trastorno de ansiedad*, por lo que se debe instaurar el tratamiento adecuado.

TRASTORNO BIPOLAR

Se caracteriza por la presencia de episodios reiterados, al menos dos, en los que el estado de ánimo y los niveles de actividad del enfermo están alterados. En ocasiones la alteración consiste en una exaltación del estado de ánimo, de la vitalidad y del nivel de actividad (*manía* o *hipomanía*) y, en otras, todo lo contrario (*depresión*). Es característica una recuperación completa entre los episodios aislados. En Atención Primaria suelen presentarse con unas características clínicas idénticas a las de un *episodio depresivo*, y el diagnóstico diferencial se establece por la presencia de algún episodio previo de *manía* o *hipomanía*.

ABORDAJE DIAGNÓSTICO Y CRITERIOS DIAGNÓSTICOS CIE-10

El infradiagnóstico de los trastornos afectivos en Atención Primaria tiene múltiples explicaciones. La estigmatización de la enfermedad mental hace que el paciente y su entorno prefieran negar su existencia y consultar por síntomas somáticos. Los mismos profesionales tienen dificultad para reconocer los casos

leves-moderados, más frecuentes en Atención Primaria. La existencia de problemas organizativos en el Primer Nivel (presión asistencial, dificultades de coordinación con el Segundo Nivel, etc.), es otra de las razones que pueden explicar esta situación.

El diagnóstico es fundamentalmente clínico, por tanto posible desde el Primer Nivel Asistencial. Las exploraciones complementarias tienen por objeto descartar otras patologías que pudieran explicar el cuadro. La herramienta fundamental es la entrevista clínica, que se basa en una actitud cordial, respetuosa, empática, por lo que precisa la utilización de habilidades de comunicación no verbal. Se deben tener siempre en cuenta los antecedentes personales y familiares de patología psiquiátrica previa, el consumo de sustancias, fármacos, y las patologías asociadas.

El paciente suele acudir a consulta con aspecto descuidado y triste, apático, en ocasiones nervioso, etc. Puede referir síntomas somáticos inespecíficos como mareos, cefaleas, parestesias, dolor, etc., otros perfiles habituales de pacientes con depresión son los hiperfrecuentadores, los consumidores de fármacos, etc.

Se debe interrogar por el momento de inicio, el curso, los factores agravantes, etc. Siempre hay que explorar la existencia de ideas de muerte o de suicidio.

Se pueden utilizar, como herramientas complementarias para el diagnóstico, algunas de las escalas

existentes, útiles en el cribado de la depresión y en la valoración de su gravedad. Entre ellas, por su utilidad en Atención Primaria, es interesante citar el Cuestionario de Salud General de Goldberg, adaptado y validado en nuestro país por Lobo; el Inventario para la depresión de Beck, adaptado a nuestro medio por Conde y Useros, y la Escala de Depresión Geriátrica, con dos versiones, de 30 y 15 ítem.

El diagnóstico se establece por el cumplimiento de unos criterios diagnósticos. A continuación se resumen los criterios diagnósticos de la CIE-10, de los trastornos afectivos más frecuentes: el *episodio depresivo*, tabla 7, y la *distimia*, tabla 8.

Tabla 7. Criterios diagnósticos del episodio depresivo según la CIE-10

Al menos dos de los siguientes:	Y al menos dos de los siguientes:
Tristeza (humor depresivo). Pérdida de interés. Fatigabilidad (disminución la vitalidad).	Disminución de la atención y la concentración. Pérdida de confianza en sí mismo y de sentimiento de inferioridad. Ideas de culpa y de ser inútil. Perspectiva sombría de futuro. Pensamientos de autoagresiones o actos suicidas Trastornos del sueño. Pérdida de apetito.
Presentando dos síntomas de cada grupo debe diagnosticarse <i>episodio depresivo leve</i> .	
Para diagnosticar un <i>episodio depresivo moderado</i> se deben tener dos síntomas del primer grupo, y al menos tres (y preferiblemente cuatro) del segundo grupo.	
Para diagnosticar un <i>episodio depresivo grave</i> deben estar presentes los tres primeros síntomas, y al menos cuatro del segundo grupo, además con una intensidad manifiesta.	

Tabla 8. Criterios diagnósticos de distimia según la CIE-10

A. Presencia de un período de al menos dos años de un estado de ánimo deprimido de forma continua o constantemente recurrente.		
B. Los períodos de depresión no tienen la gravedad suficiente como para cumplir criterios de trastorno depresivo.		
C. Por lo menos en algunos períodos deben hallarse tres o más de los siguientes síntomas:		
Insomnio	Llanto fácil	Disminución de la vitalidad
Dificultad para concentrarse	Sentimiento de incapacidad respecto a las responsabilidades habituales	Pesimismo sobre el futuro o cavilaciones frente al pasado
Sentimiento de desesperanza	Aislamiento social	Menor locuacidad de la habitual
Pérdida de confianza o sentimientos de inferioridad	Pérdida de interés por la actividad sexual u otras placenteras	

Una vez establecido el diagnóstico, se deben explorar las creencias erróneas y las estrategias de afrontamiento que posea el paciente. Se le informará adecuadamente, teniendo en cuenta sus opiniones, explicándole el curso de la enfermedad y los cambios que ésta provocará en sus hábitos de vida. Estas actividades son fundamentales para crear un clima de confianza mutuo y facilitar el proceso de curación.

RECOMENDACIONES TERAPÉUTICAS

Los objetivos del tratamiento serán mejorar el estado de ánimo, el funcionamiento social y ocupacional y la calidad de vida; reducir la morbilidad y la mortalidad,

prevenir la recurrencia de los trastornos depresivos y minimizar los efectos adversos del tratamiento. El objetivo último de las intervenciones terapéuticas sobre la depresión es la remisión completa y evitar las recaídas.

El planteamiento terapéutico diferirá según el período del curso clínico en el que se encuentre el paciente, (tabla 9).

Tabla 9. Curso clínico de la depresión y planteamientos terapéuticos

Período	Planteamiento terapéutico
Episodio	Iniciar tratamiento.
Remisión Parcial	<ul style="list-style-type: none"> – Si no ha iniciado el tratamiento, se recomienda su instauración. – Si lo ha iniciado, mantenerlo 4-12 semanas, y reevaluar. – Si tras 4-12 semanas no se ha conseguido la remisión completa se recomienda modificar el régimen terapéutico. Opciones*: <ul style="list-style-type: none"> • Aumentar la dosis de fármaco actual y/o psicoterapia. • Asociar nuevo fármaco y/o psicoterapia. • Cambio de fármaco y/o de tipo de psicoterapia.
Remisión Completa	– Mantener el tratamiento entre 4 y 6 meses, para reducir el riesgo de <i>recaídas</i> .
Recuperación	<ul style="list-style-type: none"> – Primer episodio: se puede suspender el tratamiento (gradualmente). – Segundo episodio (o más): puede recomendarse mantener un tratamiento profiláctico prolongado (24-36 meses) o indefinido, y/o psicoterapia, para evitar recurrencias.
Recaída	– Se recomiendan las mismas opciones* antes referidas.
Recurrencia	<ul style="list-style-type: none"> – Si el paciente está bajo tratamiento profiláctico, se recomiendan las mismas opciones* antes referidas. – Si no está bajo tratamiento, se recomienda elegir el fármaco/psicoterapia que fue útil en el episodio anterior.

Las revisiones sistemáticas encontraron que los fármacos antidepresivos son efectivos en el tratamiento agudo de todos los trastornos depresivos en todos los niveles de gravedad. Se han encontrado diferencias clínicamente significativas en sus perfiles de efectos adversos y, consecuentemente, en la adherencia al tratamiento. En ancianos se usarán dosis iniciales más bajas. En los casos en los que no se tolere el tratamiento farmacológico, o se precise una respuesta rápida, la Terapia Electroconvulsiva (TEC) ha demostrado su efectividad en el tratamiento agudo de la depresión.

Una clasificación de los fármacos antidepresivos, con las moléculas más utilizadas en el ámbito de Atención Primaria, su mecanismo de acción, efectos secundarios más frecuentes, indicaciones y el grado de recomendación para su utilización, en función de la evidencia científica disponible, se resume en la tabla 10.

En cuanto a los tratamientos psicológicos específicos existe evidencia científica suficiente para recomendar la Terapia Cognoscitiva. Evidencia menos sólida sugiere que la Psicoterapia Interpersonal, la Terapia de Resolución de Problemas y el Asesoramiento No Directivo, pueden ser tan efectivos como la terapia farmacológica. La adición de tratamiento psicológico específico a la terapia farmacológica es más efectiva que el uso exclusivo de la primera.

Tabla 10. Fármacos antidepresivos

Antidepresivos tricíclicos	Acción antidepresiva sobre los sistemas noradrenérgico y serotoninérgico. Efectos secundarios anticolinérgicos (sequedad de boca, visión borrosa, estreñimiento, retención urinaria, etc.), histaminérgicos (sedación), cardiovasculares (alargamiento QT, etc.), aumento de peso, etc. <i>Imipramina, amitriptilina, trimipramina, doxepina, clomipramina, desipramina, nortriptilina, protriptilina, etc.</i>			
	Molécula	Dosis adulto	Indicación	Grado de recomendación
	Imipramina	25-75 mg/ 12 h	Episodio depresivo	A
Antidepresivos heterocíclicos	También inhibidores no selectivos de la recaptación de aminas. Peligrosos en casos de sobredosificación. <i>Mianserina, trazodona, nefazodona, etc.</i>			
	Mianserina	10-90 mg/ 24 h	Episodio depresivo en ancianos	C
ISRS	Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina. Efectos secundarios variables según la molécula: gastrointestinales leves, disfunciones sexuales, alteraciones del peso, etc. <i>Fluoxetina, paroxetina, citalopram, fluvoxamina y sertralina.</i>			
	Fluoxetina	20 mg/ 24 h	Episodio depresivo	A
	Paroxetina	20-50 mg/ 24 h	Episodio depresivo Distimia	A
ISRSNa	Inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina y noradrenalina. Similar mecanismo de acción y eficacia a los tricíclicos pero con un perfil de seguridad muy alto, mayor rapidez de acción y menor necesidad de ajuste de dosis. <i>Venlafaxina Retard.</i>			
	Venlafaxina Retard	75-150 mg /24 h	Episodio depresivo. Prevención de Recaídas y Recurrencias	A

Tabla 10. Fármacos antidepresivos (continuación)

IMAO	Inhibidores irreversibles de la monoaminoxidasa. Poco utilizados por su perfil de efectos secundarios (crisis hipertensivas) e interacciones medicamentosas o con la tiramina de los alimentos. <i>Tranilcipromina, etc.</i>
NaSSA	Antidepresivo noradrenérgico y serotoninérgico selectivo. Efecto favorecedor del sueño y ansiolítico. <i>Mirtazapina.</i>
ISRNa	Inhibidor selectivo de la recaptación de noradrenalina. Perfil activador, puede provocar insomnio. <i>Reboxetina.</i>

¿QUÉ HACER Y QUÉ NO HACER?

Las cuestiones clave y recomendaciones para los profesionales de Atención Primaria, se resumen en la tabla 11.

Tabla 11. Recomendaciones sobre el abordaje de los trastornos afectivos desde Atención Primaria

	¿Qué no hacer?	¿Qué hacer?
Actitud general ante los trastornos afectivos	Minimizar la importancia de estos trastornos o considerarlos como un problema «voluntariamente elegido».	Tener una actitud de sospecha activa ante un problema de elevada prevalencia y altos costes sociosanitarios.
En el diagnóstico	Aunque se debe descartar la existencia de patología orgánica, se evitará la solicitud de múltiples exploraciones complementarias, o derivaciones innecesarias.	Explorar las ideas de muerte y el riesgo de suicidio. Determinar el periodo del curso clínico en el que se encuentra el paciente.
En el tratamiento y seguimiento	Adoptar posturas terapéuticas nihilistas que favorecen la cronicidad.	Elección adecuada del antidepresivo, dosis y duración del mismo.

CRITERIOS DE DERIVACIÓN A PSIQUIATRÍA

Los criterios más aceptados de derivación se resumen en la tabla 12.

Tabla 12. Criterios de derivación a Psiquiatría en los trastornos afectivos

Ideación suicida	Síntomas psicóticos asociados
Episodio depresivo como parte de un trastorno bipolar.	Falta de respuesta a un tratamiento adecuado en dosis y duración.
Comorbilidad compleja.	Mala relación terapéutica médico-paciente, o a petición de éste, o en cuadros graves que puedan precisar ingreso.

BIBLIOGRAFÍA

Abreu AC, Filips JK. Psiquiatría. En: Graber MA, Lanternier ML. Manual de Medicina de Familia. Madrid: Elsevier Science; 2002, p. 753-90.

American Pchyatric 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. Sartorius N, Goldberg D, Girolamo D, Costa e Silva J, LeCrubier Y, Wittchen HU, editores. Bern: Huber-Hogrefe; 1990.

Badía X, Salamero M, Alonso J, La medida de la salud. Guía de escalas de medición en español. Edimac: Barcelona; 1999.

Ballenger JC, Davidson JRT, Lecrubier Y, Nutt DJ, Goldberg D, Magruder KM, et al. Consensus statement of the primary care management of depression from the International Consensus Group on Depression and Anxiety. J Clin Psychiatry 1999; 60 (Suppl 7), p. 54-61.

Bobes J, Bousoño M, González MP, Sáiz P, Trastornos de ansiedad y trastornos depresivos en Atención Primaria. Barcelona: Masson; 2001.

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

Ciurana R, editor. Guía de Salud Mental en Atención Primaria. Barcelona: Semfyc; 2001.

Clarc A, Balcker R, Some problemas affecting the diagnosis and classification of depressive disorders in primary care. En: Wilkinson D (Ed). *Mental Health Practices in Primary Care Settings*. Londres: Tavistock; 1990.

Chocrón L, Vilalta J, Legazpi I, et al: Prevalencia de psicopatología en un centro de Atención Primaria. *Atención Primaria* 1995; 16: p. 586-590, 592-593.

Davidson JRT, Meltzer-Brody SE, The underrecognition and undertreatment of depression: What is the bread and depth of the problem? *J Clin Psychiatry* 1999; 60 (Suppl 7): p. 4-11.

Depression Guideline Panel. *Depresión in primary care: Volume 1. Detection and diagnosis. Clinical Practice guideline, number 5*. Rockville, MD. U.U. Department of Health and Human Services, Public Health Service, Agency for Health Care Policy and Research. AHCPR Publication No. 93-0551. April 1993.

García-Campayo JJ, Sanz-Carrillo C, A review of the differences between somatising and psychologising patients in primary care. *Int J Psych Med* 1999; 29:337-45.

Gastó C, Vallejo J. Depresión. En: *Manual de diagnóstico diferencial y tratamiento en Psiquiatría*: Barcelona; Masson; 2001. p. 9-32.

Girón M, Manjón P, Puerto J, Gómez M, Sánchez E. Destrezas de entrevista clínica e identificación de problemas psíquicos

en Atención Primaria. II Congreso Nacional de la Sociedad Española de Epidemiología Psiquiátrica. Pamplona, 1993.

Girón M, Manjón P, Puerto J, Gómez M, Sánchez E. Relación entre las destrezas del médico y la expresividad emocional del paciente durante la entrevista clínica. II Congreso Nacional de la Sociedad Española de Epidemiología Psiquiátrica. Pamplona, 1993.

Girón M. Identificación y manejo de los problemas más frecuentes de salud mental en Atención Primaria. En: Gil VF, Merino J, Orozco D, Quirce F. Manual de Metodología de trabajo en Atención Primaria. Madrid: Jarpyo editores. 1997. p. 1275-1298.

Goldberg DP, Lecrubier Y. Form and frequency of mental disorders across centres. En: Ustun TB, Sartorius N editores: Mental illness in general health care. An international study. Chichester: Wiley; 1995.

Golderb D, Huxley P. Common mental disorders. London: Tavistock; 1992.

Herrán A, Cuesta MJ, Vázquez-Barquero JL. Trastornos del estado de ánimo. En: Vázquez-Barquero JL, editor. Psiquiatría en Atención Primaria. Madrid: Aula Médica; 1999. p. 231-258.

Herrán A, Vázquez Varquer JL, Artal J. La identificación de la depresión en Atención Primaria de Salud. Monografía de Psiquiatría 1997; número extra, 35-44.

Jefferson JW, Greisth JH. Trastornos del estado de ánimo. En Hales RE, Yudofsky SC, Talbott JA editores. The American Psychiatric Press. Tratado de Psiquiatría (2.º ed.). Barcelona: Ancora; 1996.

Judd LL et al. Subsyndromal symptomatic depression: a new mood disorder? J Clin Psychiatry 1996; 55 (Supl. 4): 18-28.

Kaplan HI, Sadock BJ, Grebb JA editores. Trastornos de estado de ánimo. En: Sinopsis de Psiquiatría. 7ª edición. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana, 1996; p. 531-87.

Kathol R, Katon W, Smith GR, Petty F, Trivedi M, Rush AJ. Guidelines for the diagnosis and treatment of depression for primary care physicians. *Psychosomatics* 1994; 35 (1): 1-12.

Kendler K, Heath A, Martin N, Eaves L. Symptoms of anxiety and symptoms of depression. *Archives of General Psychiatry* 1987; 122: 451-57.

Robins L, Locke BZ, Regier DA. Overview: psychiatric disorders in America. En: Robins LN, Regier DA, editores. *Psychiatric Disorders in America*. New York: Free Press, 1991; 328-366.

Roca M. Trastornos del humor. Madrid: Panamericana; 1999.

Rosebaum JF, Fava M. Approach to the patient with depression. In: Stern TA, Herman JB, Slavin PL. *The MGH Guide to Psychiatry in Primary Care*. New York: McGraw-Hill; 1998:1-13.

Tylee A. Depression in the community: physician and patient perspective. *J Clin Psychiatry* 1999; 60 (Suppl 7): 12-18.

Van Os T, Van den Brink RHS, Ven der Meer K, Van der Doorn W. Training primary care physicians improves the management of depression. *General Hospital Psychiatry* 1999; 21: 168-176.

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 (ed). *Trastornos del humor*. Madrid: Panamericana; 1999.

Trastorno mixto ansioso-depresivo

Dr. Víctor Manuel González Rodríguez

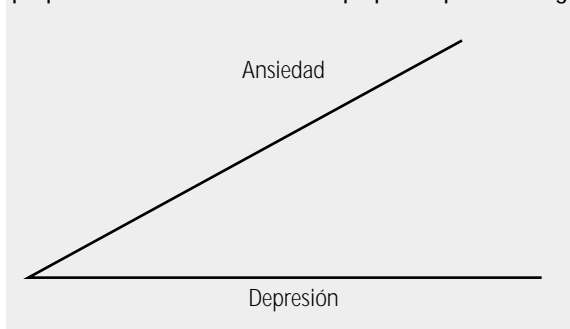
*Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.
Sanidad de Castilla y León (Sacyl), Equipo de Atención
Primaria de Villoria, Salamanca.*

GENERALIDADES

Una de las características de los trastornos mentales atendidos en Atención Primaria es la dificultad para diferenciarlos con situaciones normales, no patológicas. Esto es debido a que la mayoría de los pacientes presentan cuadros leves o moderados, o incluso malestar psicológico en un rango muy cercano a la normalidad. Esta situación es muy habitual para los trastornos de ansiedad y los trastornos afectivos. Muchos estudios han puesto de manifiesto la frecuencia de la comorbilidad entre ambos trastornos. Se produce así una dificultad añadida a la de diferenciar lo normal y lo patológico, que consiste en determinar si se trata de un trastorno ansioso o afectivo. Esta dificultad es menor en pacientes atendidos en las consultas de Salud Mental, que presentan una clínica florida, muy por encima del rango de normalidad.

Por estos motivos, los actuales sistemas de clasificación psiquiátrica, basados en categorías, y elaborados fundamentalmente en el medio hospitalario, no

Figura 1. Modelo dimensional de los trastornos psiquiátricos en Atención Primaria propuesto por Goldberg



parecen adecuados para ser usados en Atención Primaria. La razón es que los trastornos psiquiátricos que se observan en este entorno presentan unas características semiológicas y de abordaje que configuran un ámbito de conocimiento propio. De esta manera, se han propuesto modelos dimensionales, basados en síntomas seleccionados previamente, y que se incluyen en las dos dimensiones básicas: ansiedad y depresión. Estas dos dimensiones no son independientes, sino que muestran una correlación, que se representa gráficamente en la figura 1.

Según este modelo, los individuos se desplazan entre estos dos ejes, dependiendo de circunstancias ambientales, y predominará una dimensión u otra a lo largo del tiempo. Por este motivo, los diagnósticos psiquiátricos en Atención Primaria han de ser provisionales. Los modelos dimensionales presentan también dificultades metodológicas, ya que las dimensiones

dependerán del número y naturaleza de los síntomas elegidos.

En cuanto a la etiopatogenia de los trastornos afectivos y de ansiedad, ambos son patologías multifactoriales, se han identificado 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 observamos cómo comparten la alteración de algunos de los neurotransmisores. En cuanto a su distribución por sexos, ambos trastornos son más frecuentes en mujeres, sin diferencias étnicas, y con más frecuencia de los trastornos de ansiedad en personas de bajo nivel educativo (tabla 1).

Tabla 1. Etiopatogenia de los trastornos de ansiedad y los trastornos afectivos

	Trastornos afectivos	Trastornos de ansiedad
Factores genéticos	Predisposición genética, relacionada con los cromosomas 5, X, 11, y algunos HLA.	Existe asociación familiar y con algunas patologías (p.ej. con la laxitud articular).
Factores bioquímicos	Serotonina, noradrenalina, dopamina, eje hipotálamo-hipofisario-suprarrenal y tiroideo.	Noradrenalina, serotonina, GABA, benzodiacepinas.
Sociodemográficos	Mujeres, entre la 2ª y la 3ª década, sin relación con el nivel educativo o social.	Mujeres, entre la 2ª y la 4ª década, más frecuente en mujeres con bajo nivel educativo.

DEFINICIÓN DEL CUADRO CLÍNICO

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.

EPIDEMIOLOGÍA

Los estudios epidemiológicos en Atención Primaria muestran una elevada frecuencia de coexistencia de la sintomatología ansiosa y depresiva, que varía 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 criterios 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%.

CLÍNICA Y CRITERIOS DIAGNÓSTICOS CIE-10

Siguiendo el modelo dimensional de Goldberg, el paciente puede 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 representan, ordenados de mayor a menor según su capacidad discriminativa, en la tabla 2.

La Organización Mundial de la Salud, introdujo esta categoría (F41.2) en 1992, en el grupo de otros trastornos de ansiedad, y se define un *trastorno mixto ansioso-depresivo* cuando están presentes síntomas de ansiedad y de depresión, pero ninguno de ellos predomina claramente ni tiene la intensidad suficiente como para justificar un diagnóstico por separado. Se trata de pacientes 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.

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.

**Tabla 2. Dimensiones básicas (ansiedad y depresión),
sintomatología de cada una de ellas,
síntomas equidistantes entre ambas dimensiones,
y síntomas apenas representados en estos trastornos
en Atención Primaria**

Ansiedad	Depresión
Preocupación. Tensión nerviosa subjetiva. Irritabilidad. Tensión muscular. Dolores tensionales. Sueño insuficiente. Ansiedad flotante. Sueño retrasado. Preocupación por la salud. Ansiedad observada por el clínico.	Pérdida de interés. Depresión observada por el clínico. Baja autoconfianza. Desesperanza. Autodepreciación. Falta de energía. Pérdida de la libido. Pérdida del apetito. Pensamiento subjetivo de ineficiencia. Aislamiento social. Lentitud, escasa actividad. Despertar temprano. Pérdida de peso debido a disminución del apetito. Variación diurna con mejoría vespertina.
Síntomas equidistantes entre ansiedad y depresión	Síntomas apenas representados en estos trastornos en Atención Primaria
Pobre concentración. Pensamientos de muerte. Ánimo deprimido. Cansancio. Agotamiento. Inquietud. Ideas de referencia.	Ansiedad situacional. Ansiedad social. Fobias específicas. Incremento del apetito. Aumento de peso.

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 tabla 3.

La catalogación del *trastorno mixto ansioso-depresivo* se corresponde con el denominado *subsíndrome de ansiedad-depresión*, con el *subsíndrome sintomá-*

Tabla 3. Pautas diagnósticas según la CIE-10, para el trastorno mixto ansioso-depresivo (F41.2)

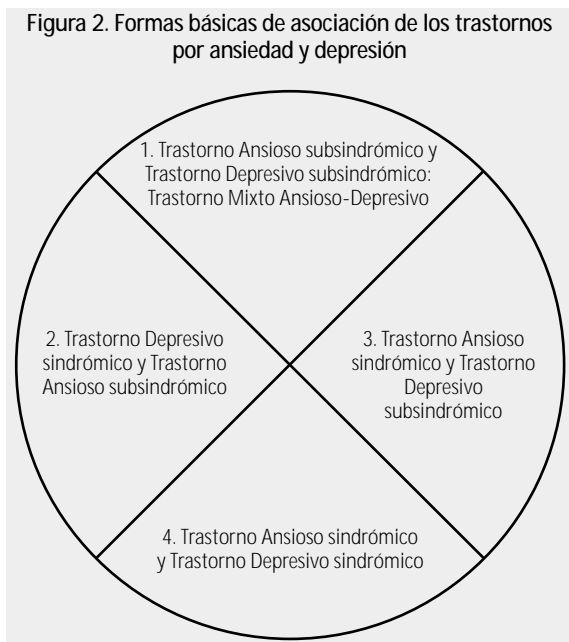
Estado de ánimo bajo.	
Pérdida de interés o capacidad de disfrutar.	
Ansiedad o preocupaciones predominantes.	
<i>Síntomas asociados</i>	
– Trastornos del sueño.	– Temblores.
– Astenia y pérdida de energía.	– Palpitaciones.
– Falta de concentración.	– Mareos.
– Trastornos del apetito.	– Sequedad de boca.
– Ideas o actos suicidas.	– Tensión e intranquilidad.
– Pérdida de la libido.	

tico 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 depresivo no especificado*, como desde el *trastorno de ansiedad no especificado*.

Teniendo en cuenta los criterios diagnósticos establecidos en la CIE-10, la presentación clínica de estos trastornos puede adoptar cuatro formas básicas, que se representan gráficamente en la figura 2.

Ya se ha comentado la frecuencia del *trastorno mixto ansioso-depresivo*. Las otras formas de presentación son también habituales. Entre el 50 y el 70% de los pacientes con un *trastorno depresivo* presentan sintomatología ansiosa grave (*trastorno ansioso subsindrómico*), aunque existen trabajos que documentan 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*.

Figura 2. Formas básicas de asociación de los trastornos por ansiedad y depresión



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*.

Otras características que presentan los pacientes que sufren comorbilidad ansiosa y depresiva son que suelen presentar:

- 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.

RECOMENDACIONES TERAPÉUTICAS

Dado que el conocimiento actual de la naturaleza y del tratamiento del *trastorno mixto ansioso-depresivo* es escaso, no existe, en el momento actual, ninguna evidencia científica para recomendar o desaconsejar ningún tratamiento. Existen algunas propuestas que recomiendan, cuando se sospeche un *trastorno mixto ansioso-depresivo*:

- 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*.
- Si no existen diagnósticos previos, considerar otras alternativas diagnósticas (*trastornos adaptativos, ansiedad generalizada, distimia, trastorno de la personalidad, etc.*)
- Si se ha descartado todo lo anterior, el primer objetivo es 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.
- Si no se consigue la remisión, se debe tratar con psicofármacos.

En cuanto al tratamiento farmacológico, diversos estudios han mostrado mejores resultados con antidepresivos que con benzodiacepinas en pacientes con trastornos mixtos de ansiedad y depresión. Los hallazgos beneficiosos de los antidepresivos (imipramina, trazodona, Venlafaxina Retard y paroxetina) han llevado a proponer un «efecto patológico general» de los mismos, sobre estas patologías, aunque no existe la certeza de que esto sea igualmente relevante en el tratamiento del *trastorno mixto ansioso-depresivo*.

La utilización de las benzodiacepinas en el tratamiento debería individualizarse, dependiendo de la intensidad del cuadro, y teniendo en cuenta que pueden ocasionar dependencia farmacológica, sedación, accidentes de trabajo, etc. Su efecto es rápido y efectivo en otros *trastornos de ansiedad*, como la *ansiedad generalizada*. La buspirona, una azapirona que tiene una acción más lenta que las benzodiacepinas, pero menos efectos secundarios, puede ser útil en los *trastornos mixtos* al tener más eficacia en el control del

componente psíquico de la ansiedad, a diferencia de éstas que son más efectivas en el control del componente somático. Tiene el inconveniente de no ser efectiva en pacientes previamente tratados con benzodiacepinas.

En todos los casos, la mejoría observada es más tardía en estos pacientes que en los que no presentan comorbilidad, por lo que un diagnóstico temprano y una intervención eficaz serán claves para el éxito terapéutico.

Los fármacos antes citados, con las dosis recomendadas, efectos secundarios más frecuentes, se resumen en la tabla 4. Para la decisión de elegir uno de ellos será útil conocer tratamientos previos efectivos

Tabla 4. Tratamiento farmacológico del trastorno mixto ansioso-depresivo

Fármaco	Dosis adulto	Efectos secundarios
Imipramina	25-75 mg/12 h	Efectos secundarios anticolinérgicos (sequedad de boca, visión borrosa, estreñimiento, retención urinaria, etc.), histamínicos (sedación), cardiovasculares (alargamiento QT, etc.), aumento de peso.
Paroxetina	20-50 mg/24 h	Efectos secundarios variables según la molécula (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 Retard	75-150 mg/24 h	Perfil de seguridad muy alto.
Alprazolam	0,5-2 mg/24 h	Riesgo de dependencia farmacológica, sedación, accidentes, toxicidad cognitiva, etc.
Diazepam	5-10 mg/8 h	
Lorazepam	1-3 mg/8-12 h	
Bupiriona	10-20 mg/8 h	Efectos secundarios leves. No es útil si el paciente ha recibido previamente tratamiento con benzodiacepinas.

para un mismo paciente, se debe considerar aquel que posea un menor perfil de efectos secundarios y valorar la patología asociada.

Los tratamientos psicológicos específicos tienen una gran importancia en el tratamiento de los trastornos mixtos, habiéndose empleado con éxito abordajes conductuales como el manejo de la ansiedad, tratamientos cognitivos como la reestructuración cognitiva, entrenamiento de la relajación y la retroalimentación.

¿QUÉ HACER Y QUÉ NO HACER?

Las cuestiones clave y recomendaciones para los profesionales de Atención Primaria se resumen en la tabla 5.

Tabla 5. Recomendaciones sobre el abordaje del trastorno mixto ansioso-depresivo desde Atención Primaria

¿Qué no hacer?	¿Qué hacer?
Considerar como poco frecuente la asociación de la sintomatología ansiosa y depresiva.	Tener en cuenta la elevada prevalencia de la comorbilidad entre ambos trastornos. Si se detecta ansiedad, se debe siempre investigar la existencia de depresión (y viceversa).
Catalogar por igual a todos los trastornos en los que exista asociación de síntomas.	Establecer cuál de las posibles formas básicas de asociación padece el paciente (figura 2).
No descartar otros diagnósticos psiquiátricos antes de establecer la existencia de un trastorno mixto.	Una vez confirmado el diagnóstico de trastorno mixto, establecer una estrecha relación médico paciente y utilizar los tratamientos (farmacológicos o no) que se consideren necesarios.

CRITERIOS DE DERIVACIÓN A PSIQUIATRÍA

No existen criterios de derivación universalmente aceptados, por lo que éstos se basarán en el sentido común del profesional y en los recomendados para los trastornos afectivos o ansiosos, cuando se detectan de forma aislada.

Tabla 6. Criterios de derivación a Psiquiatría en trastorno mixto ansioso-depresivo

Ideación suicida	Síntomas psicóticos asociados
Mala relación terapéutica médico-paciente, o a petición de éste, o en cuadros graves que puedan precisar ingreso.	Falta de respuesta a un tratamiento adecuado en dosis y duración.

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. Giro-lamo, 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.

Badía X, Salamero M. Alonso J. La medida de la salud. Guía de escalas de medición en español. Edimac: Barcelona, 1999.

Bobes J, Bousoño M, González MP, Sáiz P. Trastornos de ansiedad y trastornos depresivos en Atención Primaria. Barcelona, Masson, 2001.

Boulenger JP, Lavallee YJ. Mixed anxiety and depression: diagnostic issues. *J Clin Psychiatry* 1993; 54 (suppl. 1): 3-8.

CIE 10 Capítulo 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.

Clayton P. Anxious depression: a reemerging subtype of depression. En: Racogni G, Smeraldi S (ed). *Depression: assessment and treatment*. New York: Rave Press, 1987.

Chocrón L, Vilalta J, Legazpi I et al: Prevalencia de psicopatología en un centro de Atención Primaria. *Atención Primaria* 1995; 16: 586-90, 592-3.

Fawcett J. Targeting treatment in patients with mixed symptoms of anxiety and depression. *Journal Clin Psychiatry* 1990; 51 (suppl); 40-3.

García-Campayo JJ, Sanz-Carrillo C. A review of the differences between somatising and psychologising patients in primary care. *Int J Psych Med* 1999; 29: 337-45.

Girón M, Manjón P, Puerto J, Gómez M, Sánchez E. Destrezas de entrevista clínica e identificación de problemas psíquicos en Atención Primaria. II Congreso Nacional de la Sociedad Española de Epidemiología Psiquiátrica. Pamplona, 1993.

Girón M, Manjón P, Puerto J, Gómez M, Sánchez E. Relación entre las destrezas del médico y la expresividad emocional

del paciente durante la entrevista clínica. II Congreso Nacional de la Sociedad Española de Epidemiología Psiquiátrica. Pamplona, 1993.

Girón M. Identificación y manejo de los problemas más frecuentes de salud mental en Atención Primaria. En: Gil VF, Merino J, Orozco D, Quirce F. Manual de Metodología de trabajo en Atención Primaria. Madrid; Jarpyo Eds., 1997: 1.275-98.

Goldberg D, Bridges K, Duncan-Jones P, Grayson D. Dimensions of neuroses seen in primary care settings. *Psychological Medicine* 1987; 17: 461-71.

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.

Golderb D, Huxley P. *Common mental disorders*. London: Tavistock, 1992.

Hiller W, Zaudig M, von Bose M. The overlap between depression and anxiety on different levels of psychopathology. *J Affect Disord*, 1989; 16: 223-31.

Kendler K, Heath A, Martin N, Eaves L. Symptoms of anxiety and symptoms of depression. *Archives of General Psychiatry* 1987; 122: 451-57.

Kessler RC. Comorbidity of depression and anxiety disorders. En: Montgomery S, Den Boer J (ed). *SSRI in depression and anxiety*. Chichester: Wiley and Sons, 1999; 81-9.

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

Regier DA, Narrow WE, Rae DS. The epidemiological of anxiety disorders: the Epidemiological Catchment Area experience. *J Psychiatry Res* 1990, 24 (supp 2): 3-14

Roth M, Gurney C, Garside R et al: Studies in the classification of affective disorders: the relationship between anxiety states and depressive illness. *British Journal of Psychiatry* 1972; 121: 147-61.

Roy-Birne P et al. Subsyndromal anxiety-depression in primary care. *J Gen Intern Med* 1994, 9: 507-12.

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.

Torrás 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.

Ustun TB, Sartorius N. Public Health aspects of anxiety and depressive disorders. *Int Clin Psychopharmacol* 1993; 8: 15-20.

Vallejo J, Gastó C. *Trastornos afectivos: ansiedad y depresión* (2ª ed.). Barcelona: Masson, 2000.

Von Korff et al. Anxiety and depression in a primary care clinic. *Arch Gen Psychiatry* 1987 44: 152-6.

Wittchen HU, Lieb R, Wunderlich U, Schuster P. Comorbidity in primary care: presentation and consequences. *J Clin Psychiatry* 1999; 60 (suppl 7): 29-38.

Wittchen HV, Essau CA: Comorbidity and mixed anxiety-depressive disorders. Is there epidemiologic evidence? *Journal of Clinical Psychiatry* 1993; 54: 9-15.

Zinbarg RE, et al. The DSMIV field for mixed anxiety-depression. *Am J Psychiatry* 1994, 151:1153-1162.

Trastornos somatomorfos

Fernando Gonçalves Estella

*Doctor en Medicina y Cirugía. Médico Rural.
Almeida (Zamora)*

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 meticulosa, 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 clínicos, 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 eritematoso 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 DSM-IV.

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 músculo-esquelético). 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 suelen 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 intencionadamente (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 opioi-

des endógenos. Se ha demostrado esa eficacia tanto con los antidepresivos tricíclicos, como con los ISRS y los IRSN (Venlafaxina Retard), 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. 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 con-

trolado 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 1-2% 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 super-yo 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 período 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 anti-depresivos 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), aunque algunos autores indican la eficacia de los antidepresivos aun 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, 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, pág 371-385. Sociedad Española de Medicina General. Madrid, 1996.

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, pág 105-116. Sociedad Española de Medicina General. Madrid, 1998.

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 1063-1075. 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.

Fernández Camacho A y otros: Antidepresivos y dolor. *Dolor e Inflamación*, 1988; 1

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, CD-ROM, 1997.

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

Organización Mundial de la Salud: CIE-10. Trastornos mentales y del comportamiento. Meditor. Madrid, 1992.

Palao DJ y otros: Guía psiquiátrica en Atención Primaria. 1996.

Ansiedad y depresión como síntomas acompañantes

Jesús Vázquez Castro

Médico de Familia. EAP Estrecho de Corea. Área 4. Madrid

PATOLOGÍAS PSIQUIÁTRICAS

ANSIEDAD

La ansiedad no sólo es un componente o síntoma ineludible de la mayor parte de las patologías psiquiátricas, también es una experiencia propia de la vida normal incorporada a los mecanismos de supervivencia y adaptación del ser humano.

DEPRESIÓN

La comorbilidad de la depresión con los trastornos por ansiedad tiene especial relevancia en Atención Primaria. Los cuadros depresivos presentes en este escenario, principalmente de severidad leve-moderada, se suelen acompañar de síntomas ansiosos inespecíficos.

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 DE LA PERSONALIDAD

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.

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.

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.

ALCOHOLISMO

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 demuestran que el trastorno de angustia suele surgir con anterioridad a la aparición del alcoholismo.

OTROS TRASTORNOS

El trastorno por déficit de atención con hiperactividad del adulto y las hipocondriasis solapan con frecuencia síntomas ansiosos.

DEPRESIÓN

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.

TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN

Los síntomas del estado de ánimo pueden ser la forma de presentación de los trastornos de alimentación. Más de la mitad de los pacientes con estos últimos 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.

TRASTORNOS DE 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 y dependiente. Un trastorno de personalidad comórbido ensombrece el pronóstico de un trastorno depresivo.

PATOLOGÍAS MÉDICAS

Clasificación con códigos CIE-10:

F06.4 Trastorno de ansiedad debido a... (indicar enfermedad médica)

Especificar si: Con ansiedad generalizada/con crisis de angustia/con síntomas obsesivo-compulsivos.

F06.xx Trastorno del estado de ánimo debido a... (indicar enfermedad médica)

.32 Con síntomas depresivos.

.32 Con síntomas de depresión mayor.

.30 Con síntomas maníacos.

.33 Con síntomas mixtos.

ENFERMEDADES SISTÉMICAS Y ANSIEDAD

Gran parte 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).

En el momento de realizar la historia clínica, en caso de posible organicidad, debemos considerar:

- 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.
- La terapia consistirá en el tratamiento etiológico.

ENFERMEDADES MÉDICAS ASOCIADAS A CLÍNICA ANSIOSA (tabla 1)

NEUROLÓGICAS

Epilepsia

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.

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.

METABÓLICAS

Hipertiroidismo

Se asocia con cuadros de ansiedad entre el 53-69% de los casos. En el 90% de los casos responde al trata-

Tabla 1. Trastornos médicos que cursan con ansiedad

Aparato/Sistema	Enfermedad	
Cardiorrespiratorio	Arritmias Asma Embolia pulmonar Miocardiopatía IAM	Prolapso mitral Epoc Hiperventilación Hipoxia HTA
Nervioso	Crisis parciales complejas Demencia Migraña Enfermedad de Menière Enfermedad de Wilson	Delirium Corea de Huntington TIA Neoplasias cerebrales H. subaracnoidea
Endocrino	Sdr. carcinoide Feocromocitoma Hipo e hipertiroidismo Hipo e hiperparatiroidismo Sdr. premenstrual	Sdr. cushing Hipoglucemia Menopausia Insulinoma Alt. hipofisarias
Reumatológico	LES Arteritis temporal	Poliarteritis nodosa A. reumatoide
Miscelánea	Pelagra Mononucleosis Infecciosa Sdr. posthepatitis Sdr. febril crónico	Porfiria Uremia Cirrosis biliar Def. vit. B12

miento hormonal, si no hay antecedentes o rasgos positivos de trastorno psiquiátrico primario.

Enfermedad de Cushing

Hay una clara asociación entre la psicopatología y los niveles hormonales asociados en muchos casos con cuadros depresivos.

Diabetes

Está documentada la relación entre ambas, así como la influencia del estrés en las concentraciones de glucemia.

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.

CARDIOPULMONARES

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.

En el EPOC esta asociación 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.

ONCOLÓGICAS

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.

REUMATOLÓGICAS

La ansiedad se asocia al 21% de las artritis reumatoideas. 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.

ENFERMEDADES SISTÉMICAS Y DEPRESIÓN

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.

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.

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%.

Es posible que la enfermedad médica cause la depresión, que la propicie en alguien por otra parte suscep-

tible, 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.

Los trastornos y los síntomas afectivos en pacientes médicos son poco diagnosticados, no tratados u objeto de una terapia inadecuada.

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.

ENFERMEDADES MÉDICAS ASOCIADAS A CLÍNICA DEPRESIVA (tabla 2)

NEUROLÓGICAS

ACV

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.

Tabla 2. Trastornos médicos que cursan con depresión

Aparato/Sistema	Enfermedad	
Neurológicas	Enf. de Alzheimer Enf. de Wilson ACVA Lesiones ocupantes de espacio	Enf. de Parkinson Enf. de Huntington Esclerosis múltiple
Endocrinas	Hipo e hipertiroidismo Hipo e hiperparatiroidismo Enf. de Cushing y Addison	Hipogonadismo Hipoglucemia Hiperprolactinemia
Cardiovasculares	IAM Miocardiopatías	
Reumatológicas	LES Síndrome carcinoide Arteritis temporal	Artritis reumatoide Fibromialgia Sdr. de Sjögren
Infecciosas	SIDA Tuberculosis Mononucleosis infecciosas	Encefalitis Virasis (gripe, hepatitis) Fiebre tifoidea
Oncológicas	Cáncer de páncreas Neoplasias cerebrales	
Miscelánea	Hipopotasemia Déficit de vit. B12 y Ac. fólico Hiponatremia (de instauración lenta)	Hipomagnesemia Hipocincnemia Colon irritable

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.

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.

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.

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.

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 ansio-

so-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.

La depresión aparece con independencia del origen suprarrenal, 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.

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.

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.

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.

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.

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.

LES

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.

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.

BIBLIOGRAFÍA

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

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

Saiz J. Angustia y ansiedad. En: Saiz J, editor. La ansiedad. Barcelona: Emeká; 1993. p. 33-5.

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.

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

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

Roca Bennasar M, Bernardo Arroyo M. Trastornos depresivos en patologías médicas. Barcelona: Masson; 1996.

Whitlock. Symptomatic Affective Disorders. Sydney: Academic Press; 1982.

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

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

Spiegel D. Cancer and depression. *British J Psychiatry* 1996; 168 (Suppl. 30): 109-16.

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

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

Carrasco JL. Empleo de fármacos antidepresivos en pacientes con patologías médicas. En: Bernardo M, Roca M, editores. Trastornos depresivos en patologías médicas. Barcelona: Masson; 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., editores. Trastornos del humor. Madrid: Panamericana; 2000.

Ayuso Gutiérrez JL, Massana Ronquillo J. Trastorno de angustia. En: Leal Cercós C, Vallejo Ruiloba J, Baca Baldomero E, et al., editores. Trastornos neuróticos. Barcelona: Psiquiatría editores SL; 2002.

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

Kashani JH, Orvaschel H. A community study of anxiety in children and adolescents. Am J Psychiatry 1990; 147: 313-8.

Noyes R. The comorbidity and mortality of panic disorder. Psychiatr med 1990; 18: 41-66.

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

Clouse RE, Alpers DH. The relationship of psychiatric disorder to gastrointestinal illness. Ann Rev Med 1986; 37: 283-95.

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

Kendell R. The role of diagnosis in psychiatry. Oxford: Blackwell; 1975.

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.

Manejo de la ansiedad y la depresión en situaciones especiales

Jesús Vázquez Castro

Médico de Familia. EAP Estrecho de Corea. Área 4. Madrid

ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN EL ADOLESCENTE

ANSIEDAD

ANSIEDAD GENERALIZADA

F41.1 Trastorno de 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 ante 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.

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): <ol style="list-style-type: none">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.

Pronóstico

La ansiedad generalizada tiende a mejorar gradualmente a lo largo de los años, dependiendo de la existencia o no de trastornos asociados.

TRASTORNO DE ANSIEDAD POR SEPARACIÓN

F93.0 Trastorno de ansiedad por separación.

Especificar si: De inicio temprano.

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 de ansiedad por separación quedan expuestos en la tabla 2.

Tratamiento

Los antidepresivos pueden ser útiles, así como el alprazolam. Sin embargo, son las intervenciones psi-

Tabla 2. Criterios para el diagnóstico del trastorno de 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 solo 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.

cológica 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.

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

F42.8 Trastorno obsesivo-compulsivo.

Especificar si: Con poca conciencia de enfermedad.

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 interfamiliares.

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.

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.

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.**

Pronóstico

Un trastorno obsesivo-compulsivo en un adolescente puede cursar como un episodio único, con recurrencias o cronificándose en el tiempo. La mayo-

ría de los sujetos seguirán cumpliendo criterios diagnósticos a medio plazo de trastorno obsesivo-compulsivo.

DEPRESIÓN

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%.

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 distólicas con padres depresivos o poco implicados en la educación del hijo unido a experiencias familiares estresantes o situa-

ciones de rechazo y aversivas 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. Suelen 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 aquéllas.

Diagnóstico

Para el diagnóstico de un episodio depresivo mayor o de una distimia seguiremos los mismos criterios que para adultos reflejados en el apartado correspondiente de la guía.

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

Actualmente, aunque la experiencia de los antidepressivos en los adolescentes es amplia, conviene matizar que existen escasos ensayos clínicos que demuestren tal eficacia. En los casos resistentes podemos añadir sales de litio.

La psicoterapia individual y la terapia cognitiva conductual son procedimientos con una cierta eficacia en el manejo del adolescente depresivo.

Por último, es fundamental el apoyo familiar tratando de que los padres comprendan y conozcan el cuidado del adolescente depresivo.

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 Y DEPRESIÓN EN LA GESTANTE

INTRODUCCIÓN

Los trastornos psiquiátricos que tienen lugar después del parto ocurren durante los primeros 6 meses, etapa de mayor vulnerabilidad, tanto para la madre como para su hijo.

La importancia de estas alteraciones pueden suponer un alto riesgo de influir negativamente en la vida familiar y en la del recién nacido.

Para el CIE-10, las alteraciones psiquiátricas del puerperio son trastornos del comportamiento asociados con disfunciones fisiológicas y con factores somáticos, considerando sólo los trastornos mentales que se presentan en el puerperio, con comienzo en las 6 semanas posteriores al parto y sin utilizar códigos especiales.

En este período de establecimiento y consolidación del vínculo emocional precoz madre-hijo concurren factores biológicos (hallazgos neuroquímicos, estudios familiares), endocrinos, psicológicos (vínculo o relación madre-hijo, factores externos) y sociales (acontecimientos vitales, nivel socio-cultural, enfermedades médicas asociadas) para el desarrollo de los trastornos psiquiátricos.

Los trastornos clásicos del posparto son la melancolía, la depresión y la psicosis. Recientemente se han descrito trastornos de ansiedad posparto y obsesivo-

compulsivos, pero la bibliografía es escasa y poco contrastada.

MATERNITY BLUES

Aproximadamente el 50% de las madres primíparas padece un episodio depresivo leve conocida como *maternity blues* o *baby blues* y que se relaciona con el estrés del parto.

Son episodios transitorios de tristeza, crisis de llanto, fatigabilidad, ansiedad, cefaleas e insomnio, cuya aparición se sitúa entre el tercer y séptimo día posparto. La duración puede variar desde unas pocas horas hasta 2 ó 3 días.

Se consideran expresiones de una modalidad de adaptación normal a la llegada del bebé y, por tanto, no suelen precisar tratamiento salvo el apoyo psicológico y la información necesaria para que la mujer adquiera sentimientos de seguridad.

La lactancia natural y los cuidados del recién nacido, explicados de forma sencilla y adecuada, actúan como refuerzos positivos ante esta situación.

DEPRESIÓN PUERPERAL

Clínica

La sintomatología suele aparecer alrededor del tercer mes después del nacimiento, pudiendo perdurar hasta el año. Se caracteriza por autodesvalorización y autorreproches, referidos a su competencia como

madres. Refieren pérdida de interés o placer y una marcada anhedonia. El pensamiento es lento y un lenguaje pobre con matices pesimistas. Puede existir pérdida de peso, cefaleas e insomnio. Afecta al 10-15% de las par-turientas.

Las madres no reconocen su problema como una depresión, tratando de negarlo y evitando las situaciones de incompetencia. Suelen relacionarse con el lactante con desinterés o con un celo exagerado.

Diagnóstico

Es fundamental la detección temprana, siendo las visitas pediátricas o al tocólogo un lugar ideal para la entrevista y la observación de la relación madre-hijo. Existen instrumentos fiables y válidos para medir la escala psicológica de la depresión posparto, como la Edimburg Postnatal Depression.

Factores de riesgo

Del 10,2% de mujeres con depresión, un 62% tuvo depresión preparto o depresión en el embarazo, lo que confirma que la depresión durante el embarazo es un potente factor de riesgo de padecer una depresión en el posparto (tabla 4). En la tabla 5 se citan los diversos factores de riesgo de la enfermedad.

Tratamiento

La estrategia terapéutica debe centrarse en la detección y el tratamiento durante el embarazo (cur-

Tabla 4. Signos precursores de depresión posparto

Embarazo	Depresión preparto. Exposición a factores de estrés psicosocial.
Parto	Mala vivencia subjetiva del parto. Dificultades obstétricas.
Interacción madre-hijo	Separación madre-hijo más larga de lo habitual. Alteraciones perinatales graves.

Tabla 5. Depresión posparto. Factores de riesgo

<ul style="list-style-type: none"> – Dificultades en la relación de pareja. – Acontecimientos familiares desgraciados. – Dificultades laborales. – Dificultades económicas. – Alejamiento de la familia. – Soledad. – Conflictividad con la propia madre. – Problemas somáticos relacionados con el embarazo.

sos de preparación al parto) y mediante el apoyo psicológico y terapéutico durante el primer año de vida del niño, puesto que los hijos de madres deprimidas son más irritables, sonríen menos y presentan déficit conductuales y cognitivos a los 3-4 años de vida (Holden, 1991).

Pueden ser útiles las terapias de grupo y de pareja, así como la psicoterapia individual que aumenten la valoración y la estima de la mujer. Si se decide un tratamiento farmacológico, debemos valorar no interrumpir la lactancia materna. La Academia Pediátrica Americana considera que los antidepresivos, los neurolepticos y las benzodiazepinas son de efecto desconocido para los neonatos (grado C).

PSICOSIS POSPARTO

Afecta sólo al 0,2%. Su gravedad se deriva de la perturbación en la organización precoz de la relación madre-hijo, y los riesgos para la vida de ambos.

Clínica

Comienza con síntomas como el insomnio, fatiga, irritabilidad o cefalea. Alrededor de una semana posterior a esos síntomas prodrómicos puede aparecer la actividad psicótica. Aparecen ideas delirantes irrefutables a la argumentación lógica, sobre todo, de contenido paranoide. Son también frecuentes las alucinaciones de contenido auditivas, cenestésicas o visuales. Las de tipo olfativo y gustativas sugieren un trastorno mental orgánico.

Las psicosis puerperales pueden aparecer a partir del tercer o cuarto día y antes del primer mes posparto.

Diagnóstico

Deben descartarse etiologías orgánicas de tipo endocrinológico, infeccioso o de etiología autoinmune que cursen con esa clínica. Así mismo, debemos diferenciar entre los distintos trastornos depresivos que acontecen en el puerperio (tabla 6).

Tratamiento

Por un lado, debemos controlar los síntomas maternos mediante el uso de técnicas psicológicas, apoyadas con medicación psicotrópica (neurolépticos), benzodiazepinas y antidepresivos, según los casos.

Tabla 6. Formas clínicas de la depresión puerperal

	Melancolías	Depresión	Psicosis
Aparición posparto	3 a 7 días	> 1 mes	3 a 29 días
Frecuencia	50%	10-15%	0,2%
Duración	2-3 días	2 semanas-meses-años	1 a 29 días
Síntomas	Tristeza, llanto	Trastornos de afectividad y del pensamiento, síntomas somáticos y alteraciones cognitivas.	Delirio, alucinaciones, alteraciones psicomotoras.
Gravedad	+	++	++++
Tratamiento	Apoyo psicológico	Antidepresivos y terapia psicológica.	Neurolépticos, benzodiacepinas, antidepresivos y terapia psicológica.

Por otro lado, instauraremos medidas que impidan la separación del vínculo madre-hijo y que fomenten la incapacidad cuidadora de la enferma.

ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN EL ANCIANO

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 trastor-

Tabla 7. 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.

nos 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 7 muestra algunas de las causas de trastornos de ansiedad en personas de edad avanzada.

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 reagudización 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 solo, 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 déficit 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 benzodiazepinas y la bupiriona. Dentro de las primeras, es preferible usar en el anciano las de vida media corta o intermedia para evitar el riesgo de acumulación y las que se metabolizan por conjugación (loracepán y oxacepán). La supresión deberá realizarse de forma escalonada. La bupiriona puede ser útil en ancianos con EPOC o apnea del sueño.

DEPRESIÓN

Epidemiología

A pesar de su elevada frecuencia (13-15%) todavía sigue siendo infradiagnosticada e infratratada (tabla 8).

Tabla 8. 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.

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 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 9).

Tabla 9. 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.

El anciano deprimido suele mostrar una sintomatología depresiva poco intensa y muy inespecífica. No es infrecuente 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 10).

Tabla 10. Rasgos clínicos de la depresión en el anciano

Más común en el anciano	Menos común en el anciano
<ul style="list-style-type: none"> – 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. 	<ul style="list-style-type: none"> – 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 11).
- 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 12). En estos casos, hay una mejoría franca cuando se trata adecuadamente el cuadro depresivo.

Tratamiento

Es preciso recordar antes de instaurar tratamiento farmacológico:

- 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.

Tabla 11. 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.

Tabla 12. 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
Autorreproche	Presente	Ausente
Variación circadiana	Presente	Ausente
Déficit intelectuales tras tto. depresivo	Mejoran	No mejoran
Deterioro de memoria reciente-remota	Similar	Más de reciente
Lagunas de memoria	Presentes	Ausentes
Atención y concentración	Conservadas	Disminuidas
Síntomas neurológicos	Ausentes/raros	Presentes

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.

no 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 ISRS, la sertralina no precisaría ajuste de dosis en el anciano. Asimismo, Venlafaxina Retard (IRSN) tampoco necesitaría ajuste de dosis 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%). Constituyen una alternativa la mirtazapina, la nefazodona y la reboxetina.

En la tabla 13, la CIE-10 recomienda unas pautas informativas y de «counselling» para el paciente depresivo y su familia.

Tabla 13. 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.

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.

La tasa de mortalidad en el anciano deprimido es el doble que las de los no deprimidos.

ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PACIENTE POLIPATOLÓGICO

Es frecuente que los pacientes que presentan cuadros de ansiedad o depresión sufran otro tipo de trastorno acompañante (enfermedades o fármacos) que requiera un manejo adecuado cuando asociemos ansiolíticos o antidepresivos.

APARATO DIGESTIVO

ALTERACIONES DE LA ABSORCIÓN

Si hay alteraciones del íleon proximal considerar vías alternativas (intramuscular, sublingual, rectal, etc.).

Considerar los efectos adversos digestivos de los psicotropos (náuseas, diarreas, estreñimiento) y si es posible utilizar formulaciones con liberación retard.

Fármacos que alteren la motilidad digestiva (cispripida, metoclopramida, anticolinérgicos) influyen en la tasa y/o cantidad de absorción. Recordar que las for-

Tabla 14. Hepatopatías y uso de fármacos para la ansiedad y depresión

- Las benzodiacepinas (y antidepresivos con perfil sedante como trazodona) están contraindicadas si se sospecha encefalopatía hepática.
- Considerar que la vía parenteral obvia el primer paso hepático (si hay coagulopatía elegir la vía intravenosa).
- Si hay aumento de bilirrubina, reducir la dosis de los psicofármacos.
- Emplear ansiolíticos que se metabolizan por glucurononconjugación (loracepam, oxacepam, etc.).
- Para sedaciones rápidas y cortas usar midazolam.
- Reducir la dosis de los antidepresivos tricíclicos.
- De los ISRS usar preferentemente la sertralina y el citalopram.
- Comenzar con Venlafaxina Retard 75 mg. No necesita ajuste de dosis.
- La nefazodona está contraindicada.
- El aclaramiento de mirtazapina se reduce un 30%.
- El bupropión en alcohólicos tiene una contraindicación relativa por incrementar aún más el riesgo de convulsiones.

mulaciones líquidas se absorberán más rápidamente (solución > suspensión > cápsula > comprimidos con protección entérica).

HEPATOPATÍAS (tabla 14)

CARDIOVASCULAR

En la insuficiencia cardíaca es conveniente una disminución de la dosis de los fármacos ya que hay menor volumen de distribución.

Muchos pacientes cardiopatas precisan anticoagulación, por ello es conveniente revisar el tiempo de protrombina ya que la mayoría de los psicotropos desplazan al anticoagulante.

Otras consideraciones prácticas en el uso de psicofármacos en las cardiopatías se muestran en la tabla 15.

Tabla 15. Cardiopatías y uso de psicofármacos para la ansiedad y depresión

- Evitar el uso de benzodiazepinas si hay hipercapnia en el paciente con insuficiencia respiratoria y en la apnea del sueño.
- Los antidepresivos tricíclicos pueden producir problemas de conducción cardíaca.
- Después de un infarto de miocardio se recomienda usar fármacos ISRS y los de nueva generación (ISRN-Venlafaxina Retard).
- Vigilar las posibles interacciones entre diversos antidepresivos y calcioantagonistas (diltiacem y verapamilo, pero no nifedipino).
- En la insuficiencia cardíaca los tricíclicos no afectan la fracción de eyección. El que menos hipotensión provoca es la nortriptilina.
- Vigilar el uso de fluoxetina en fibrilación auricular y bradicardias.
- Evitar el uso de cisaprida con fluvoxamina (torsades de pointes).
- Algunos autores no recomiendan el citalopram en pacientes con aumento de tiempos de conducción cardíaca.
- La venlafaxina puede presentar un efecto dosis dependiente sobre la presión arterial (aumento de 10 mmHg de diastólica en 5% de pacientes con dosis mayores a 225 mg).

NEFROPATÍAS

En la insuficiencia renal se debe reducir la dosis o aumentar los intervalos de dosificación. Hay que considerar que la mayoría de los psicotropos no son dializables.

Otras recomendaciones en el uso de psicofármacos se recogen en la tabla 16.

ENFERMEDADES NEUROLÓGICAS

Entre las recomendaciones que deben tenerse en cuenta en los enfermos neurológicos, en los cuadros ansiosos, es el potencial anticonvulsionante de las benzodiazepinas. El efecto contrario se atribuye a los antidepresivos en general, en particular a maprotilina y

Tabla 16. Nefropatías y uso de psicofármacos para la ansiedad y depresión

- Usar benzodiazepinas sin metabolitos activos y tener en cuenta que su semivida de eliminación va a aumentarse por cuatro.
- Se recomienda reducir dosis de bupiriona en pacientes con insuficiencia renal.
- Los tricíclicos son pobremente dializables.
- Los ISRS presentan elevación de los valores plasmáticos salvo la fluoxetina que apenas cambia.
- Venlafaxina Retard no requiere ajuste de dosis.
- Nefazodona no precisa ajuste de dosis.

bupropión. El riesgo es menor con trazodona, nortriptilina (la que menos hipotensión causa) e ISRS.

En la esclerosis múltiple son recomendados los ISRS o la trazodona cuando coexiste depresión. En la migraña se aconseja la amitriptilina o doxepina y en los accidentes vasculares cerebrales la paroxetina, nortriptilina, trazodona y bupropión, con datos contradictorios sobre la fluoxetina.

En la enfermedad de Parkinson deben usarse los anti-depresivos con precaución, en especial la amoxapina. Así mismo, debemos tener presente que la fluoxetina, fluvoxamina y la paroxetina se han asociado con movimientos extrapiramidales (disonías, discinesias) y en el empeoramiento del síndrome de «las piernas inquietas».

ENDOCRINOLOGÍA

Todos los antidepresivos deben utilizarse con precaución en pacientes tratados con antidiabéticos orales o insulina, ya que es más frecuente la presencia de hipoglucemia.

ANSIEDAD Y DEPRESIÓN INDUCIDAS POR FÁRMACOS Y OTRAS SUSTANCIAS

ANSIEDAD

CLASIFICACIÓN CIE-10

—.—Trastorno de ansiedad inducido por sustancias (consultar los trastornos relacionados con sustancias para los códigos específicos de cada una de ellas).

Especificar si: Con ansiedad generalizada/con crisis de angustia/con síntomas obsesivo-compulsivos/con síntomas fóbicos.

Especificar si: De inicio durante la intoxicación/de inicio durante la abstinencia.

- F10.8 Trastorno de ansiedad inducido por alcohol.
- F16.8 Trastorno de ansiedad inducido por alucinógenos.
- F15.8 Trastorno de ansiedad inducido por anfetamina.
- F15.8 Trastorno de ansiedad inducido por cafeína.
- F12.8 Trastorno de ansiedad inducido por cannabis.
- F14.8 Trastorno de ansiedad inducido por cocaína.
- F19.8 Trastorno de ansiedad inducido por fenciclidina.
- F18.8 Trastorno de ansiedad inducido por inhalantes.
- F13.8 Trastorno de ansiedad inducido por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos.
- F19.8 Trastorno de ansiedad inducido por otras sustancias (o desconocidas).

Un factor tóxico habitualmente farmacológico o por abuso de sustancias (intoxicación o abstinencia) puede ser la causa de un estado ansioso (tabla 17).

Tabla 17. Fármacos y sustancias que pueden inducir ansiedad

Fármacos	Sustancias
<ul style="list-style-type: none"> – Simpaticomiméticos. – Hormona tiroidea. – Corticoides. – Insulina. – Sulfonamidas. – Adrenérgicos. – Antiparkinsonianos. – Tuberculostáticos. – Teofilina. – Anticonceptivos. – Digital. – Clonidina. – Antidepresivos. – Organofosfatos. 	<ul style="list-style-type: none"> – Anfetaminas. – Cocaína. – Alucinógenos. – Cafeína. – Cannabis. – Fenciclidina. – Inhalantes. – Síndrome de abstinencia inducido por sedantes, hipnóticos, ansiolíticos, nicotina alcohol, o cafeína.

Es frecuente que el paciente ingiera sustancias con efectos estimulantes (café, descongestionantes nasales, etc.) o fármacos que bien por su forma de administración (broncodilatadores) o por su composición produzcan ansiedad (estrógenos, hormona tiroidea, etc.).

La abstinencia de muchas sustancias puede ser causa de ansiedad, sobre todo el alcohol y la privación de sedantes, ansiolíticos o hipnóticos.

Tras una historia clínica detallada debemos interrogar al paciente sobre el consumo de alguno de esos fármacos ansiógenos consumidos para otras patologías y que, en ocasiones, pueden pasar inadvertidos. Por otro lado, preguntaremos explícitamente sobre el abuso de sustancias tóxicas o drogas, así como si recientemente ha dejado de consumirlas.

En cualquier caso, el abordaje terapéutico debe ser supervisado médicamente, añadiendo medicación ansiolítica, si precisase, y el abandono de la causa generadora.

DEPRESIÓN

CLASIFICACIÓN CIE-10

—.—Trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias (consultar los trastornos relacionados con sustancias para los códigos específicos de cada una de ellas).

Especificar si: Con síntomas depresivos/con síntomas maníacos/con síntomas mixtos.

Especificar si: De inicio durante la intoxicación/de inicio durante la abstinencia.

F10.8 Trastorno del estado de ánimo inducido por alcohol.

F16.8 Trastorno del estado de ánimo inducido por alucinógenos.

F15.8 Trastorno del estado de ánimo inducido por anfetamina.

F14.8 Trastorno del estado de ánimo inducido por cocaína.

F19.8 Trastorno del estado de ánimo inducido por fenciclidina.

F18.8 Trastorno del estado de ánimo inducido por inhalantes.

F11.8 Trastorno del estado de ánimo inducido por opiáceos.

F13.8 Trastorno del estado de ánimo inducido por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos.

F19.8 Trastorno del estado de ánimo inducido por otras sustancias (o desconocidas).

La frecuencia global de las depresiones secundarias a fármacos varía entre el 1-10% de los pacientes. En la mayoría de los casos, los antecedentes personales o familiares de depresión son los factores más determinantes y predictivos para desarrollar depresiones farmacógenas. Los fármacos actuarían, pues, como meros precipitantes, más que como factores causales.

En la tabla 18 se citan alguno de los fármacos implicados en la inducción de la depresión. Los síntomas que provocan van desde cuadros de apatía y decaimiento del humor, hasta verdaderos síndromes depresivos, en los que predominan los síntomas somáticos sobre los cognitivos o psicológicos.

Los antihipertensivos de acción central interfieren en el metabolismo de las monoaminas (reserpina y metildopa) vaciando los depósitos de noradrenalina. La toma de betabloqueantes no aumenta globalmente la aparición de depresión y posiblemente este riesgo sea mayor en los pacientes con historia afectiva previa.

En el 5% de las pacientes que reciben estrógenos a dosis terapéuticas se produce un cuadro de ansiedad, depresión y alteraciones del sueño. Esta proporción es del 15% en el caso de los anticonceptivos orales, pero sólo una minoría presentaría síntomas endógenos y graves.

Tabla 18. Fármacos y sustancias que pueden inducir depresión

Fármacos	Sustancias
<i>Antihipertensivos y cardiovasculares</i> Reserpina, metildopa, guanetidina, digital, clonidina, betabloqueantes.	<ul style="list-style-type: none"> – Alcohol. – Alucinógenos. – Anfetamina. – Cocaína. – Fenciclidina. – Inhalantes. – Opiáceos. – Inducido por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos.
<i>Esteroides y hormonas</i> ACO, corticoides, estrógenos, progestágenos.	
<i>Neurológicos y psicofármacos</i> Levodopa, disulfiram, antipsicóticos, carbamacepina, bromocriptina, baclofeno.	
<i>Analgésicos y antiinflamatorios</i> Indometacina, fenacetina, ibuprofeno.	
<i>Antibióticos</i> Metronidazol, cicloserina, clotrimazol.	
<i>Antineoplásicos</i> Vincristina, azatioprina.	
<i>Miscelánea</i> Acetazolamida, metisergida, tiacidas.	

Los agonistas dopaminérgicos (levodopa y bromocriptina) inducen depresiones sobre todo en pacientes con antecedentes de demencia o Parkinson. Así mismo, los neurolépticos, por sus efectos sobre el sistema dopaminérgico, tienen un elevado potencial para inducir o empeorar síntomas depresivos.

El pronóstico suele ser favorable, ya que la depresión remite rápidamente al retirar la medicación, aunque en ocasiones sea preciso añadir antidepresivos, siendo raros los cuadros crónicos.

Al igual que en los trastornos por ansiedad, existen diversas sustancias que bien por abuso o absti-

nencia pueden provocar diferentes alteraciones del estado del ánimo. Es conveniente, por tanto, interrogar al paciente sobre el consumo de las mismas para abordarlas adecuadamente desde distintos escenarios (psicoterapia de apoyo, antidepresivos, etc.).

BIBLIOGRAFÍA

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., editores. Trastornos del humor. Madrid: Panamericana; 2000.

Ayuso JL, Alfonso S, Rivera A. Childhood separation anxiety and panic disorder: A comparative study. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 1989; 13: 665-71.

American Psychiatric Association. Benzodiazepine: dependence, toxicity, and abuse. Washington: American Psychiatric Association; 1990.

Gale C. Anxiety Disorder. *BMJ* 2000; 321: 1.204-07.

American Psychiatric Association. Trastorno de ansiedad generalizada. Tratamiento. Barcelona: Medical Trends; 2000. p. 89-90.

Campos R, Lobo A. La psiquiatría de enlace con Atención Primaria. En: Lobo A, Campos R, editores. Manejo del paciente con trastornos de ansiedad en Atención Primaria. Madrid: Doyma; 2000.

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

Mardomingo MJ. *Psiquiatría del niño y del adolescente*. Madrid: Díaz de Santos; 1994.

Parmelee DX. *Child and adolescent psychiatry*. St. Louis, Missouri: Mosby; 1996.

Stotland NL. La mujer en la Psiquiatría. *Tratado de Psiquiatría*. Barcelona: Ancora; 1996. p. 1.421-43.

Stocky A, Lynch J. Acute psychiatric disturbance in pregnancy and the puerperium. *Baillieres Best pract res Clin Obstet Gynaecol* 2000; 14(1): 73-87.

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, director. *Estados obsesivos*. 2.^a ed. Barcelona: Masson; 1995.

Tueth MJ. Anxiety in the older patient: differential diagnosis and treatment. *Geriatrics* 1993; 48: 51-4.

Katon W, Roy-Byrne PP. Mixed anxiety depression. *J Abnorm Psychol* 1991; 100: 337-45.

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

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

Saiz J. Angustia y ansiedad. En: Saiz J, editor. *La ansiedad*. Barcelona: Emeká; 1993. p. 33-5.

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.

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

