

# SEMERGEN DoC

Documentos Clínicos SEMERGEN

ÁREA SALUD MENTAL

Depresión y  
ansiedad



© de los contenidos SEMERGEN  
Reservados todos los derechos. Ninguna parte de esta publicación podrá ser reproducida, almacenada, o transmitida en cualquier forma ni por cualquier procedimiento electrónico, mecánico, de fotocopia, de registro o de otro tipo sin la autorización por escrito del titular del Copyright.

© Edicomplet 2006  
Reservados todos los derechos. Ninguna parte de esta publicación podrá ser reproducida, almacenada, o transmitida en cualquier forma ni por cualquier procedimiento electrónico, mecánico, de fotocopia, de registro o de otro tipo sin la autorización por escrito del titular del Copyright.

I.S.B.N.: 84-87450-89-X  
Depósito Legal: M-11164-2006  
*Coordinación Técnica y Editorial*

**EDICOMPLET**

Capitán Haya, 60. 28020 Madrid. Tel.: 91 749 95 02  
Ramon Turró, 91 4ª planta. 08005 Barcelona. Tel.: 93 320 93 30

Fotocomposición y Fotomecánica: Siglo Digital, S.L. • Impresión: Hermanos Gómez, S.L.

# SEMERGEN DoC

Documentos Clínicos SEMERGEN

ÁREA SALUD MENTAL

Depresión y  
ansiedad



Uno de los objetivos fundamentales de una sociedad científica es facilitar la formación e investigación del colectivo profesional al que dedica sus esfuerzos y acciones. La Formación Médica Continuada, debido a su rápido avance, su dinamismo y gran volumen de conocimientos, debe facilitarse al profesional, de una manera clara, accesible y ordenada.

En Atención Primaria este hecho es aún más evidente, debido al gran espectro de áreas competenciales del médico general/de familia.

Las sociedades científicas, basándose en la evidencia de las pruebas y los estudios, deben estructurar sus conocimientos para facilitar el acceso de la formación a los profesionales, y de esta manera, sentar las bases de las actuaciones, de forma consensuada, coordinada y basada en el rigor científico. Éste es el objetivo que persiguen los Documentos Clínicos SEMERGEN (SEMERGEN DoC), que aquí presentamos. Por primera vez, la Sociedad Española de Medicina Rural y Generalista (SEMERGEN), a través de sus múltiples grupos de trabajo, ha elaborado unos documentos clínicos, que a modo de Guías Basadas en la Evidencia, elabora propuestas de diagnóstico, manejo y tratamiento de múltiples áreas competenciales del médico general/de familia.

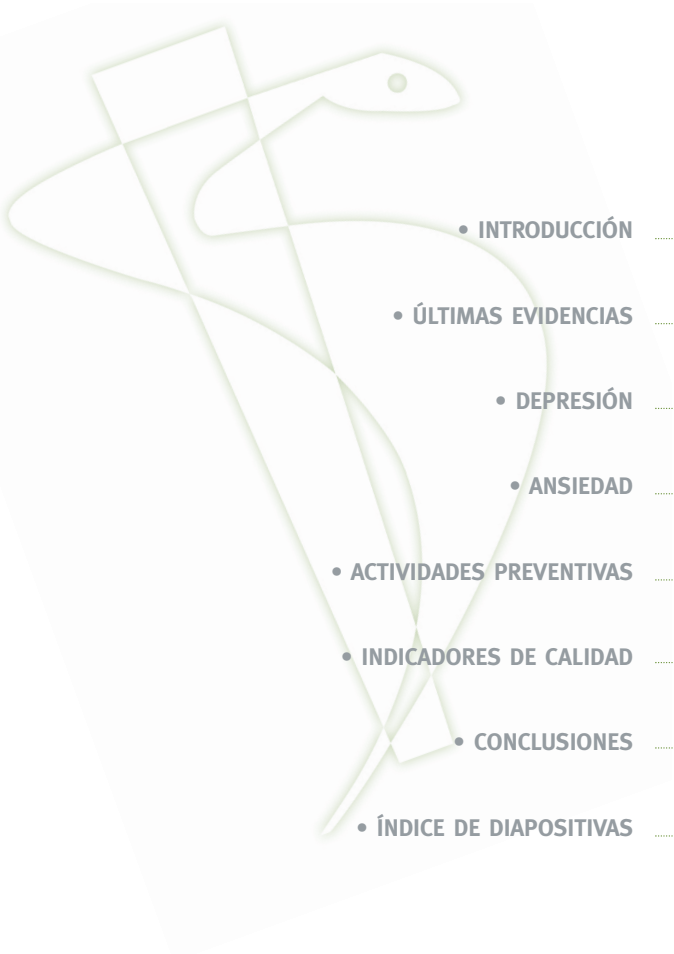
La elaboración de este material no es obra fácil, ya que exige el esfuerzo coordinado de varios grupos de trabajo a la vez, además de una gran labor de síntesis, consenso y, lo que aún es más importante, de toma de posiciones de nuestra Sociedad en los diversos aspectos que se tratan. En cada uno de los Documentos, se manifiesta la postura, de forma clara y concisa, de SEMERGEN, en aquellos aspectos y controversias que necesitan del asesoramiento al profesional. Estos Documentos son una valiosa herramienta práctica para el médico general/de familia, que de esta manera tendrá la seguridad y respaldo de la opinión de los especialistas de Atención Primaria en las diversas áreas.

Quiero felicitar, tanto a los coordinadores, como a los autores, por el gran esfuerzo realizado y por la enorme labor de consenso y definición que les ha llevado a la creación de una herramienta de enorme utilidad. Así como agradecer a Lundbeck su inestimable colaboración en la consecución de nuestro objetivo. Estos Documentos, que se editan en versión electrónica y en papel, son vivos y dinámicos, por lo que están abiertos a modificaciones, sugerencias y cambios, en función de los continuos avances que se produzcan en las distintas áreas.

Es nuestro deseo que los Documentos Clínicos SEMERGEN (SEMERGEN DoC), se conviertan en una herramienta de uso habitual y obligado en las consultas de todos los centros de salud de España.



JULIO ZARCO RODRÍGUEZ  
Presidente Nacional de SEMERGEN



• INTRODUCCIÓN	5
• ÚLTIMAS EVIDENCIAS	7
• DEPRESIÓN	9
• ANSIEDAD	41
• ACTIVIDADES PREVENTIVAS	67
• INDICADORES DE CALIDAD	75
• CONCLUSIONES	81
• ÍNDICE DE DIAPOSITIVAS	83

## Consejo Editorial

- Federico E. Pérez Agudo  
*Equipo de Atención Primaria de Madrid 5 (Madrid)*  
*Webmaster Nacional de SEMERGEN*  
*Grupo de Formación Pregrado y Universidad de SEMERGEN*
- Dulce Ramírez Puerta  
*Centro de Salud Los Fresnos (Madrid)*  
*Coordinadora del Grupo de Trabajo de Calidad de SEMERGEN*  
*Representante de SEMERGEN en la Comisión Nacional de la Especialidad*
- Ana María de Santiago Nocito  
*Centro de Salud de Meco (Madrid)*  
*Vocal Nacional de Formación y MIR de SEMERGEN*  
*Coordinadora Nacional de Grupos de Trabajo de SEMERGEN*

## Coordinador Editorial

- José Arbesú Prieto  
*Centro de Salud Sama de Langreo (Asturias)*  
*Coordinador del Grupo de Trabajo de Salud Mental de SEMERGEN*

## Autores

- José Manuel Benítez Moreno  
*Área Básica de Salud 1 Santa Coloma de Gramenet (Barcelona)*  
*Miembro del Grupo de Trabajo de Salud Mental y de Sexología de SEMERGEN*
- Rafael Casquero Ruiz  
*Centro de Salud Las Cortes (Madrid)*  
*Secretario del Grupo de Trabajo de Salud Mental de SEMERGEN*
- Vicente Gasull Moliner  
*Centro de Salud Aldaya (Valencia)*  
*Miembro del Grupo de Trabajo de Salud Mental de SEMERGEN*
- Silvia López Chamón  
*Centro de Salud Puerta del Ángel 2 (Madrid)*  
*Miembro del Grupo de Trabajo de Salud Mental de SEMERGEN*
- Pablo Panero Hidalgo  
*Centro de Salud Órgiva (Granada)*  
*Miembro del Grupo de Trabajo de Salud Mental de SEMERGEN*
- Rosa M. Pont Dalmau  
*Centro de Atención Primaria de Igualada (Barcelona)*  
*Miembro del Grupo de Trabajo de Salud Mental de SEMERGEN*
- Froilán Sánchez Sánchez  
*Centro de Salud de Rotglá (Valencia)*  
*Coordinador del Grupo de Trabajo de Sexología de SEMERGEN*
- Armando Santo González  
*Centro de Salud La Ñora (Murcia)*  
*Miembro del Grupo de Trabajo de Calidad de SEMERGEN*
- Elena Villalva Quintana  
*Equipo de Atención Primaria Ramiro II (Alcalá de Henares, Madrid)*  
*Miembro del Grupo de Trabajo de Salud Mental y de Sexología de SEMERGEN*
- Enrique Zamorano Bayarri  
*Centro de Atención Primaria Sant Antoni de Vilamajor (Barcelona)*  
*Miembro del Grupo de Trabajo de Salud Mental de SEMERGEN*

# Introducción

Las enfermedades mentales son una de las causas principales de sufrimiento e incapacidad en el mundo.

La percepción que de ellas tiene la sociedad ha ido cambiando en los últimos años debido a la información y a la mejor disposición de los recursos sanitarios para la detección, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de estos pacientes, que representan una de cada cuatro o cinco consultas realizadas en el ámbito de la Atención Primaria de salud.

La depresión y los trastornos de ansiedad representan entorno al 80% de las enfermedades de la salud mental atendidas por el médico de Atención Primaria, y asimismo se estima que las presentaciones leves y moderadas de las mismas (80-90% del total) pueden ser abordadas con eficacia por el primer nivel asistencial.

El estudio ESEMED/MEDEA (*European Study of Epidemiology of Mental Disorders/Mental Health Disability: a European Assessment in the year 2000*) evalúa la incidencia y abordaje de los trastornos mentales en varios países de Europa, entre ellos, España, y según el mismo el 14% de los europeos desarrollará una depresión mayor en algún momento de su vida y el 16% padecerá un trastorno de ansiedad. Tres de cada cuatro europeos con un trastorno mental no recibe ningún tratamiento y muchos de ellos no están diagnosticados.

Este estudio también ha revelado que el 42% de los europeos diagnosticados de depresión mayor tenían al menos un segundo trastorno mental coexistente

en los doce meses previos a la realización del mismo.

Un estudio de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) acerca de las políticas y programas de salud mental concernientes a trabajadores de varios países europeos, muestra un progresivo aumento de las bajas laborales por depresión, ansiedad, estrés o cansancio, que es patente en nuestras consultas, siendo la ansiedad-depresión uno de los dos motivos más frecuente de incapacidad laboral.

Las tasas de prevalencia de la enfermedad mental en estudios españoles están en torno al 20% en las mujeres y al 8% en los varones.

La cifras de prevalencia para los trastornos depresivos fluctúan entre el 2,9-4,8% para los varones y entre el 7,8-10,4% para las mujeres, en cuanto a los trastornos de ansiedad las cifras variaban entre un 2-8% afectando, al igual que en la depresión, el doble a la mujer que a los varones.

## 1. Papel del médico de Atención Primaria

La actuación del médico de Atención Primaria, respecto a las enfermos afectos de algún trastorno de salud mental, es diferente a la que se realiza en el centro de salud mental, al menos en dos aspectos fundamentales. En primer lugar, el paciente que acude a un servicio de psiquiatría asume su enfermedad y busca ayuda en el mismo,

mientras que los que acuden a nuestras consultas, siendo conscientes de su trastorno mental lo hacen en menor número, lo que dificulta la entrevista clínica, debiendo indagar acerca de otros trastornos de origen orgánico, y realizar así más diagnósticos diferenciales. En segundo lugar, el tiempo dedicado al paciente es mucho menor que el que dispone el psiquiatra, por lo que el médico de Atención Primaria debe desarrollar habilidades en la entrevista clínica para manejar las enfermedades mentales sin tener que modificar su estilo habitual de trabajo; si bien es cierto que la fácil accesibilidad, el tratamiento continuado y longitudinal en el tiempo junto al conocimiento de la patobiografía del paciente y el medio en que éste se desenvuelve (laboral, escolar, social,...) nos facilita el abordaje biopsicosocial del mismo.

Es pues la entrevista clínica la base de la atención de los trastornos psicopatológicos, lo que requiere habilidades de comunicación y conocimientos específicos de la sintomatología de los trastornos de salud mental.

El manejo de test diagnósticos pueden ser un complemento de la entrevista clínica, pero nunca sustituir a ésta.

La depresión y la ansiedad pueden manifestarse con una amplia gama de síntomas y signos, tanto psíquicos como somáticos, siendo la presentación de estos últimos más frecuente (algias, fatiga, dispepsia,...) debido a la dificultad del paciente para verbalizar sus emociones y sentimientos, lo que complica el abordaje de estas patologías por el médico de Atención Primaria.

Con la publicación de este libro englobado en SEMERGEN DoC deseamos facilitar la labor de nuestros compañeros en el abordaje de los enfermos con depresión y/o trastornos de ansiedad, cada vez más incidencia, prevalencia y comorbilidad en nuestras consultas de Atención Primaria.

José Arbesú Prieto  
Coordinador



# Últimas evidencias

José Arbesú Prieto

El uso de criterios muy restrictivos y de alta especificidad como el modelo categorial de la CIE-10 y DSM IV TR podría no ser del todo válido para la Atención Primaria, ya que lo que se gana en validez y fiabilidad con los modelos categoriales, se pierde en sensibilidad, ya que muchos de los pacientes que nos demandan ayuda en nuestra consulta no alcanzan la categoría diagnóstica definida, pero sí tienen sufrimiento psicofísico susceptible de ser tratado.

Un elevado porcentaje de pacientes nos plantean problemas relacionados con acontecimientos vitales adversos recientes, falta de aporte social o situaciones relacionadas con el estrés que desbordan sus mecanismos de afrontamiento, por lo que se sienten angustiados, tristes, desanimados,... pueden no requerir una intervención farmacológica específica, ya que presentan síntomas subsindrómicos, leves y de corta duración, que se ubicarían en la categoría diagnóstica de los **trastornos adaptativos**, ya sean con ánimo depresivo, ansioso o mixto que en muchas ocasiones sólo requieren escucha activa con aplicación del consejo terapéutico u otras técnicas psicoterapéuticas al alcance del médico de Atención Primaria.

Otros presentarían sintomatología acorde con los criterios recogidos para el diagnóstico de la **ansiedad y/o depresión** en el DSM-IV TR y en la CIE 10, por lo que requieren una intervención específica psicofarmacológica, que en un alto porcentaje de casos puede ser tratados con eficacia por el primer nivel asisten-

cial, derivando sólo a los centros de salud mental aquellos casos de dudoso diagnóstico, los comórbidos con cuadros mentales graves o la ideación suicida sobre todo en alcohólicos o pacientes sin apoyo familiar o social.

La presentación comórbida de la sintomatología ansiosa depresiva es cada vez más frecuente en Atención Primaria. A partir de los años 80 con el reconocimiento de la eficacia de los ISRS, tanto para la depresión como para la ansiedad, hizo que se cuestionara la dicotomía entre ambas enfermedades. A ello se une que en la clínica no siempre es fácil diferenciar ambos procesos, ya que los pacientes con depresión presentan sintomatología ansiosa y los pacientes con trastornos de ansiedad padecen decaimiento, tristeza y apatía por su estado crónico de tensión y sufrimiento emocional, por lo que algunos autores como Tyrer proponen la denominación de “cotimia”. No obstante, el síndrome mixto ansioso-depresivo podría ser algo más que una mezcla de síntomas de depresión y ansiedad; una entidad independiente como proponen Clark y Watson, que clasifican los efectos del tono negativo en tres campos principales:

1. El síndrome depresivo caracterizado por desánimo e inhibición
2. El síndrome ansioso caracterizado por tensión, aprensión y activación autonómica
3. El síndrome de malestar emocional general con síntomas como irritabilidad, disforia e hipersensibilidad, que se correspondería con el trastorno mixto ansioso-depresivo caracterizado por:

- a) alta prevalencia en Atención Primaria
- b) de curso crónico
- c) con significativo deterioro sociofamiliar
- d) su poca dependencia de los acontecimientos ambientales
- e) frecuente comorbilidad con los trastornos de la personalidad

Estas características propias validan su existencia como un constructo específico independiente de los trastornos del ánimo y de la ansiedad.

Una forma de presentación cada vez más frecuente en nuestro medio son las quejas somáticas en pacientes con enfermedades psíquicas, debido a la dificultad del paciente para verbalizar sus emociones y sentimientos por lo que se presenta en consulta con sintomatología de cefalea, dorsalgia, fatiga, dispepsia,... Así,

en un estudio realizado en Zaragoza con una muestra de 1559 pacientes que acudían a los centros de salud, y utilizando los criterios de Golberg y Huxley para el paciente somatizador, se vio que los “pacientes somatizadores” tenían una prevalencia tres veces mayor que los “pacientes psicologizadores”, siendo el trastorno de ansiedad el más frecuente para los primeros y el de depresión para los segundos. Otros resultados de este estudio son las variables asociadas más constantes para padecer enfermedad mental que son:

1. Padecer enfermedad física
2. El bajo nivel educativo

# Depresión

José Manuel Benítez Moreno  
Rafael Casquero Ruiz  
Froilán Sánchez Sánchez  
Elena Villalva Quintana  
Enrique Zamorano Bayarri

## 1. Manifestaciones clínicas

### Síntomatología (tabla 1)

**Síntomas psicológicos:** Pueden diferenciarse en afectivos, cognitivos y conductuales:

1. **Síntomas afectivos:** Referidos a lo que “el paciente siente”. Son los principales del cuadro clínico y reflejan la tristeza patológica o el humor depresivo. El paciente los refiere como estados de desánimo, pesadumbre o desesperanza, apatía, desinterés y pérdida de confianza y de motivación. Con menor frecuencia los expresa como ansiedad e irritabilidad. En algunos casos aparece “anestesia de sentimiento” así llamada por la incapacidad para percibir sensaciones distintas a las de la propia tristeza vital.
2. **Síntomas cognitivos:** Referidos a lo que “el paciente piensa”. Surgen como consecuencia tanto del entrecimiento del curso del pensamiento como de su contenido negativo. El primero conlleva déficit de atención y concentración que se manifiesta en problemas de memoria y dificultad para tomar decisiones, provocando ocasionalmente deterioro cognitivo (seudodemencia depresiva). El contenido negativo del pensamiento provoca ideas de culpa, ruina, hipocondría, baja autoestima e incapacidad, con visión negativa propia y del futuro que en los casos más graves adoptan formas paranoides (delirantes), apareciendo ideación autolítica con planificación.
3. **Síntomas conductuales:** Referidos a lo que “el

paciente hace”. Existe un predominio de la conducta inhibitoria, siendo rara la agitación.

Entre estos síntomas destaca la anhedonia o incapacidad para disfrutar con actividades que antes resultaban placenteras. Suele ser la señal más temprana de la depresión, siendo un síntoma muy importante sobre el que es necesario preguntar, dado que los pacientes a veces niegan que su ánimo esté deprimido, pero casi siempre reconocen la pérdida en la capacidad de disfrutar con actividades anteriormente placenteras.

La inhibición motora provoca una disminución progresiva del rendimiento con abandono de las tareas habituales (esencialmente las que requieren iniciativa como el ocio), descuido, en diferente grado, del cuidado e higiene corporal y adopción de postura abatida con tendencia a economizar movimientos, gestos y con merma de la expresividad.

La agitación, que es más frecuente en la depresión del anciano, se manifiesta en síntomas como la incapacidad para permanecer sentado, paseos continuos así como en frotarse las manos o pellizcarse.

Durante la entrevista el enfermo suele evitar el contacto visual, se expresa de manera lenta y monótona con silencios largos en la conversación y llora con facilidad.

Son frecuentes los intentos de suicidio formal, que se consuma en un 10-15% de los pacientes.

**Síntomas somáticos:** Entre los síntomas físicos más frecuentes destacan la astenia, anorexia, pérdida de peso, algias diversas, síntomas cardiovasculares, gastrointestinales y vegetativos, trastornos del sueño y sexuales.

Tabla 1. Resumen de los síntomas de la depresión

SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Afectivos: lo que el paciente siente</li> <li>• Cognitivos: lo que piensa</li> <li>• Conductuales: lo que hace</li> </ul>
SÍNTOMAS SOMÁTICOS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Astenia, anorexia, aumento del apetito, pérdida de peso, trastornos del sueño, algias diversas, síntomas cardiovasculares, gastrointestinales y vegetativos</li> </ul>
	<b>TRASTORNOS DEL SUEÑO</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Disminución de su duración, superficial, menos satisfactorio, se suele acompañar de pesadillas</li> <li>• Despertar precoz (bastante específico)</li> <li>• Insomnio de conciliación y de mantenimiento</li> <li>• Hipersomnia</li> </ul>
	<b>SÍNTOMAS SEXUALES</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Disminución del deseo</li> <li>• Disfunción eréctil</li> <li>• Anorgasmia</li> </ul>
ALTERACIÓN DE LOS RITMOS BIOLÓGICOS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inicio o reagudización en primavera-otoño</li> <li>• Alteración del ritmo circadiano con empeoramiento matutino y mejoría vespertina</li> </ul>

Los trastornos del sueño los presentan la mayor parte de los pacientes y se caracterizan por:

- La disminución global de su duración, suele ser más superficial, menos satisfactorio y con frecuencia se acompaña de pesadillas.
- El despertar precoz, al menos dos horas antes de lo habitual, es bastante específico del trastorno depresivo.
- El insomnio de conciliación (dificultad para iniciar o conciliar el sueño) y el insomnio de mantenimiento (despertares frecuentes o prolongados) son frecuentes pero resultan menos específicos para el diagnóstico de la depresión.
- La hipersomnia, o periodos largos de sueño nocturno o diurno que superan las 10 horas de sueño, o 2 horas más del tiempo habitual a cuando el sujeto no está deprimido, se presentan en algunos pacientes.

En un 15% de los pacientes deprimidos, además de hipersomnia, existe aumento del apetito, esencialmente relacionado con la ingesta de hidratos de carbono.

Los síntomas sexuales son muy frecuentes en la depresión: disminución del deseo sexual en ambos sexos, disfunción eréctil y anorgasmia.

**Alteración de los ritmos biológicos:** Es propia de la depresión mayor con melancolía. Los síntomas suelen iniciarse o reagudizarse en primavera-otoño. Se produce alteración del ritmo circadiano con despertar precoz, empeoramiento matutino y mejoría vespertina.

Estos síntomas pueden mostrarse invertidos en la depresión atípica.

### *Motivos de consulta y situaciones clínicas que hacen sospechar una depresión (tabla 2)*

- Los síntomas referidos son los habituales con los que se presenta la depresión y si bien su presencia la evidencia, a menudo no son tan manifiestos y el trastorno depresivo puede pasar desapercibido.
- Para evitar caer en el infradiagnóstico es necesario tenerla presente como posible entidad coadyuvante a cualquier enfermedad orgánica o como la explicación a diversos trastornos somáticos inespecíficos, evitando relegarla al final del proceso diagnóstico y pensar en ella por exclusión de otras patologías.

### **Motivos más frecuentes de consulta y situaciones clínicas que deben alertar al médico de familia sobre la presencia de un trastorno depresivo son:**

1. **Trastornos del sueño.** Los trastornos psiquiátricos en general y especialmente la depresión inducen con frecuencia al insomnio, que puede perturbar tanto al paciente como para demandar tratamiento médico por este problema más que para el resto de síntomas depresivos. Alrededor del 4% de los pacientes depresivos acuden al médico refiriendo exclusivamente insomnio.

2. Fatiga crónica. Los pacientes que consultan por fatiga o astenia al médico de familia son muchos y se considera a la fatiga como el séptimo motivo de consulta. En un 44% de las veces esta fatiga o astenia es diagnosticada como depresión, su diagnóstico más frecuente.

La fatiga crónica que no se relaciona con la depresión suele mejorar con el descanso nocturno y no se asocia a anhedonia.

3. Síntomas físicos inespecíficos. Las quejas físicas mal definidas, que no se explican mejor por una enfermedad orgánica, hacen sospechar una depresión enmascarada. A veces, existiendo una enfermedad orgánica el paciente manifiesta síntomas atípicos para dicha entidad, que suelen explicarse por una depresión concomitante.

**Para confirmar el diagnóstico de depresión enmascarada tienen interés considerar:**

- La presencia de síntomas depresivos y/o ansiosos atenuados (astenia, anorexia y trastornos del sueño)
  - Su evolución fluctuante (en general con tendencia al empeoramiento matutino) y prolongada con fases de exacerbación y remisión o alternancia de síntomas somáticos y afectivos (suplencia de síntomas)
  - La mejoría de los síntomas con tratamientos inespecíficos y el escaso o nulo alivio con fármacos específicos (cuadros dolorosos indefinidos resistentes a analgésicos habituales)
  - Puede ir asociada a patrones anómalos de conducta (adiciones, aislamiento social) y apreciarse un empeoramiento en el rendimiento en las tareas habituales
  - Suele haber antecedentes familiares o personales de depresión así como de buena respuesta al tratamiento antidepresivo (farmacológico y/o psicoterapia)
4. Discordancia entre el estado de salud que se objetiva y la magnitud de las quejas. Algunos pacientes evidencian bienestar físico y sin embargo se sienten muy enfermos; otras veces existe desproporción entre la gran intensidad en la vivencia de los síntomas aducidos y la naturaleza leve del proceso causal.
5. Inadecuada evolución de una enfermedad somática. En este caso siempre se debe considerar la presencia coadyuvante de un trastorno psicológico que puede ser transitorio o no. La depresión, es después de los trastornos adaptativos, la enfermedad psicológica más frecuentemente asociada a enfermedad médica. Hay algunos cambios en la actitud del paciente, a los que hemos de estar atentos, que nos pueden orientar hacia un mal afrontamiento o aceptación de su enfermedad (aparición de incumplimiento terapéutico en pacientes antes colaboradores, descompensación de patologías crónicas sin causa que lo justifique o preocupación desproporcionada).
6. Síntomas de ansiedad en un paciente sin historia previa de enfermedad mental. Si aparecen por primera vez, el paciente supera los 30 años y se des-

carta una enfermedad orgánica, se deben atribuir más a un trastorno depresivo que ansioso.

7. Dificultad para la expresión verbal de las emociones (alexitimia). Hay pacientes con grandes dificultades para expresar verbalmente sus emociones, pero si lo hacen a través de la comunicación no verbal, de ahí que sea muy importante estar vigilantes en todos los casos, pero especialmente en éstos, a sus diversos matices: impresión general, posición que adopta, movimientos, tono de voz y sobre todo expresión facial (mirada baja, triste, sin sonrisa). Es frecuente en los estados depresivos que aparezca, durante la entrevista, fácilmente el llanto ante cualquier comentario.

8. Problemas de memoria. Es obligado descartar una depresión en los pacientes que presenten problemas de memoria de inicio o un empeoramiento de su estado cognitivo no atribuible a su enfermedad de base, especialmente en ancianos.

9. Problemas de pareja. Si existe, el riesgo de padecer depresión se incrementa muy notablemente (especialmente entre las mujeres en esta situación).

10. Violencia doméstica. La violencia doméstica y de género es un importante problema de salud pública. A corto plazo se producen síntomas inespecíficos de carácter físico (cansancio y dolores de diversa localización) y de índole psíquico (ansiedad y depresión). A largo plazo la incidencia de depresión es prácticamente generalizada entre las mujeres maltratadas. En España, según una macroencuesta realizada por el Instituto de la Mujer en 2002, la sufrirían el 11% de las mujeres mayores de 18 años.

Los médicos de Atención Primaria, son considerados los profesionales idóneos para detectar la violencia doméstica, "antes de que sea demasiado tarde", pero sólo realizan preguntas específicas para la detección del maltrato en el 10-15% de las mujeres que acuden a una primera consulta por tal motivo. Ante este grave problema sanitario se debe evitar la pasividad y permisividad y se recomienda realizar tamizado sobre toda la población que se considere en riesgo.

11. Disfunciones sexuales. En general los pacientes no suelen manifestar sus problemas sexuales al médico espontáneamente, pero repercuten tanto en su calidad de vida que es necesario asumir una actitud de búsqueda activa en

Tabla 2. Motivos de consulta y situaciones que hacen sospechar una depresión

1. Trastornos del sueño
2. Fatiga crónica
3. Quejas físicas inespecíficas
4. Discordancia entre el estado de salud que se objetiva y la magnitud de las quejas
5. Inadecuada evolución de una enfermedad somática
6. Síntomas de ansiedad en un paciente sin historia previa de enfermedad mental
7. Alexitimia
8. Problemas de memoria
9. Problemas de pareja
10. Violencia doméstica
11. Disfunciones sexuales
12. Hiperfrecuentación
13. Problemas de relación médico-paciente

pacientes de riesgo, entre los que los pacientes depresivos o en tratamiento con fármacos antidepresivos, ocupan uno de los primeros lugares.

En los casos de depresión es corriente la presencia de deseo sexual inhibido y la pérdida para disfrutar de las fantasías sexuales, tanto en hombres como en mujeres. Sólo en un tercio de los pacientes deprimidos se producen trastornos sexuales mayores como la disfunción eréctil en el hombre y la anorgasmia y dispareunia en la mujer.

12. **Hiperfrecuentación.** Su motivo más frecuente es la presencia de trastornos psiquiátricos; los pacientes con trastorno depresivo visitan al médico unas tres veces más que el resto, de ahí lo importante de su correcto abordaje ya que, entre otras cosas, pueden generar un considerable aumento de la demanda.
13. **Problemas en la relación médico-paciente.** Si durante la entrevista clínica surgen situaciones difíciles como irritación excesiva, desacuerdos, agresividad irracional y demandas desproporcionadas, en un paciente con el que existía previamente una buena comunicación, el médico de familia debe considerar un trastorno psíquico como el motivo que explique las interferencias o barreras que impiden o dificultan la adecuada comunicación con el paciente, si no hay otro motivo que lo justifique.

- *¿Se siente decaído, deprimido o desesperado?*

Si la respuesta es afirmativa a cualquiera de ellas, hay que seguir preguntando:

- *¿Ha estado más cansado de lo habitual?*
- *¿Ha perdido confianza en sí mismo?*
- *¿Tiene dificultades para concentrarse?*
- *¿Cómo está su apetito? ¿Ha perdido peso?*
- *¿Se despierta demasiado temprano?*
- *¿Tiene sentimientos de culpa?*
- *¿Piensa que no merece la pena vivir?*

## Cuestionarios y escalas de depresión

En general, esos instrumentos tienen validez para fines de investigación y su utilización en la práctica clínica cotidiana, teniendo en cuenta el tiempo habitual de consulta, no parece la más adecuada.

- Inventario de depresión de Beck (BDI)

## Historia clínica

Debe realizarse una evaluación diagnóstica exhaustiva para determinar si se justifica el diagnóstico de depresión y descubrir si hay comorbilidad psiquiátrica o médica. Ha de ser completa, sin apremios, intentando no agobiar al paciente (tabla 4).

### Antecedentes familiares

Hay que indagar especialmente:

- Depresión, sobre todo, en familiares de primer grado
- Suicidios, alcoholismo y toxicomanías, otras enfermedades psiquiátricas
- Agresividad y malos tratos
- Dado que los familiares suelen encubrir este tipo de antecedentes (y aún más los actos suicidas), si son conocidos tiene especial valor su constatación

## 2. Entrevista clínica

### Cribado de depresión

Para diagnosticar la depresión es necesario que exista estado de ánimo depresivo o anhedonia (disminución del interés o placer en las actividades) y una constelación de signos y síntomas que no constituyen una reacción normal al estrés de la vida diaria. Por ello, ante la sospecha de depresión, las preguntas clave del cribado son (tabla 3):

*Durante las dos últimas semanas, a menudo:*

- *¿Ha notado menor interés o placer en hacer cosas?*



ción, pero no lo tiene tanto el que se nos niegue su existencia

### Antecedentes personales

- Episodios depresivos previos: número y gravedad de los mismos, tratamientos recibidos y la respuesta a los mismos
- Posibles episodios de manía
- Conductas autolesivas y de riesgo
- Consumo de fármacos, alcohol y otras sustancias tóxicas
- Malos tratos en la infancia, historia de abusos psicofísicos
- Antecedentes de enfermedades mentales y problemas conductuales
- Antecedentes médicos generales: efectuando una anamnesis por aparatos

### Personalidad previa

Los rasgos de personalidad que se asocian más asiduamente con la depresión son la introversión, el perfeccionismo, la dependencia, la obsesividad, una pobre autoestima y la inhibición social

### Curva vital

Variaciones significativas en la vida del paciente, previas a la aparición de la depresión y estresantes psicosociales, como pérdida de seres queridos, cambios de la situación laboral o económica, del estatus social, del rol familiar, etc.

### Revisión de los medicamentos del paciente

Toma actual de medicamentos y retirada reciente de medicamentos

### Enfermedad actual

#### Existencia o no de apoyos sociales

- Inicio: Puede ser gradual (durante meses o años) o abrupto
- Gravedad de los síntomas y grado de deterioro funcional: Son predictores de mal pronóstico la mayor gravedad en la valoración inicial, la no reducción de las dificultades sociales durante el seguimiento y el bajo nivel educativo.

Aunque la CIE-10 recurre al simple recuento de síntomas, es conveniente tener en cuenta también el grado de incapacidad funcional asociada.

#### Evaluación del riesgo de suicidio

El suicidio en las personas deprimidas se da en una proporción mucho mayor que en la población general. De ahí la importancia de su evaluación, que debe realizarse mediante una progresión de preguntas, como las siguientes:

1. ¿Cree que vale la pena vivir?
2. ¿Ha pensado que estaría mejor muerto?
3. ¿Ha pensado en acabar con su vida?
4. ¿Tiene algún plan sobre cómo lo haría?
5. ¿Tiene acceso a alguna manera de llevar a cabo su plan?
6. ¿Qué le ha impedido hasta ahora llevar a cabo sus pensamientos?

Muchos pacientes no contestarán la pregunta 4 o añadirán: “pero nunca lo haría.”

Tabla 3. Cribado de los trastornos depresivos

PREGUNTAS
<p>A. Test de dos preguntas<sup>a</sup></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ¿Durante el último mes, se ha sentido a menudo decaído, deprimido o desesperado?</li> <li>2. ¿Durante el último mes, ha notado a menudo poco interés o placer en hacer cosas?</li> </ol> <p>Sí a las dos, proporciona una sensibilidad del 96% en captar depresión pero sólo una especificidad del 57%</p>
<p>B. Escala de depresión<sup>b</sup></p> <p>¿Se ha sentido con poca energía?          ¿Ha perdido su interés por las cosas?          ¿Ha perdido la confianza en sí mismo?          ¿Se ha sentido sin esperanzas?</p> <p>(Si sí a cualquiera de las preguntas, continuar preguntando:)</p> <p>¿Ha tenido dificultad para concentrarse?          ¿Ha perdido peso (debido a la falta de apetito)?          ¿Se ha estado despertando demasiado temprano?          ¿Se ha sentido enlentecido?          ¿Ha tenido tendencia a sentirse peor por las mañanas?</p> <p>Sí a tres o más, proporciona una sensibilidad del 85% en captar depresión con una especificidad del 90%</p>

<sup>a</sup>Whooley et al., 1997. <sup>b</sup>Goldberg et al., 1988.

Debe hacerse un comentario positivo (“*Me alegro de oír eso*”), pero no deje pasar el asunto hasta que haya contado qué método específico ha considerado (arma de fuego, sobredosis de fármacos, accidente de tráfico, etc.).

De todos modos, aunque es importante considerar los factores de riesgo (tabla 5) y preguntar por las tendencias suicidas, las investigaciones muestran que la capacidad de predecir el suicidio es escasa. El 20% de las personas mayores que consumaron el suicidio fueron vistos por sus médicos en las 24 horas previas a la muerte, el 35% en la semana, y el 75% en el mes. Por consiguiente se debe tomar una decisión clínica basándose en la valoración completa del individuo.

### Recomendaciones: Diagnóstico

1. Los profesionales de salud deben tener presente las potenciales causas físicas de depresión y la posibilidad de que la depresión pueda ser causada por medicamentos, y considerar si el cribado es apropiado.
2. Al evaluar a una persona con depresión, los profesionales de la salud deben considerar las características psicológicas, sociales, culturales y físicas del paciente y la calidad de sus relaciones interpersonales. Deben considerar el impacto de éstas en la depresión y las implicaciones en la elección de tratamiento y su seguimiento posterior.
3. En los ancianos con depresión, debe evaluarse su estado físico, condiciones de vida y aislamiento social. Se recomienda la intervención de más de un organismo cuando sea necesario.
4. Antes de decidir el tratamiento del paciente deprimido, el profesional de la salud debe tener en cuenta los antecedentes familiares y personales de depresión, la respuesta a la intervención de cualquier episodio anterior, y la presencia de problemas asociados en las relaciones sociales o interpersonales.
5. Los profesionales de la salud siempre deben preguntar directamente a los pacientes con depresión por las ideas e intentos de suicidio.
6. Los profesionales de la salud deben aconsejar a los pacientes y cuidadores que estén vigilantes de los cambios en el estado de ánimo, particularmente durante los periodos de alto riesgo, como durante el inicio y cambios en la medicación y aumento del estrés personal. Deben aconsejarse a pacientes y cuidadores que se pongan en contacto con el profesional de salud apropiado si están preocupados.
7. Los profesionales de la salud deben evaluar si los pacientes con ideas de suicidio tienen apoyo social adecuado y conocen los recursos de ayuda. Deben aconsejarles que busquen ayuda adecuada si la situación se deteriora.

te perciba que el interrogatorio no persigue tan sólo la mera recogida de datos, sino que, además, presenta una postura comprensiva de los mismos y de la situación de sufrimiento que generan, tanto al paciente como en su entorno, brindando soporte emocional y apoyo no moralizante.

- El médico debe tratar que el paciente se sienta cómodo. Una forma de hacerlo es sentarse cara a cara con él, sin que el escritorio se interponga entre ambos.
- Saludar. Comenzar a hablar una vez sentados. Iniciar la entrevista con una pregunta abierta o una facilitación. Por ejemplo: “¿Cuál es el motivo de su visita?”, “¿Qué le sucede?”... en lugar de ¿qué tal? o ¿cómo va ese corazón? De esta manera el paciente podrá abordar sus problemas en el contexto de su vida y es muy posible que proporcione más detalles que los que se podrían obtener de otra forma.
- Las preguntas deben adaptarse al nivel cultural del paciente.
- Mantener una postura abierta, demostrando el grado de atención necesario, encarando y mirando al paciente mientras habla (y evitando leer el historial, tomar notas, mirar radiografías, buscar análisis, localizar recetas o impresos por los cajones, o llamar a la administrativa por teléfono).
- Clarificar adecuadamente las quejas que motivan la consulta, con preguntas abiertas o facilitaciones. Ayudar al paciente a ampliar sus pensamientos usando comentarios simples que le animen a hablar (“Continúe por favor”, “¿Qué más?”). También son útiles ciertos gestos, como asentir con la cabeza o inclinar el cuerpo para acercarse un poco más al paciente.
- No interrumpir al paciente antes de que acabe de explicar sus quejas. En caso contrario se pasarán por alto muchos de sus problemas.
- No hacer preguntas apresuradas cuya respuesta sea sólo “sí” o “no”, pues la respuesta puede ser incompleta o inexacta. Es inapropiado preguntar: “¿Está Vd. deprimido?”, pues además de pedir un autodiagnóstico puede generar una negativa.
- Los resúmenes periódicos durante la entrevista sirven para confirmar la exactitud de la información y la interpretación que el médico hace de ella, y pueden ser también terapéuticos en sí mismos, pues comunican la comprensión, el interés y la preocupación del profesional.

### Características de la entrevista clínica

- La **entrevista clínica** debe caracterizarse por la empatía (aceptación mutua en libertad), el ambiente tranquilo y relajado.
- La actitud del médico ha de ser tal que el pacien-





Tabla 4. Evaluación de la gravedad de la depresión

GRAVEDAD	CRITERIOS (tabla 3)
Leve	Presencia de 4 síntomas depresivos que causan poco deterioro funcional
Moderado	Presencia de 5-6 síntomas depresivos y deterioro funcional intermedio
Grave	Presencia de siete o más síntomas de depresión y marcada interferencia en las actividades laborales y/o sociales

- Demostrar interés respecto a los conflictos emocionales del paciente y no desvalorizar las quejas que presenta. Esto facilitará el compromiso, la buena comunicación y la confianza. Con ello es posible obtener mayor información.
- Hacer comentarios que demuestren al paciente que el médico reconoce lo que siente (“Veo que hablar de esto le hace sentir mal”, “Creo que no ha sido fácil para Ud.”). Esto alienta al paciente a profundizar más la comunicación de sus problemas.
- Es importante legitimar las emociones del paciente (“Comprendo que sienta disgusto, con lo que le había costado levantar la empresa...”). Estos comentarios de apoyo son de gran valor también cuando se habla de problemas físicos (“Me doy cuenta de que ha soportado mucho dolor”).

#### Recomendaciones: Entrevista

1. La entrevista clínica es el método más efectivo para detectar la depresión. La entrevista obtiene los nueve síntomas criterios de trastorno depresivo mayor y el curso longitudinal de la enfermedad. De igual manera, la anamnesis de los síntomas y el curso de la enfermedad es esencial para identificar el trastorno bipolar, la distimia, y otros trastornos del estado de ánimo. Se hacen preguntas específicas respecto a los síntomas criterio. Dado que se requiere un estado de ánimo deprimido, melancólico o triste, o una pérdida de interés o placer, estos síntomas se obtienen primero. El médico que sospecha o diagnostica un trastorno depresivo es aconsejable que realice y registre los resultados de un examen del estado mental que incluya si el paciente tiene ideación/intención suicida; está orientado, alerta, cooperador, y comunicativo; si muestra un nivel normal de actividad motora; y si es psicótico.
2. Al hablar con los pacientes y cuidadores, los profesionales de la salud deben usar el lenguaje ordinario, sin jergas. Si se usan términos técnicos, éstos deben explicarse al paciente.
3. Cuando sea posible, debe proporcionarse material escrito en el idioma del paciente, y deben buscarse intérpretes independientes para las personas cuyo idioma habitual no sea el español.

Tabla 5. Factores de riesgo de suicidio

- Gravedad del trastorno depresivo actual
- Antecedentes de tentativas anteriores
- Abuso/dependencia actual de alcohol
- Aislamiento social (vivir solo, estar soltero, desempleado, falta de apoyo familiar)
- Pérdida por separación (pero no pérdida por muerte)
- Presencia de enfermedad física, sobre todo en el anciano
- Ser un varón, de edad avanzada

### Exploración física

#### *Aspecto y actitud del paciente con depresión*

- Expresión facial: ceño fruncido, comisuras bucales caídas, mirada apagada. En conjunto está falta de vitalidad
- Postura: más o menos estática, con cierta tendencia a inclinarse
- Aspecto: descuidado, en cuanto al aseo personal y la ropa
- Movimientos: lentos, como si escatimaran el menor esfuerzo
- Habla: lentitud y dificultad para la expresión verbal. Tono de voz bajo, monótono, angustiado o quejumbroso. Aumento de la latencia en las respuestas
- Falta de concentración en la entrevista
- Sentimientos de pesimismo, fracaso, autorreproches
- Irritabilidad o inquietud psicomotora (menos frecuente)
- Cambio significativo de peso (en más o en menos)

#### *Exploración general*

Es necesario efectuar una exploración física reglada, completa y rigurosa, exactamente igual que en cualquier otro cuadro clínico, para descartar otras causas de los síntomas depresivos.

#### *Exploraciones complementarias*

Una analítica básica que incluya perfil tiroideo (sobre todo para descartar hipotiroidismo), bioquímica, análisis de orina, y las que se consideren oportunas en cada caso: B12, Ca<sup>++</sup>, sangre oculta en heces y ECG.

Tabla 6. Clasificación de los estados depresivos

DSM-IV TR (CÓDIGO)	CIE-10 (CÓDIGO)
Episodio depresivo mayor, episodio único o recurrente (296)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Episodio depresivo, severo (F32.2), moderado (F32.1) o leve con al menos cinco síntomas c (F32.0)</li> <li>- Episodio actual de trastorno depresivo recurrente severo (F33.2), moderado (F33.1) o leve con al menos cinco síntomas c (F33.0)</li> </ul>
Trastorno depresivo no especificado (311)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Episodio depresivo leve con cuatro síntomas c (F32.0)</li> <li>- Episodio actual de trastorno depresivo recurrente leve con cuatro síntomas c (F33.0)</li> <li>- Trastorno mixto ansioso-depresivo (F41.2) intermedio</li> </ul>
Trastorno adaptativo con estado de ánimo deprimido/estado de ánimo mixto ansioso y depresivo (309)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Trastorno adaptativo: reacción depresiva/reacción mixta ansiosa y depresiva (F43.2)</li> <li>- Otros trastornos del estado de ánimo (afectivos) (F38)</li> </ul>
Distimia (300.4)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Distimia (F34.1)</li> </ul>

#### Recomendaciones: Exploraciones complementarias

El diagnóstico descriptivo de la depresión se basa totalmente en los signos, síntomas y antecedentes personales del paciente. Por consiguiente, el médico debe dedicar el tiempo suficiente para entrevistar al paciente atentamente y, si lo cree oportuno a otros informadores, (es decir, parientes cercanos o amigos) antes de embarcarse en extensas pruebas biológicas, neuropsicológicas, o psicológicas. El principio fundamental es llevar a cabo sólo un número limitado de pruebas complementarias básicas para detectar las potenciales causas médicas de depresión, a menos que existan factores de riesgo específicos, síntomas positivos específicos en la revisión médica sistemática, un perfil de síntomas inusuales, o un curso atípico de la enfermedad, en cuyo caso se pedirán pruebas adicionales seleccionadas para responder a cuestiones diagnósticas específicas.

#### Exploración psíquica o psicopatológica

Ayuda la indagación de:

1. **Distimia vital:** angustia, tristeza vital,...
2. **Trastornos de los impulsos:** inhibición, agitación, autodestrucción, disminución de los apetitos,...
3. **Alteraciones neurovegetativas:** estreñimiento, dolores, alteraciones del sueño, astenia, sequedad de mucosas,...
4. **Trastornos del pensamiento:** enlentecimiento, dificultad de concentración, preocupaciones obsesivas, con ideas de culpa, hipocondríacas y de ruina.
5. **Alteración de los ritmos vitales:** circadiano, nictameral, estacional,...

## 3. Clasificación de los trastornos del estado de ánimo

La clasificación de los estados de ánimo, queda descrita en la tabla 6.

### Depresión mayor

Se caracteriza por uno o más episodios depresivos mayores.

#### *Criterios DSM-IV TR para el episodio depresivo mayor*

Presencia de cinco o más de los siguientes síntomas durante al menos dos semanas. Uno de los síntomas debe ser estado de ánimo depresivo o pérdida de interés.

1. Estado de ánimo depresivo
2. Disminución acusada del interés o placer en todas o casi todas las actividades
3. Pérdida importante de peso o aumento de peso (> 5% del peso corporal), o pérdida o aumento del apetito
4. Insomnio o hipersomnia
5. Agitación o enlentecimiento psicomotores.
6. Fatiga o pérdida de energía
7. Sentimientos de inutilidad o de culpa inapropiados
8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión
9. Pensamientos recurrentes de muerte o suicidio o una tentativa de suicidio

**Recomendaciones: Diagnóstico**

La identificación de las tres presentaciones siguientes de pacientes con síntomas depresivos guía la elección del tratamiento:

- *Depresión mayor* (episodio depresivo mayor según criterios del DSM-IV TR)
- *Depresión menor* (inicio recientes de síntomas depresivos que no reúnen criterios DSM-IV TR para episodio depresivo)
- *Distimia*, un trastorno depresivo menor crónico (al menos 2 años de síntomas depresivos que no reúnen criterios DSM-IV TR para episodio depresivo) que no es consecuencia de una depresión mayor parcialmente resuelta

La subdivisión de la depresión mayor en leve, moderada y severa, guía la elección del tratamiento aunque las definiciones precisas son difíciles en la práctica:

- La depresión mayor severa se caracteriza por la presencia de todos, o casi todos, los síntomas depresivos del DSM-IV TR en un grado clínicamente severo y marcado deterioro funcional en todas las áreas de la vida.
- La de leve a moderada severidad oscila desde un número umbral de síntomas con mínimo deterioro funcional a síntomas y deterioro de función marcados.

4. Baja autoestima
5. Dificultad para concentrarse o para tomar decisiones
6. Sentimientos de desesperanza

**Trastorno depresivo no especificado**

Si los síntomas depresivos no reúnen criterios para otros trastornos del estado de ánimo (tabla 7).

**Trastorno bipolar**

Trastorno en el que se alternan episodios depresivos y maníacos (tabla 7).

**Subgrupos de trastorno depresivo mayor**

Existen tres subgrupos según los rasgos sintomáticos transversales (tabla 8): psicóticos, melancólicos y atípicos; y dos basados en las características del curso: patrón estacional y inicio en el postparto. Sin embargo, estos subgrupos no pueden ser etiológicamente distintos. Más bien, pueden representar expresiones clínicas del mismo proceso que varían con el tiempo, en los diferentes grupos de edad, o en el contexto de determinados estímulos provocadores.

**Depresión psicótica**

Es un trastorno depresivo grave que presenta síntomas psicóticos (delirios y alucinaciones) e importantes alteraciones psicomotrices. Ocurren en el 15% de pacientes con trastorno depresivo mayor.

**Distimia****Criteria DSM-IV TR para el diagnóstico de trastorno distímico**

Estado de ánimo deprimido al menos la mitad del tiempo, durante al menos 2 años, y al menos tres de los siguientes síntomas (tabla 7):

1. Pérdida o aumento de apetito
2. Insomnio o hipersomnía
3. Fatiga o falta de energía

**Tabla 7. Otros trastornos del estado de ánimo**

TRASTORNO	DESCRIPCIÓN	PREGUNTAS ÚTILES
Distimia	Estado de ánimo depresivo crónico (> 2 años) y frecuente, a menudo experimentado como tristeza o desánimo, acompañado de aletargamiento y autocrítica, y requiere al menos otros 2 síntomas de TDM	¿A menudo se siente triste, vacío o desmotivado?
Trastorno depresivo no especificado	Síntomas depresivos que no reúnen criterios para otros trastornos del estado de ánimo, que, por ejemplo, pueden ser episódicos o debidos posiblemente a un proceso médico	¿Ha experimentado períodos en los que se siente decaído o deprimido?
Trastorno bipolar	Cambios del estado de ánimo graves y recurrentes que implican episodios de manía (p.e., mucha energía, irritabilidad, grandiosidad, duerme lo mínimo, búsqueda del placer) y depresión habitualmente grave	¿Experimenta cambios pronunciados del estado de ánimo?

Tabla 8. Subgrupos de trastorno depresivo mayor

SUBGRUPO	RASGOS ESENCIALES	IMPLICACIONES DIAGNÓSTICAS	IMPLICACIONES TERAPÉUTICAS	IMPLICACIONES PRONÓSTICAS
Psicótico	Alucinaciones, delirios	Mayor probabilidad de volverse bipolar que los tipos no psicóticos. Puede ser mal diagnosticado de esquizofrenia	La medicación anti-depresiva más un neuroléptico es más efectiva que los antidepresivos solos. La TEC es muy efectiva	Normalmente una enfermedad recurrente. Los episodios posteriores normalmente son psicóticos. Los subtipos psicóticos se dan en familias. Los rasgos incongruentes con el estado de ánimo tienen un pronóstico peor
Melancólico	Anhedonia, estado de ánimo no reactivo, síntomas vegetativos graves	Puede ser mal diagnosticado de demencia. Más probable en pacientes ancianos	La medicación anti-depresiva es esencial. La TEC es efectiva en el 90%	Si es recurrente considerar la medicación de mantenimiento
Atípico	Ánimo reactivo, hiperfagia/aumento de peso, hipersomnia, sensibilidad al rechazo, sensación de pesadez de miembros, menos episodios	Común en pacientes jóvenes. Puede ser mal diagnosticado de trastorno de personalidad	Los ATC pueden ser menos efectivos. IMAO. Se prefieren los ISRS	Incierto
Estacional	Inicio en otoño, remisión en primavera. Recurrente	Más frecuente en las latitudes no ecuatoriales. El patrón ocurre en el trastorno depresivo mayor y el bipolar	La medicación tiene eficacia. La psicoterapia tiene eficacia. La fototerapia es una opción	Recorre
Psicosis/depresión posparto	Inicio agudo (< 30 días) en el periodo del posparto. Síntomas graves, labilidad emocional. La forma psicótica es 1/1000	A menudo anuncia un trastorno bipolar	Hospitalizar. Tratar médicamente	50% de probabilidad de recurrencia en el próximo periodo posparto

TEC: terapia electroconvulsiva ATC: antidepresivo tricíclico IMAO: inhibidores de la monoamino oxidasa ISRS: inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina

- Las ideas delirantes se refieren a temas de pecado, de ruina o de catástrofes inminentes de las que el enfermo se siente responsable.
- Las alucinaciones pueden ser:
  - Auditivas: en forma de voces difamatorias o acusatorias
  - Olfatorias: olores a podrido o carne en descomposición
- La inhibición psicomotriz grave puede progresar hacia el estupor depresivo

A diferencia de la esquizofrenia y del trastorno esquizoafectivo, en las depresiones psicóticas las características psicóticas siempre se acompañan de síntomas concurrentes que afectan el estado de ánimo.

El contenido de las alucinaciones o delirios en la mayoría de las depresiones psicóticas están en concordancia con el estado de tristeza predominante (congruente con el estado de ánimo). Son poco frecuentes las alucinaciones o delirios sin ninguna relación obvia con la tristeza (incongruentes con el estado de ánimo) y se asocian con un peor pronóstico.

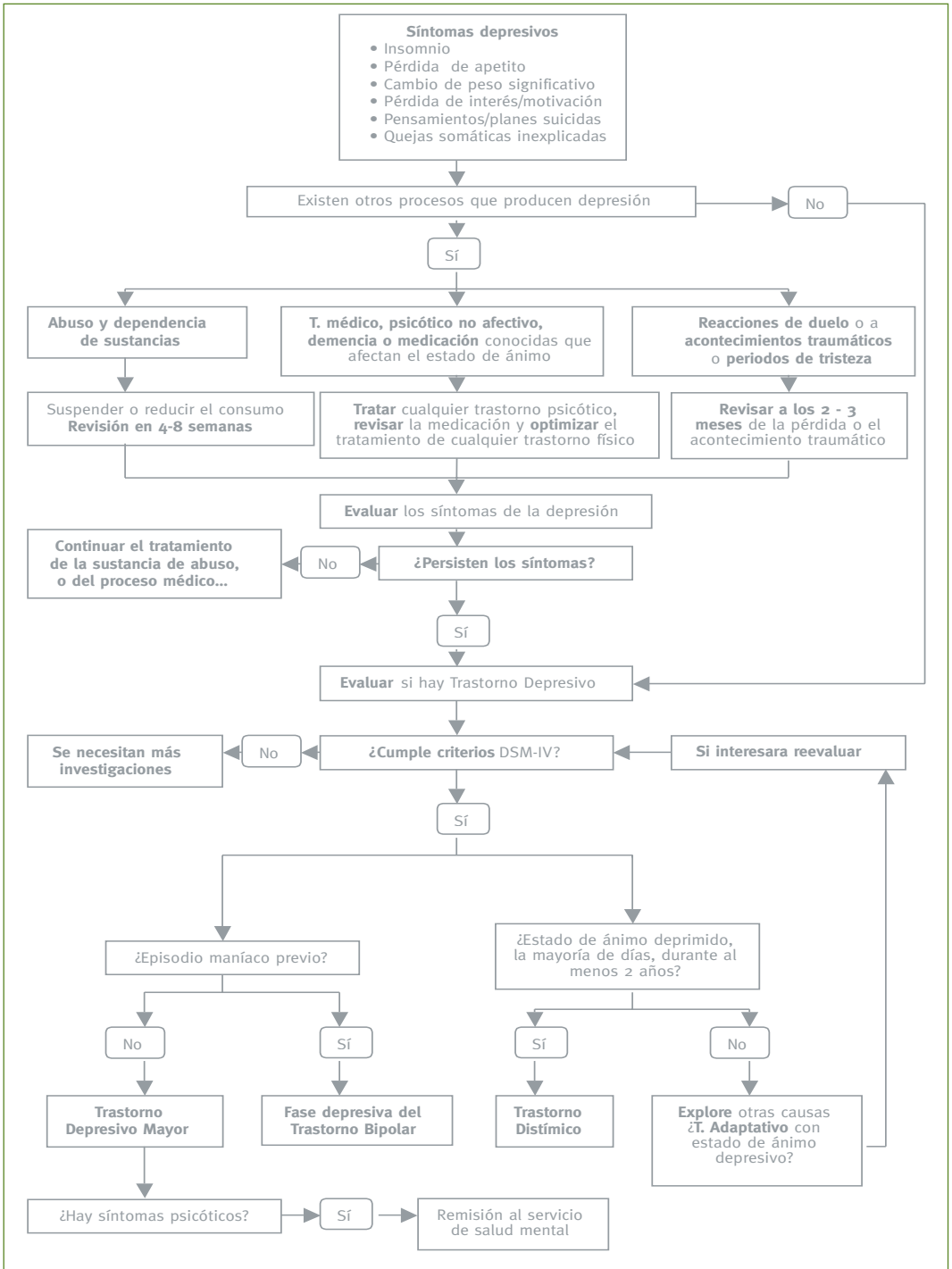
### Depresión melancólica

Las características esenciales del trastorno depresivo melancólico son:

1. Pérdida de interés o placer en todas o casi todas las actividades

2. Falta de reactividad a los estímulos habitualmente placenteros (no se siente mejor, ni siquiera temporalmente, cuando sucede algo bueno)
  3. Una cualidad distinta del estado de ánimo depresivo
  4. La depresión es habitualmente peor por la mañana
  5. Enlentecimiento o agitación psicomotores
  6. Despertar precoz (al menos 2 horas antes de la habitual)
  7. Anorexia significativa o pérdida de peso
  8. Culpabilidad excesiva o inapropiada
  9. Pérdida marcada de la libido
- Este tipo de depresión se da con mayor frecuencia en los pacientes ancianos. Los rasgos melancólicos no se asocian únicamente con antecedentes familiares de depresión. También se asocian con la reducción de la latencia de los movimientos rápidos del ojo y/o la no supresión de la dexametasona.

### Algoritmo diagnóstico del estado de ánimo depresivo



### Depresión atípica

Se caracteriza por numerosos síntomas vegetativos opuestos a los observados habitualmente:

- Reactividad del estado de ánimo: el estado de ánimo responde a los acontecimientos y mejora en situaciones positivas
- Hiperfagia
- Hipersomnia
- Abatimiento: sensación de pesadez en los brazos y piernas
- Extrema sensibilidad al rechazo interpersonal

Los rasgos atípicos se asocian a un inicio de enfermedad a una edad más temprana.

### Trastorno depresivo estacional

Las características más importantes del trastorno depresivo estacional son:

- Los episodios son recidivantes (al menos dos episodios para algunos criterios, tres para otros criterios)
- Ha habido una relación temporal sostenida entre el inicio de los episodios depresivos y una determinada época del año (como el inicio regular de la depresión en otoño y remisión en primavera)
- Los episodios estacionales superan considerablemente en número a los

**Tabla 9. Enfermedades médicas frecuentemente asociadas a depresión**

Enfermedades Neurológicas	Enfermedad de Alzheimer Enfermedad de Parkinson Esclerosis múltiple Demencias subcorticales Lesiones ocupantes de espacio Traumatismo craneoencefálico Enfermedad de Wilson Enfermedad de Huntington Epilepsia
Enfermedades Oncológicas	Cáncer de páncreas Tumores cerebrales
Enfermedades Cardiovasculares	Post infarto agudo de miocardio Miocardiopatías Insuficiencia cardíaca
Enfermedades Infecciosas	Sida Encefalitis Tuberculosis Mononucleosis infecciosa Cuadros virales
Enfermedades Endocrinas	Hipo e hipertiroidismo Hipo e hiperaldosteronismo Enfermedad de Cushing Enfermedad de Addison Hipogonadismo Hiperprolactinemia Diabetes mellitus Hipoglucemia
Problemas Dermatológicos	Alopecia Urticaria y prurito Psoriasis Dermatitis atópica Acné
Enfermedades Reumatológicas	Lupus eritematoso sistémico Artritis reumatoide Fibromialgia
Otras Enfermedades	Anemias Déficit vitamínico (Grupo B)

Modificada de Vázquez-Barquero. *Psiquiatría en Atención Primaria*. Madrid, 1998.

- episodios del no estacionales
- Muy a menudo, los síntomas depresivos remiten totalmente entre los episodios estacionales

### Depresión posparto

Los síntomas depresivos posparto se dividen en tres categorías, según su gravedad:

1. La **tristeza posparto** (“blues”) es un episodio breve (1 a 4 días), que afecta al 50%-85% de las madres en las dos primeras semanas después del alumbramiento, y se caracteriza por labilidad afectiva, llanto fácil, ansiedad y alteraciones del sueño, pero generalmente no produce deterioro funcional y no requiere tratamiento específico.
2. La **depresión posparto propiamente dicha**, con síntomas significativos, puede ocurrir desde las 2 semanas a los 12 meses después del parto. Su prevalencia es de 10 a 15%. Debe tratarse como en las otras formas de depresión.
3. La **psicosis posparto**, que a menudo presenta un cuadro atípico mixto. Son comunes la depresión y las manifestaciones maníacas, y existe una grave relación con los trastornos depresivos bipolares subsiguientes.

### Depresión reactiva y depresión endógena

Los síntomas característicos de la **depresión endógena** eran: causa biológica, pérdida de peso, disminución de la energía, alteraciones del sueño, enlentecimiento psicomotor y agitación, ausencia de precipitantes ambientales y falta de reactividad.

Por el contrario, la **depresión reactiva** se caracterizaba por: presencia de causas precipitantes ambientales estresantes y escasez de alteraciones vegetativas importantes, fluctuación de los síntomas en respuesta a los cambios ambientales y preservación del funcionamiento diario.

Este modelo tenía el problema de que pocas personas podían clasificarse claramente en alguna de las dos categorías. En la mayoría de los pacientes no puede definirse un límite preciso entre los elementos endógenos y reactivos y existen muchos casos mixtos. La decisión terapéutica en base a esta clasificación era dar fármacos antidepresivos en la depresión endógena y psicoterapia en la neurótica, pero actualmente esto se considera irrelevante.

## Depresión en poblaciones de edad especiales

### Depresión en la infancia y adolescencia

En este grupo de población puede resultar difícil el diagnóstico, ya que la queja fundamental en muchas ocasiones no es la tristeza o el estado de ánimo bajo. En la primera infancia pueden aparecer síntomas como quejas somáticas vagas o difusas, problemas con la alimentación, enuresis, etc.

En la adolescencia, la sintomatología puede manifestarse como un comportamiento irritable-desafiante, con diversos trastornos de conducta asociados, entre los que se incluyen el consumo de sustancias psicoac-

tivas, conductas parasuicidas, problemas escolares.

### Depresión en el anciano

La depresión en el anciano es una cuestión importante para los médicos de Atención Primaria debido a su prevalencia y la complejidad del diagnóstico diferencial. En relación con la presentación clínica de la depresión en el anciano, la alteración del estado de ánimo puede ser poco significativa, y puede presentarse enmascarada con otros síntomas principales, tales como la pérdida de apetito, fallos amnésicos, insomnio, pérdida de interés por el entorno, presencia en primer plano de quejas somáticas, pensamientos hipocondríacos, ansiedad o irritabilidad. Cuando predominan los síntomas de tipo deficitario se habla de pseudodemencia depresiva.

Algunos síntomas depresivos pueden ser efectos secundarios de la medicación que la persona mayor está tomando para un problema físico, o pueden ser causados por una enfermedad concurrente.

## 4. Diagnóstico diferencial

### Introducción

Es esencial realizar el correcto diagnóstico diferencial entre la depresión y otros cuadros que cursan también con trastorno del estado de ánimo, fundamentalmente enfermedades psiquiátricas, médicas y por consumo de fármacos y otras sustancias.

### Diagnóstico diferencial con otros trastornos psiquiátricos

Entre ellos destacan:

#### Trastornos afectivos

La depresión puede ir asociada a otras alteraciones del estado de ánimo como el trastorno bipolar, la distimia, el trastorno adaptativo con estado de ánimo deprimido y el duelo no patológico.

- El trastorno bipolar se reconoce por su curso clínico en el que aparecen episodios maníacos, hipomaníacos o mixtos (depresivo mayor y maníaco). Es necesario preguntar sobre posibles periodos maníacos previos, antes de establecer el diagnóstico de trastorno depresivo.
- En la distimia se suelen asociar factores psicosociales y rasgos de personalidad alterada. Se presentan menos síntomas, pero permanecen al menos durante dos años.



- En el trastorno adaptativo con estado de ánimo deprimido casi siempre se puede encontrar un desencadenante (por ejemplo, la respuesta desadaptativa al estrés debido a una enfermedad médica) que suele producir un menor número de síntomas que en la depresión mayor. Si cumplierse todos los criterios el diagnóstico sería depresión mayor.
- El duelo no patológico se considera una reacción normal tras la pérdida de un ser querido que se acompaña de síntomas parecidos a la depresión, pero que no suele prolongarse más allá del límite arbitrariamente establecido de 2 meses, pasados los cuales, si persisten los síntomas, se considerará el diagnóstico de depresión.

### Otros trastornos mentales

- Los trastornos de la personalidad se asocian con frecuencia a trastornos depresivos y empeoran su pronóstico.
- Ciertos trastornos psicóticos pueden cursar con sintomatología depresiva como la esquizofrenia en su fase residual y el trastorno delirante que suele presentarse de forma reactiva a los síntomas psicóticos.
- Los trastornos de la alimentación pueden iniciarse con síntomas afectivos y a lo largo de su evolución cursan, la mitad de las veces, con trastorno depresivo asociado. Como aspecto diferenciador, la pér-

didada de peso y apetito que se observa en la depresión, no se acompaña de la distorsión de la imagen corporal, ni del temor al aumento de peso típico de la anorexia nerviosa.

### Diagnóstico diferencial con los trastornos del estado de ánimo debido a enfermedad médica

- Existe una gran variedad de enfermedades somáticas que se asocian a sintomatología depresiva. El 25% de los pacientes con enfermedad médica cumple criterios de depresión.
- En ocasiones resulta difícil determinar si algunos síntomas (pérdida de peso, insomnio, fatiga, etc.) son achacables a un trastorno depresivo o a la manifestación directa de una enfermedad médica (neoplasia, hipotiroidismo, diabetes, infarto agudo de miocardio, etc.). Dichos síntomas contribuyen al diagnóstico de episodio depresivo mayor, excepto en el caso de que sean total y claramente atribuibles a una enfermedad médica. En la tabla 9 se muestra

**Tabla 10. Diagnóstico diferencial entre seudodemencia depresiva y demencia**

	SEUDODEMENCIA DEPRESIVA	DEMENCIA
Momento de inicio	Preciso	Impreciso
Instauración de los síntomas	Rápida	Lenta
Progresión de los síntomas	Rápida	Lenta
Historia personal de trastornos afectivos	Sí	No
Historia familiar de trastornos afectivos	Sí	No
Humor	Depresivo	Indiferente o irritable
Fluctuaciones cíclicas	Sí	No
Quejas de dificultades cognitivas	Múltiples	Escasa
Tipo de quejas	Detalladas	Vagas
Esfuerzo para realizar tareas	Pequeño	Grande
Respuestas “no sé”	Bastante habituales	Infrecuentes
Respuestas aproximadas	Infrecuentes	Variables
Pérdida de memoria de acontecimientos recientes frente a remotos	Similar	Más de recientes
Autorreproches	Sí	No
Variación circadiana	Sí	No
Mejoría con privación de sueño	Sí	No
Síntomas neurológicos	No o raramente	Sí

Modificada de Menchón et al.



un listado con enfermedades frecuentemente asociadas a depresión.

- En las enfermedades crónicas, sobre todo las de mal pronóstico, la concomitancia de trastornos psiquiátricos es muy alta, tal es el caso de las enfermedades neurológicas y el sida, en éste además se asocia como efecto adyuvante el rechazo social.
- En los pacientes oncológicos, una cuarta parte presenta clínica depresiva, que no se diagnostica como tal y no suele tratarse, ya que en ellos se tiende a considerar, erróneamente, “normal” tal estado de ánimo.
- La diferenciación entre depresión y demencia resulta difícil por ser la sintomatología depresiva una manifestación más del estado demencial. En el anciano, con frecuencia, la depresión adopta la forma de demencia (seudodemencia depresiva). Podemos reconocer que el trastorno en el estado de ánimo corresponde a una depresión mayor y no a una demencia cuando:
  1. El inicio es agudo
  2. Hay antecedentes de episodios depresivos
  3. No existen fallos previos de memoria, ni los fallos corticales específicos de la demencia

4. Se aprecia mayor malestar en el paciente
5. El cuadro revierte si se trata adecuadamente

En la tabla 10 se indican las características propias de la seudodemencia depresiva y la demencia.

Las enfermedades cardiovasculares y respiratorias crónicas y otras tan prevalentes como la diabetes y la hipertensión cursan con un moderado aumento de la morbilidad psiquiátrica.

El estudio de la función tiroidea debe realizarse en todo paciente depresivo, especialmente en casos recidivantes, con escasa respuesta terapéutica, que suele ser el perfil adoptado por los trastornos depresivos secundarios a hipotiroidismo.

### Diagnóstico diferencial con los trastornos del estado de ánimo inducido por sustancias

- La depresión debe distinguirse de los tras-

**Tabla 11. Fármacos y sustancias de abuso asociadas con la clínica depresiva**

Fármacos cardiovasculares	Alfa metildopa Reserpina Clonidina Propranolol Digital IECA Calcioantagonistas (cinarizina y flunarizina) Hipocolesteromiantes Diuréticos tiazídicos
Antibióticos	
Antiinflamatorios y analgésicos	Indometacina AINE Morfina
Psicofármacos	Neurolépticos Sedantes, hipnóticos o ansiolíticos (benzodiazepinas y barbitúricos)
Hormonas	Anticonceptivos orales Corticoides Esteroides anabolizantes
Sustancias de abuso	Alcohol Cocaína Opiáceos (morfina, heroína, codeína) Anfetaminas Cannabis o marihuana Drogas de diseño (especialmente los análogos de las amfetaminas METH o speed y MDMA o éxtasis)
Antineoplásicos	
Otros	Anticolinérgicos Metoclopramida L-Dopa Ranitidina Interferon

tornos del estado de ánimo inducido por sustancias, entre ellas los fármacos y las sustancias de abuso.

- Si se demuestra el consumo reciente o prolongado de algunas sustancias (tabla 11), es probable que ahí radique el origen del trastorno depresivo.
- Para la detección de algunas sustancias de abuso son necesarias determinaciones analíticas y *screening* en sangre y orina para completar la evaluación. Los síntomas que aparecen después de la intoxicación o debido al síndrome de abstinencia por el consumo de sustancias o medicamentos pueden ser muy indicativos de donde radica el origen del proceso depresivo.

El alcohol, por su frecuente consumo, es una causa importante de diversos trastornos psiquiátricos entre los que se incluyen los trastornos depresivos.

En general, para el diagnóstico diferencial entre la depresión y los trastornos del estado de ánimo inducidos por sustancias (fármacos y sustancias de abuso) será necesario evaluar la relación temporal entre la introducción de la misma (o un aumento de su dosis) y la aparición del trastorno; además suele existir un predominio de los “síntomas somáticos” (astenia, anorexia, trastornos del sueño y sexuales, etc.) sobre los “cognitivos” (desesperanza, disminución de la autoestima, etc.).

### Trastorno del estado de ánimo no especificado

Se llega a este diagnóstico cuando el clínico no puede determinar si el proceso es primario, inducido por sustancias o debido a enfermedad médica.

### Cuestiones esenciales

1. El duelo no patológico se considera una reacción normal que se acompaña de síntomas parecidos a la depresión, pero que no suele prolongarse más allá del límite arbitrariamente establecido de 2 meses, pasados los cuales, si persisten los síntomas, se considerará el diagnóstico de depresión.
2. Existe una gran variedad de enfermedades somáticas que se asocian a sintomatología depresiva.
3. En ocasiones, resulta difícil determinar si algunos síntomas (pérdida de peso, insomnio, fatiga, etc.) son achacables a un trastorno depresivo o a la manifestación directa de una enfermedad médica.
4. La diferenciación entre depresión y demencia resulta difícil por ser la sintomatología depresiva una manifestación más del estado demencial.
5. Podemos reconocer que el trastorno en el estado de ánimo corresponde a una depresión mayor y no a una demencia cuando:
  - El inicio es agudo
  - Hay antecedentes de episodios depresivos
  - No existen fallos previos de memoria, ni los fallos corticales específicos de la demencia
  - Se aprecia mayor malestar en el paciente
  - El cuadro revierte si se trata adecuadamente
6. En el anciano, con frecuencia, la depresión adopta la forma de demencia (seudodemencia depresiva) (tabla 10)

7. El estudio de la función tiroidea debe realizarse en todo paciente depresivo, especialmente en casos recidivantes, con escasa respuesta terapéutica, que suele ser el perfil adoptado por los trastornos depresivos secundarios a hipotiroidismo.
8. La depresión debe distinguirse de los trastornos del estado de ánimo inducido por sustancias, entre ellas los fármacos y las sustancias de abuso.
9. Para el diagnóstico diferencial entre la depresión y los trastornos del estado de ánimo inducidos por sustancias (fármacos y sustancias de abuso) será necesario evaluar la relación temporal entre la introducción de la misma (o un aumento de su dosis) y la aparición del trastorno.

## 5. Tratamiento de la depresión en Atención Primaria

### Consideraciones generales

El tratamiento de la depresión debe ser siempre individualizado y consensuado con el paciente para conseguir una colaboración activa entre éste y el médico; supone el establecimiento de una alianza terapéutica eficaz, esencial para asegurar la correcta adherencia al tratamiento pautado. El abordaje terapéutico de la depresión ha de hacerse desde un punto de vista biopsicosocial que garantice, en la medida de lo posible, la atención de estas tres áreas implicadas en el proceso salud/enfermedad.

### Pautas:

1. Hacer notar que la depresión es una enfermedad frecuente y hay tratamientos eficaces para ella. La mayoría de los pacientes se recuperan y curan totalmente de un episodio depresivo.
2. Comentar que el padecimiento de una depresión no indica pereza o dejadez. Los enfermos se esfuerzan lo que pueden en no estar mal, no se debe insistirle en que “ponga de su parte”. Desculpabilizar al paciente por la enfermedad.
3. Las ideas de suicidio son habituales en estos cuadros, puede ser necesario que los familiares o amigos estén pendientes de garantizar la seguridad vital del paciente.
4. Explicar que la capacidad de disfrutar del sexo suele disminuir o anularse



durante una depresión y que la vivencia de dificultades para amar y sentirse amado o la ambivalencia de sentimientos son características de la enfermedad depresiva. Estas carencias se van recuperando según mejora la enfermedad.

5. Procurar evitar que se tomen durante el episodio decisiones importantes (separarse, dejar el trabajo, etc.), intentar no actuar bajo creencias o ideas negativas. No hacer autocríticas negativas, no ser duro e intransigente consigo mismo.
6. No forzar al enfermo a “animarse” o a implicarse en actividades sociales o familiares antes de que comience a estar mejor de ánimo, no decirle que se vaya de vacaciones “para olvidar”.
7. Planificar objetivos o actividades gratificantes a corto plazo, intentando recobrar aquellas que en el pasado le producían satisfacción y ejercer un estímulo positivo sobre los logros, por pequeños que parezcan.
8. Ayudarle a identificar problemas y conflictos de la vida cotidiana que provoquen estrés y apuntar estrategias de mejora.
9. Si coexisten síntomas somáticos intentar correlacionarlos con estados de ánimo para combatirlos mejor.
10. Una vez que haya comenzado la mejoría hay que seguir apoyando al paciente y vigilando la aparición de signos o síntomas de empeoramiento o recurrencia y poner sobre aviso de que este tipo de trastornos del ánimo tienen tendencia a aparecer en otras ocasiones.

Es muy recomendable realizar alguna actividad deportiva reglada, disminuir el consumo de alcohol, tabaco y cafeína, intentar mantener una higiene correcta del sueño y una alimentación adecuada o incluso poner en práctica técnicas de autoayuda. Siempre se tiene que hacer hincapié en que, si se decide poner tratamiento con fármacos, éstos deben tomarse durante largo tiempo sin abandonarlos antes de que el médico lo considere oportuno. Es también muy importante minimizar la estigmatización social, a veces encubierta, que se produce por el hecho de padecer una enfermedad mental.

## Objetivos del tratamiento

1. Eliminar los síntomas y signos de la depresión hasta lograr la curación
2. Disminuir el riesgo de suicidio
3. Minimizar el riesgo de recurrencias y recaídas
4. Restablecer el funcionamiento biopsicosocial y laboral adecuado
5. Disminuir el impacto económico de la depresión no tratada, que se traduce en mayor morbimortalidad por múltiples causas

## Elección del tratamiento

Como el arsenal terapéutico es amplio, debe tenderse a utilizar los recursos que se conocen y controlan bien, sin aventurarse con técnicas o fármacos a cuyo uso no se está habituado. La **elección del tratamiento** debe considerar las características del cuadro depresivo, su gravedad, la identificación o no de ideas autolíticas y las características biopsicosociales del paciente. La **derivación a AE** tiene que hacerse ante las circunstancias reflejadas en la tabla 12.

Se pueden hacer **dos tipos de abordaje** principales de la depresión en AP, el psicoterapéutico y el farmacológico, aunque la combinación de ambos es lo que se ha considerado más efectivo ya que se potencian mutuamente y es lo más utilizada en AP.

### Tratamiento psicoterapéutico

#### Consideraciones generales

Se admite que en la consulta de AP en general no se llevan a cabo psicoterapias regladas, campo éste que habitualmente es trabajado en AE. Sin embargo, el médico de familia debería tener formación en alguna técnica psicoterapéutica sencilla, breve y eficaz. Si esto no se consigue en la etapa

Tabla 12. Derivación a atención especializada

- Ideas autolíticas estructuradas o intentos previos en el seno de un cuadro depresivo severo
- Síntomas psicóticos acompañantes
- Depresión en el contexto de un trastorno bipolar
- Depresión atípica
- Trastorno de personalidad asociado
- Comorbilidad mental orgánica
- Abuso concomitante de sustancias
- Depresión recurrente
- Necesidad de un tratamiento psicoterapéutico reglado
- No respuesta al tratamiento en AP
- Siempre que el médico tenga dudas o no se sienta capaz de atender correctamente al paciente
- Cuando el paciente lo solicite expresamente

Modificada de Jones R. *Managing depression in primary care*. *BMJ* 2005;330:800-801.

Stahl SM. *Depresión y trastornos bipolares*, en *Psicofarmacología esencial. Bases neurocientíficas y aplicaciones clínicas*. 2ª ed. Ariel. Neurociencia 2000.

Tabla 13. Pautas para el paciente con depresión

- No se exija cosas difíciles, ahora tiene usted que cuidarse
- Cuide su alimentación, limpieza personal, haga un poco de ejercicio
- No tome decisiones importantes hasta que esté restablecido
- Procure no exagerar las cosas malas, intente, si puede, ver el lado menos negativo. Muchas de las alteraciones que nota, como desinterés en los demás, en las cosas que antes le gustaban o en el sexo, mejorarán a la vez que se va curando la depresión
- No hable de cosas tristes, accidentes o enfermedades. No vea películas o cosas tristes o que le depriman más
- Intente retomar poco a poco las actividades de la vida habitual
- Tómese tiempo para mejorar y curarse, usted no es una máquina

Modificada de Borrell F, Caterina Bargalló M. *Trastornos de Salud Mental, en Atención Primaria. Conceptos, organización y práctica clínica.* Ed.A. Martín Zurro, Cano Pérez JF . Elsevier España S.A, 2003.

Pérez Argulés A, Costelo Tello A, Martín García ML. *Trastornos depresivos, en Guía de los trastornos mentales en Atención Primaria.* Ed.Chamorro García L. Ars Medica, Barcelona 2002.

pregrado, hay que intentar formarse en ello en el postgrado, ya que a lo largo del desarrollo de la profesión habrá multitud de ocasiones de obtener utilidad de estos conocimientos.

Es frecuente que, en principio, el paciente de AP prefiera el apoyo psicoterapéutico antes que el uso de fármacos. El médico de familia hace habitualmente una psicoterapia no sistemática de apoyo individual basada en el sentido común, la escucha activa empática, la explicación comprensible de los síntomas y signos de la enfermedad y en una actitud suavemente directiva pero no autoritaria; si esto se acompaña de una potente alianza terapéutica, puede lograrse la curación de algunos casos de episodios depresivos leves, sin necesidad de medicación. En la tabla 13 se recogen ciertos consejos que pueden servir de apoyo psicoterapéutico para el paciente.

Se van a considerar dos tipos de psicoterapia breve que se han mostrado eficaces en el tratamiento de la depresión: la terapia interpersonal (CIP) y la terapia cognitivo - conductual. A continuación se expondrán las bases esenciales de cada una de ellas teniendo en cuenta que es necesario tener formación específica para ponerlas en práctica.

### Consejo interpersonal para depresión

Se diseñó a partir de la terapia interpersonal específicamente para ser empleada en AP por profesionales entrenados. Se basa en la importancia de la interacción y los vínculos establecidos entre el individuo y el medio social a todo lo largo del ciclo vital. Se considera que la depresión se desencadena como respuesta a la alteración de estos vínculos. El CIP conceptualiza el trastorno depresivo como un problema estrictamente orgánico, lo que desculpabiliza al paciente al considerarlo en la misma categoría que la diabetes o la hipertensión.

Los objetivos principales son:

- reducir los síntomas y el estrés, intentando aumentar la autoestima
- ayudar al paciente a encontrar estrategias más eficaces para afrontar los problemas y mejorar la relación con el medio
- reducir la utilización inadecuada de los servicios sanitarios

Se lleva a cabo a lo largo de unas seis sesiones de media hora de duración cada una, con periodicidad semanal, centrándose en la problemática actual más importante que ha desencadenado el cuadro y en el funcionamiento social.

### Terapia cognitivo-conductual

Se ha demostrado útil en la depresión cuando es hecha por médicos con el entrenamiento específico necesario.

Reconoce que la realidad no existe de forma objetiva sino que es vivida por cada uno, según sus experiencias previas, y que hay una estrechísima interrelación entre pensamiento – sentimiento o afecto – conducta. Se basa en el supuesto de que la persona deprimida hace una interpretación negativa de sí misma y de su entorno al realizar un procesamiento inadecuado y doloroso de la información que recibe desde el medio, pues utiliza esquemas cognitivos disfuncionantes y perturbadores que originan errores cognitivos sistemáticos que, a su vez, retroalimentan las interpretaciones negativas. Considera que el núcleo de la depresión son las disfunciones cognitivas y que todo el cortejo sintomático es debido a esta distorsión, por lo tanto, predica que el entrenamiento en la consecución de cambios eficaces en el pensamiento y en la conducta redundaría en la mejoría o curación del episodio depresivo.

Los objetivos principales que persigue son tres:

- identificar y contrastar las cogniciones o pensamientos negativos,
- desarrollar esquemas interpretativos alternativos más flexibles y
- aprender mediante repetición nuevas respuestas cognitivas y conductuales.

Se lleva a cabo de una forma muy estructurada, siendo el trabajo en equipo

Tabla 14. Factores a considerar para elegir el antidepresivo

- Conocimiento del fármaco por parte del médico
- Patologías concomitantes del paciente
- Fármacos con los que puede interactuar
- Preferible usar los que previamente han resultado eficaces en ese paciente
- Facilidad de toma: régimen de dosificación
- Efectos secundarios
- Edad

con el médico fundamental, aunque manteniendo siempre la distancia terapéutica. Forma parte de este tipo de terapia el registro de los sentimientos, pensamientos y acciones en una agenda así como la asignación de tareas concretas para el día a día, entre otros componentes.

## Tratamiento farmacológico

### Consideraciones generales

Uno de los problemas más importantes con los que se tropieza el médico al pautar estos medicamentos es la pobre cumplimentación del tratamiento. Se ha visto que en España, sólo un tercio de aquellos que lo inician lo mantienen el tiempo necesario, implicando un incremento en el número de recaídas y de recurrencias con el consecuente incremento del coste sanitario. Esto es debido a varios factores entre los que se mencionan los efectos secundarios, la tardanza en obtener mejoría sintomática, el incorrecto seguimiento por parte del médico, la incomodidad de tomar medicación y característi-

cas propias del paciente, entre otros.

Se deben utilizar los fármacos que mejor se conocen y que tengan menos **efectos secundarios**. El manejo correcto de los efectos secundarios es clave para mejorar la cumplimentación, hay que comentar la posibilidad de que ocurran y hacer notar que con el paso del tiempo desaparecen, ya que al no ser inmediata la mejoría sintomática, la aparición de efectos secundarios precoces puede hacer sentir al paciente que no “merece la pena” tomar la medicación. Por otro lado, la aparición de efectos secundarios a medio y largo plazo, también favorecen el abandono. A veces se tiene que considerar el empleo de medicación adyuvante para prevenirlos, como puede ser el empleo de domperidona para las náuseas o el uso de fármacos específicos para la disfunción eréctil en las etapas posteriores.

Tabla 15. Preferencia sobre el uso de antidepresivos en pacientes con otros cuadros clínicos concomitantes

Hipertensión arterial	Precaución con la velanfaxina a dosis altas. Considerar posibles interacciones con los ATC
Insuficiencia respiratoria	Si toman teofilina evitar fluvoxamina. Evitar ATC y sedantes
Insuficiencia cardíaca	Evitar ATC. Preferibles los ISRS
Insuficiencia renal	ISRS a días alternos o menos dosis. Evitar la sertralina
Diabetes	Evitar ATC, pueden aumentar el peso y provocar hipoglucemias. La fluoxetina puede interactuar con ADO e insulina
Uropatía obstructiva	Utilizar los ISRS. También mirtazapina y trazodona
Glaucoma	Usar ISRS, trazodona y mirtazapina. Asegurar el tratamiento con mióticos locales
Estreñimiento crónico	
Úlcus péptico/colon irritable	Preferible usar amitriptilina
Demencia	Usar ISRS, trazodona, mirtazapina y reboxetina. Comenzar con dosis bajas e incrementar lentamente. Mejor ISRS
Parkinson	Preferibles amitriptilina, nortriptilina, sertralina, mianserina, trazodona, mirtazapina

ADTC-HC: Antidepresivos tricíclicos y heterocíclicos. ISRS: Inhibidores de la recaptación de la serotonina.

ADO: Antidiabéticos orales

Modificada de Depresión. Documentos SEMFYC. EdiDe editorial. 2001.

Asiel Rodríguez A, Fernández Liria A, González Aguado F. Trastornos depresivos en Medicina 2004;9(23):1451-1460.

Hay que valorar las **interacciones** que pueden surgir con otras medicaciones y tener en cuenta que los pacientes polimedificados son peores cumplimentadores en general. Puede haber beneficios en este aspecto con la toma de fármacos con galénica de liberación semanal, que disminuye el número de pastillas que se ingieren al día. La dosis empleada debe ser la admitida como eficaz, no se debe infradosificar pues los efectos secundarios se presentan igual y, en cambio, los beneficios no se obtienen. El inicio puede hacerse con la dosis completa aunque es aceptable hacerlo con la mitad y al cabo de una semana aumentarlo hasta la dosis eficaz, en ancianos a veces hay que disminuir las dosis.

El **mantenimiento del tratamiento** ha de ser, como mínimo, hasta que transcurran seis meses después de la remisión completa de los síntomas. Esto hace que, al menos, dure unos nueve meses, aunque en gran número de casos ha de mantenerse mucho más.

Además de dedicar el tiempo suficiente en la consulta de instauración del tratamiento como para dar toda la información pertinente y clarificar cuestiones, hay que **programar el seguimiento**: se acepta que, una vez instaurado, la primera visita ha de hacerse entre los primeros siete días, en ella debe preguntarse sobre los efectos secundarios iniciales (náuseas, cefalea, somnolencia,...), asegurar la adherencia y concertar la siguiente visita para los próximos diez días. En la segunda visita de seguimiento hay que volver a preguntar lo anterior y si se ha comenzado a notar mejoría en algún aspecto, se insistirá en la necesidad de tomar ininterrumpidamente la medicación y se aclararán todas las dudas que surjan. Las visitas posteriores se programarán habitualmente cada tres o cuatro semanas, insistiendo en la cumplimentación de la toma de medicación y manejando los efectos secundarios a largo plazo de manera efectiva. Cuando la mejoría ya es clara puede verse al enfermo una vez al mes.

Hay que considerar las **características biopsicosociales** del paciente que puedan influir en la adherencia al plan terapéutico: se ha comprobado que el individuo aislado, polimedicado, con historia de abuso de sustancias tóxicas y que presenta comorbilidad con otras enfermedades psiquiátricas o no, hace peor la cumplimentación general, por lo que en estos casos debería optarse por lo más sencillo para él, aunque en principio no parezca lo óptimo. En la tabla 14 se ven factores a considerar para elegir el antidepresivo y en la tabla 15 aquellos más adecuados según la patología orgánica que padezca.

### *Fases del tratamiento medicamentoso*

La mejoría se produce de manera progresiva, primero mejoran el insomnio y la inquietud o la inhibición psicomotriz, paulatinamente va mejorando la capacidad de concentración y la memoria y en último lugar el estado de ánimo.

#### **Fase aguda**

Se considera hasta la total remisión de los síntomas, suele durar entre seis y doce semanas. Si a las cuatro semanas no se ha obtenido inicio de respuesta, se puede considerar la posibilidad de fallo terapéutico y plantear

la instauración de otro medicamento con perfil farmacológico diferente.

#### **Fase de continuación**

Se considera que abarca entre los seis y nueve meses posteriores a la remisión completa de los síntomas. Es muy importante insistir en la toma de la medicación y a las mismas dosis para evitar recaídas.

#### **Fase de mantenimiento**

Se denomina así a aquella fase de duración indeterminada con el mismo fármaco y con la misma posología cuyo objetivo es evitar recurrencias o nuevos episodios en pacientes de riesgo (dos episodios en un año, tres o más episodios depresivos en menos de cinco años o cuando el primer episodio depresivo ha ocurrido en mayores de 50 años).

#### **Ausencia de respuesta a un fármaco**

Si al cabo de seis u ocho semanas la respuesta es parcial se puede aumentar la dosis; si el fármaco lo permite; si no hay ninguna respuesta cambiar a otro de mecanismo de acción diferente, también podría asociarse otro con diferente perfil. Si al cabo de cuatro semanas no hay mejoría se debe derivar a AE.

#### **Fase de retirada del tratamiento**

La retirada es más adecuado hacerlo de manera gradual, a lo largo de un mes aproximadamente. El “síndrome de discontinuación” (mareos, náuseas, insomnio, malestar general,...) se ha descrito con la retirada brusca de los inhibidores de la recaptación de la serotonina (ISRS), excepto con fluoxetina por sus características farmacocinéticas (vida media de varios días). La retirada repentina de los antidepresivos tricíclicos y heterocíclicos (ATC) da lugar a un auténtico síndrome de abstinencia (temblor, distonías, irritabilidad,...).

#### *Elección del fármaco antidepresivo*

En general, el efecto terapéutico de los fármacos que se manejan en AP es similar; las diferencias más importantes son debidas a sus efectos secundarios y a la seguridad de manejo. La elección entre uno y otro debe contemplar, entre otras cosas, los conocimientos que se tengan sobre ellos, los efectos adyuvantes que se deseen alcanzar y las otras patologías que presente el paciente. Las indicaciones vienen recogidas en la tabla 16 y las características en la tabla 17. Varias familias de antidepresivos (tabla 18), aunque son tres los principales grupos que se manejan en AP:

- Inhibidores de la recaptación de la serotonina (ISRS)

Tabla 16. Indicaciones de los antidepresivos en depresión y ansiedad

Depresión	Todos los antidepresivos pueden resultar eficaces, existiendo diferencias en la tolerabilidad y las interacciones. La ausencia de respuesta a un antidepresivo no implica resistencia de la sintomatología a otros fármacos, incluso del mismo grupo
Trastorno de ansiedad generalizada	Escitalopram, paroxetina, venlafaxina,
Trastorno de angustia	Citalopram, escitalopram, paroxetina
Trastorno de ansiedad social	Escitalopram, paroxetina,
Trastorno de estrés postraumático	Sertralina
Trastorno obsesivo compulsivo	Adultos: citalopram, clomipramina, fluoxetina, fluvoxamina, paroxetina, sertralina Niños: sertralina

Guía práctica de farmacología del sistema nervioso central, J.R. Azanza (2004)

- Tricíclicos
- Duales

### Inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina (ISRS)

Son los antidepresivos más empleados en los últimos años, sobre todo, por la seguridad de su uso y las escasas contraindicaciones. Se consideran de primera elección en AP. Son seis moléculas: fluoxetina, sertralina, paroxetina, fluvoxamina, citalopram y la forma isomérica de éste, el escitalopram. En las tablas 19 y 20 y figura 1 se pueden ver las características diferenciadoras más notables y elegir el más adecuado según el paciente.

Aunque pertenecen a familias químicamente diferentes, tienen importantes características farmacológicas comunes, la potente y selectiva inhibición de la recaptación de serotonina y la casi nula capacidad de bloqueo de los canales de sodio, aún en caso de sobredosis, hace prácticamente imposible la muerte por esta causa. Existe cierta alarma social en cuanto a que el tratamiento con ISRS podría incrementar el riesgo de suicidio; sin embargo, hasta el momento, no existe evidencia científica que avale, estas ideas en la población general, aunque entre adolescentes está todavía en cierta discusión. Sí podría ocurrir que la mejora de la apatía depresiva, uno de los indicadores de buena evolución en la fase temprana del tratamiento y que no se acompaña todavía de mejora real en el estado de ánimo, empeorase o facilitara la ejecución de ideas autolíticas previas, como también ocurre durante los tratamientos con antidepresivos tricíclicos. Lo que hay que considerar, es si se está haciendo bien la valoración de ideas de suicidio al hacer el diagnóstico o, por el contrario, no se explora esta posibilidad y no se toman las precauciones necesarias y el seguimiento médico no es tan estrecho como debería en estas primeras fases.

El comienzo de la dosificación de los ISRS, puede hacerse con dosis plenas, aunque a veces se prefiere hacerlo con la mitad y hacerla completa al cabo de una semana. Se suelen dar por la mañana aunque los más sedantes (paroxetina y fluvoxamina) pueden suminis-

trarse por la noche. El efecto positivo comienza a notarse a la tercera semana aproximadamente, sólo el escitalopram es más rápido. No crean dependencia, pero la suspensión brusca puede dar lugar al *síndrome de discontinuación*.

Aunque presentan pocos efectos secundarios, en general, tienen la posibilidad de inducir disfunción sexual, ya sea alteración de la erección, inhibición de la libido o problemas en la consecución del orgasmo. Estos problemas pueden llegar a causar bastante desazón al paciente y a su pareja, por lo que es importante comentarlos antes. En alguno de estos casos, una vez se esté en la fase de mantenimiento, se pueden plantear “vacaciones terapéuticas” con suspensión de la medicación sólo los días del fin de semana, no es lo más ortodoxo, sin embargo, puede resultar eficaz. Lo más indicado para el tratamiento de la disfunción eréctil de esta etiología, es utilizar inhibidores de la fosfodiesterasa. El sistema del citocromo P450 puede ser interferido por algunos ISRS, especialmente fluoxetina, fluvoxamina y paroxetina, favoreciéndose la interacción con otros medicamentos que usen esta vía. Otros efectos secundarios, tales como cefalea, náuseas, insomnio o somnolencia, son generalmente transitorios. Los ISRS, nunca deben asociarse con IMAOs, pues el riesgo de desencadenar una crisis hipertensiva o un síndrome serotoninérgico es importante, se precisa un período de lavado previo de 15-20 días.

### Antidepresivos tricíclicos, tetracíclicos y heterocíclicos

Bloquean la recaptación de serotonina, dopamina y de noradrenalina. Son igual de rápidos y eficaces como antidepresivos que los ISRS aunque sus efectos secundarios

Tabla 17. Resumen de los fármacos antidepresivos. Principios activos, dosis inicial y máxima, y efectos farmacológicos

PRINCIPIO ACTIVO	DOSIS INICIAL	DOSIS MÁXIMA/24h	INHIBICIÓN DE LA RECAPTACIÓN		ANTAGONISMO DE RECEPTORES			
			5HT	NA	M <sub>1</sub>	α <sub>1</sub>	DP	H <sub>1</sub>
Amitriptilina	25 mg/8 h	250 mg	++	++	+++	+++	±	+++
Clomipramina	25-50 mg/12 h	250 mg	+++	++	++	++	±	+
Imipramina	25-50 mg/24 h	300 mg	++	++	++	++	-	++
Nortriptilina	10-25 mg/24 h	150 mg	+	++	+	++	+	+
Trimipramina	25-50 mg/24 h	300 mg	+	+	+	+	±	+
Doxepina	25 mg/24 h	300 mg	+	+	++	+++	±	+++
Amoxapina	25-50 mg/24h	200 mg						
Maprotilina	25 mg/8 h	225 mg	±	++	++	+	+	++
Fluoxetina	20 mg/24 h	60 mg	+++	±	-	-	-	-
Sertralina	50 mg/24 h	200 mg	+++	-	-	-	-	-
Paroxetina	20 mg/24 h	50 mg	+++	±	-	-	+	-
Fluoxamina	50-100 mg/24 h	300 mg	+++	-	-	-	-	-
Citalopram	20 mg/24 h	60 mg	+++	-	-	-	-	-
Escitalopram	10 mg/24 h	20 mg	+++	-	-	-	-	-
Venlafaxina XR	75 mg/24 h	225 mg	+++	++	-	-	- +	-
Trazodona	50 mg/8 h 100 mg/12 h	400 mg	+	-	-	+	-	-
Nefazodona	100 mg/24 h	400 mg	+	-	-	-	-	-
Reboxetina	4 mg/24 h	10 mg	-	+++	+	±	±	±
Mianserina	30-40/24 h	120 mg	-	+	-	-	-	+
			REDUCCIÓN DEL CATABOLISMO		ANTAGONISMO DE RECEPTORES			
			5HT	NA	M <sub>1</sub>	α <sub>1</sub>	DP	H <sub>1</sub>
Tranilcipromina	20 mg/12 h	60 mg	++	++	+	-	-	++
Moclobemida	300 mg/24 h	600 mg	++	++	-	-	-	-
			LIBERACIÓN DE		ANTAGONISMO DE RECEPTORES			
			5HT	NA	M <sub>1</sub>	α <sub>1</sub>	DP	H <sub>1</sub>
Mirtazapina	15 mg/24 h	45 mg	++	++	-	-	-	++

Azanza JR. Guía práctica de farmacología del sistema nervioso central. Ediciones s/n. Madrid, 2002.

son mucho más frecuentes y severos. Se inicia el tratamiento con dosis bajas que se aumentan paulatinamente cada tres o cuatro días, hasta llegar a la dosis terapéutica. La retirada debe ser lenta. Los más conocidos en AP de cada tipo son como tricíclicos: amitriptilina, imipramina y la clomipramina; tetracíclicos: maprotilina y mianserina; heterocíclicos: nefazodona (retirado del mercado por necrosis hepática en algunos pacientes) y trazodona.

Están contraindicados de forma absoluta en pacientes con infarto de miocardio reciente, embarazo y lactancia y de forma relativa en pacientes cardiopatas, con glaucoma, hipertrofia de próstata, diabetes e hipertensión arterial. Los efectos secundarios son frecuentes, los más molestos son: sequedad de boca, estreñimiento, visión borrosa, retención de orina y aumento

de peso. Interaccionan con varios fármacos tales como dicumarínicos, AAS y fenotiacinas. Para ver características diferenciales consultar la tabla 21.

#### Inhibidores de la MonoAminoOxidasa

No son de uso habitual en AP ya que, a pesar de que la eficacia antidepresiva es similar a la del resto de los antidepresivos, los efectos secundarios e interacciones medicamentosas los hacen de difícil manejo en AP. Es preferible utilizar aquellos que actúan de forma reversible, como moclobemida. Están indicados especialmente cuando la depresión se acompaña de inversión de síntomas (depresión atípica: aumento del



Tabla 18. Clasificación de los antidepresivos

<b>INHIBIDORES DE LA RECAPTACIÓN DE AMINAS (NA/DA/5-HT):</b> Antidepresivos tricíclicos: amitriptilina, clomipramina, desipramina, doxepina, imipramina, nortriptilina, trimipramina Otros: amoxapina, dosulepina, maprotilina, mianserina, trazodona
<b>INHIBIDORES SELECTIVOS DE LA RECAPTACIÓN DE SEROTONINA (ISRS):</b> Citalopram, escitalopram, fluvoxamina, fluoxetina, paroxetina, sertralina
<b>INHIBIDORES SELECTIVOS DE LA RECAPTACIÓN DE SEROTONINA Y DE NORADRENALINA:</b> Venlafaxina
<b>NORADRENERGICOS Y SEROTONINERGICOS ESPECIFICOS (NaSSA):</b> Mirtazapina
<b>INHIBIDORES DE LA RECAPTACIÓN DE NORADRENALINA:</b> Reboxetina
<b>INHIBIDORES SELECTIVOS Y REVERSIBLES DE LA MONOAMINOOXIDASA (RIMA):</b> Moclobemida
<b>INHIBIDORES NO SELECTIVOS E IRREVERSIBLES DE LA MAO:</b> Tranilcipromina
<b>OTROS:</b> L-5 hidoxitriptófano

Guía práctica de farmacología del sistema nervioso central. J.R.Azanza (2004)

Tabla 19. Afinidades de los ISRS por el transportador humano de monoaminas

Fármaco	K <sub>i</sub> (nM)		PROPORCIÓN		
	5-HT	NA	DA	NA/5-HT	DA/5-HT
Escitalopram	1,1	7.841	27.410	7.100	25.000
Citalopram	1,6	6.190	16.540	3.900	10.000
R-citalopram	36	12.270	18.720	340	520
Sertralina	0,26	714	22	2.700	85
Fluvoxamina	2,3	1.427	16.790	620	7.300
Fluoxetina	1,1	599	3.764	540	3.400
Paroxetina	0,1	45	268	450	2.700

Modificada de Owens MJ, Knighy DL, Nemeroff CB. Second-Generation SSRIs: Human monoamine transporter Binding profile of escitalopram and R-fluoxetine. *Biol Psychiatry*, 2001;50:348

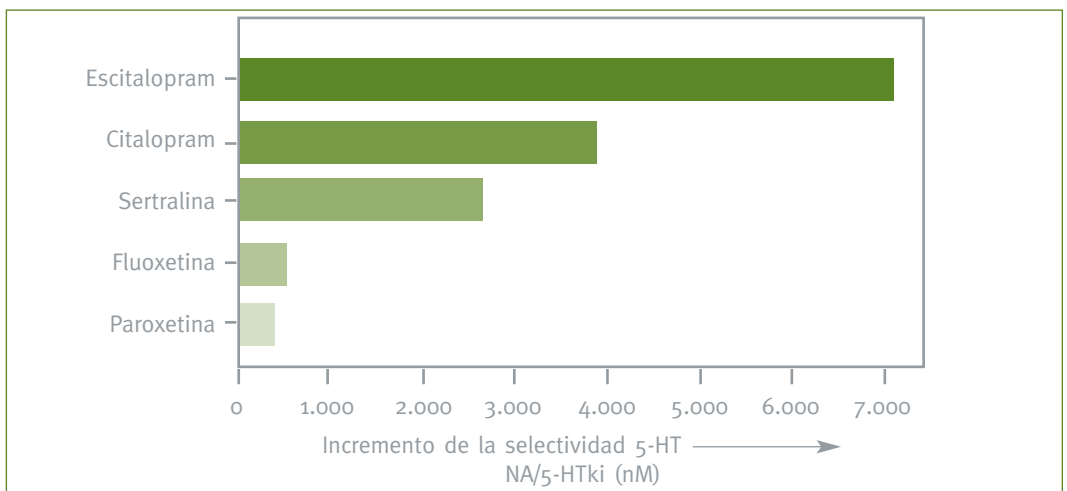


Figura 1. Afinidades de los ISRS por el transportador humano de monoaminas

Modificada de Owens MJ, Knighy DL, Nemeroff CB. Second-Generation SSRIs: Human monoamine transporter Binding profile of escitalopram and R-fluoxetine. *Biol Psychiatry*, 2001;50:348

apetito, aumento de la libido, hipersomnía). Los efectos secundarios más peligrosos están relacionados con la capacidad de producir crisis simpaticomiméticas hipertensivas por interacción con la tiamina, que está pre-

sente en el vino tinto, queso, embutidos y ahumados. Se debe hacer un periodo de lavado de quince días antes de empezar otro tratamiento.

**Tabla 20. Características diferenciales de los ISRS**

NOMBRE	DOSIS (mg)	INDICACIONES	EFFECTOS SECUNDARIOS DIFERENCIALES	INTERACCIONES
Citalopram	20-60	Depresión, trastorno de angustia con o sin agorafobia, TOC	Menos disfunción sexual	Pocas interacciones
Escitalopram	10-20	Depresión, trastorno de angustia con o sin agorafobia, trastorno de ansiedad social, trastorno de ansiedad generalizada	Menos disfunciones sexuales	Pocas interacciones
Fluoxetina	20-60	Bulimia nerviosa (TCA), depresión, TOC	Disminución de peso durante los primeros meses	Inhibidor del citocromo P450, evitar en epilepsia e insuficiencia hepática
Fluvoxamina	50-500	Depresión, TOC	Sedación, menos problemas sexuales, náuseas, mareo	Aumenta los valores de teofilina. Inhibidor del citocromo P450
Paroxetina	20-50	Depresión, trastorno de angustia con o sin agorafobia, TOC, trastorno de ansiedad social	Sedación, disfunciones sexuales, aumento de peso	Evitar en insuficiencia renal, inhibidor del citocromo P450
Sertralina	50-200	Depresión, trastorno de angustia con o sin agorafobia, TOC en adultos y niños, TEPT	Diarrea, menos problemas sexuales	Pocas interacciones

TCA: Trastorno de la conducta alimentaria. TOC: Trastorno obsesivo compulsivo. TEPT: Trastorno por estrés postraumático. Modificada de Jones R. *Managing depression in primary care*. BMJ 2005;330:800-801.

Stahl SM. *Depresión y trastornos bipolares*, en *Psicofarmacología esencial. Bases neurocientíficas y aplicaciones clínicas*. 2ª ed. Ariel. Neurociencia 2000.

**Tabla 21. Características diferenciales de los inhibidores no selectivos de la recaptación de aminas (tricíclicos, tetracíclicos y heterocíclicos)**

NOMBRE	DOSIS mg	INDICACIÓN ESPECÍFICA	SEDACIÓN	EFFECTOS ANTICOLINÉRGICOS	EFFECTOS CARDIOVASCULARES	HIPOTENSIÓN
Amitriptilina	75-250	Dolor crónico	++++	++++	+++	++
Clorimipramina	75-250	Narcolepsia, TOC	+++	+++	+++	++
Imipramina	75-250	Enuresis, angustia	++	++	+++	+++
Maprotriptilina	75-150		+++	++	++	+
Mianserina	30-120	Depresión en ancianos	+	+	+	
Trazodona	100-600	Insomnio, agitación en ancianos	++	+	+	++

Modificada de Jones R. *Managing depression in primary care*. BMJ 2005;330:800-801.



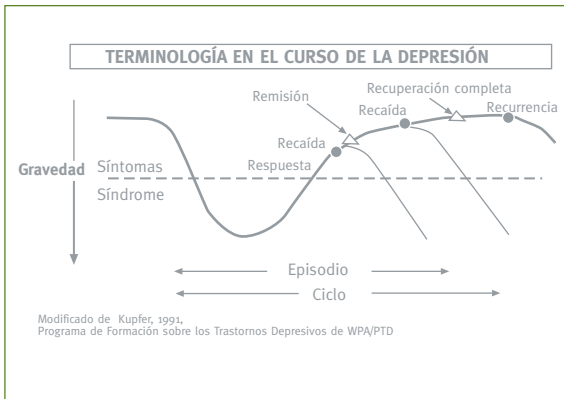


Figura 2. Terminología en el curso de la depresión

### Inhibidor dual selectivo de la serotonina y la noradrenalina (IRSN): *venlafaxina*

Comparte propiedades inhibitoras típicas de los antidepresivos tricíclicos y de los ISRS, pero con un perfil de seguridad mucho más parecido a los ISRS. Tiene un discreto efecto inhibidor de la dopamina. La eficacia antidepresiva está mejorada al utilizar efectos sinérgicos, por lo que puede ser útil en pacientes en los que las respuestas terapéuticas con agentes de vía única no es la deseada. Tiene efecto desinhibidor y ansiolítico, así como pocas interacciones. Puede, en algunos casos, aumentar la presión arterial diastólica si se da a dosis altas. Suele considerarse de segunda elección en AP. Las dosis a manejar en AP oscilan entre 75 y 150 mg. en fórmula de liberación retardada, aunque se puede dar hasta 225 mg.

### Antagonista noradrenérgico y serotoninérgico selectivo (NaSSA): *mirtazapina*

Facilita la liberación de noradrenalina por antagonismo de receptores alfa 2 adrenérgicos centrales y la de serotonina por activación de receptores alfa 1. Antagoniza receptores 5HT<sub>1</sub> y 5HT<sub>2</sub>. Las dosis en AP oscilan entre 15 y 45 mg al día en una sola toma. Tiene efecto ansiolítico y favorecedor del sueño por lo que debe darse por la noche. Puede aumentar el apetito y el peso, producir estreñimiento, xerostomía y somnolencia diurna. No tiene como efecto secundario la alteración en la esfera sexual.

### Inhibidor selectivo de la recaptación de la noradrenalina (NARI): *reboxetina*

Se comporta como un inhibidor selectivo de la recaptación de noradrenalina. Se tiene que usar con precaución en pacientes con enfermedad cardiovascular, hipertrofia de próstata, glaucoma y ancianos. No es de primera elección en AP.

### Fármacos antidepresivos en casos especiales

#### Adolescentes

Hasta ahora, se ha indicado la fluoxetina como el fármaco en el que el equilibrio eficacia/seguridad está más ajustado en el tratamiento para los adolescentes, sin embargo, actualmente esto está siendo revisado pues no se han encontrado diferencias evidentes entre los ISRS en los grandes estudios. Se recomienda hacer un seguimiento exhaustivo a aquellos jóvenes a los que se pautó tratamiento con fármacos antidepresivos, pues se ha sugerido que puede aumentar el riesgo de autoagresiones e ideas autolíticas, que a veces se consuman. Según la FDA, se deben programar las visitas de seguimiento semanalmente durante los cuatro primeros meses reduciendo lentamente esta frecuencia hasta llegar a un visita cada tres meses cuando el cuadro está estabilizado; además hay que educar eficazmente a las familias en el cuidado y vigilancia durante los primeros meses de tratamiento.

#### Ancianos

Es fundamental el abordaje biopsicosocial y la valoración de sus facultades físicas, habitualmente mermadas. Hay que estar alerta ante la posibilidad de suicidio pues es en este grupo etario donde la prevalencia es mayor. Frecuentemente están polimedcados, lo que dificulta la elección del tratamiento. Están indicados como primera elección los ISRS, procurando evitar la fluoxetina por su mayor vida media; se recomiendan preferentemente el citalopram, escitalopram, sertralina y venlafaxina pues tienen menos interaccio-

Tabla 22. Factores predictores de recaídas, recurrencias y cronicidad

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diagnóstico</li> <li>• Sexo femenino</li> <li>• Bipolaridad en antecedentes familiares</li> <li>• Edad &lt; 25 años o &gt; 40 años</li> <li>• Elevado número de episodios previos</li> <li>• Duración de la enfermedad</li> <li>• Gravedad del episodio</li> <li>• Recuperación lenta o incompleta del episodio</li> <li>• Tratamiento inadecuado o insuficiente</li> <li>• Patrón estacional</li> <li>• Delirios o alucinaciones</li> <li>• Consumo de tóxicos asociado</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rasgos infantiles neuróticos o fóbicos</li> <li>• Acontecimientos vitales estresantes</li> <li>• Neuroticismo, rasgos histéricos, ansiedad</li> <li>• Comorbilidad física o somática</li> <li>• Factores psicosociales</li> <li>• Ausencia de apoyo sociofamiliar</li> <li>• Actitudes disfuncionales</li> <li>• Trastornos de personalidad</li> <li>• Vulnerabilidad biológica</li> <li>• Persistencia alteraciones neuroendocrina</li> <li>• Vulnerabilidad cognitiva</li> </ul>
--	---

Tabla 23. Factores predictores de cambio de diagnóstico de depresión unipolar a bipolar

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inicio antes de los 25 años de edad</li> <li>• Historia familiar de cuadros bipolares</li> <li>• Carga familiar afectiva</li> <li>• Enfermedad bipolar en 3 generaciones sucesivas</li> <li>• Depresión posparto</li> <li>• Inicio y finalización brusca de síntomas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Retardo, y enlentecimiento psíquico hipersomnia</li> <li>• Sentimientos de culpa y autorreproche</li> <li>• Hipomanía secundaria a fármacos</li> <li>• Recurrencia del cuadro depresivo</li> <li>• Psicopatología multiforme y florida</li> <li>• Inestabilidad temperamental</li> </ul>
--	---

Tabla 24. Factores que justifican el peor pronóstico en depresiones psicóticas

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Curso más grave</li> <li>• Más recaídas</li> <li>• Sintomatología residual</li> <li>• Intentos de suicidio</li> <li>• Hospitalizaciones</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Comorbilidad</li> <li>• Dependencia económica de instituciones públicas</li> <li>• Mayor número de ingresos por patología médicas</li> </ul>
---	---

nes. Las dosis suelen ser menores y su incremento tiene que ser lento. Los ATC no se consideran de primera elección, se acumulan en los elevados depósitos grasos de los ancianos condicionando una prolongación de sus efectos. Además su metabolización está disminuida, así como el transporte mediado por proteínas plasmáticas por lo que la concentración como fármaco libre en sangre es mayor y los efectos tóxicos se incrementan notablemente, si se decide usarlos debe ser a bajas dosis y comenzando muy lentamente.

#### Embarazo y lactancia

La vivencia del embarazo bajo la desesperanza de una depresión facilita su mala aceptación, suele persistir en el periodo posparto y tiene efectos adversos sobre el recién nacido. Si la psicoterapia no es suficiente y se valora el tratamiento con fármacos, debe ser sometido a evaluación entre la mujer y el médico, midiendo riesgos

y beneficios. Los ISRS son considerados fármacos del grupo B, según la FDA. El fármaco más aconsejable es la fluoxetina, no se han demostrado efectos teratogénicos en el primer trimestre y en el último facilita que el recién nacido sufra el síndrome de retirada. Debe usarse la dosis mínima eficaz y preferiblemente monoterapia.

#### Depresión recurrente

Si se presenta una depresión recurrente, está indicado el tratamiento preventivo. Se debe mantener el mismo antidepresivo durante al menos cinco años, a las mismas dosis que en la fase aguda, a veces se debe mantener de por vida si el riesgo suicida es alto o ha habido muchas recurrencias previas.

Tabla 25. Situaciones en las que está indicada la derivación al centro de salud mental

- Cuadros depresivos con presencia de síntomas de tipo psicótico o de depresión atípica o episodio depresivo en el contexto de un trastorno bipolar. Episodios previos de manía
- Depresión con sintomatología grave (inhibición, agitación, alteraciones conductuales, reducción de la ingesta) o con marcada repercusión somática
- Riesgo elevado de suicidio. Intentos previos. Presencia de conductas parasuicidas y/o conductas de riesgo
- Depresión recurrente con recaídas o episodios frecuentes
- Falta de respuesta a un tratamiento adecuado o respuesta parcial tras 4-6 meses de tratamiento/ incumplimiento terapéutico
- Depresión y comorbilidad psiquiátrica severa (psicosis, TCA, TOC)
- Petición del paciente (tras evaluación psicopatológica por parte del médico)
- Existencia de patología orgánica grave
- Episodios depresivos en mujer gestante
- Presencia de trastornos de personalidad
- Abuso de tóxicos
- Dificultades en el diagnóstico o diagnóstico diferencial
- Valoración de ingreso psiquiátrico
- Valoración de terapia electroconvulsiva
- Cuando se requieran peritajes judiciales
- Cuando esté indicada una psicoterapia
- Presencia de síndrome confusional en paciente con depresión
- Depresión en la infancia y en la adolescencia
- Circunstancias sociales de alto riesgo (ausencia de soporte familiar)

Tabla 26. Información clínica recomendable en el proceso de derivación

- Datos de filiación. Estado civil y situación familiar actual
- Profesión y situación laboral actual
- Alergias. Consumo de alcohol y otras drogas
- Motivo de consulta
- Antecedentes psiquiátricos familiares
- Antecedentes personales
- Datos relevantes de la patobiografía del paciente
- Datos significativos de la exploración psicopatológica
- Orientación diagnóstica y/o motivo de la derivación
- Tratamientos realizados y respuesta a los mismos

## 6. Curso y pronóstico de la depresión

**Terminología del curso evolutivo de la depresión: episodio, respuesta o remisión parcial, remisión completa, recaída, recuperación, recurrencia y ciclo (fig. 2)**

**Curso:** conjunto de signos y síntomas debidos a la depresión que se presentan a lo largo de la vida. Puede ser variable.

**Episodio:** periodo de tiempo durante el que el paciente presenta los síntomas que satisfacen los criterios diagnósticos.

**Respuesta:** momento en que los síntomas mejoran a veces durante un tiempo limitado con el tratamiento, aunque persista sintomatología depresiva.

**Remisión:** momento en que la sintomatología depresiva ha desaparecido al final de la fase aguda del episodio. Aunque el estado de ánimo sea normal, se sigue considerando primer episodio hasta una duración de 6 meses.

**Recaída:** aparición de sintomatología ansiosa o el agravamiento durante el episodio.

**Recuperación:** final del episodio, cuando no hay más recaídas, hablándose entonces de curación del episodio depresivo.

**Recurrencia:** aparición de un nuevo episodio depresivo.

**Ciclo:** tiempo transcurrido entre el inicio de un episodio hasta el inicio del siguiente. Incluye un episodio y el intervalo que le sigue.

### Curso y pronóstico de las depresiones unipolares (tabla 22)

Inicio entre los 30 y 40 años y pico, máximo de incidencia entre 40 y 60 años. Número de episodios menor que en bipolares. **Enfermedad crónica.** El tratamiento de mantenimiento disminuye el número de episodios. Éstos duran entre 3 y 6 meses (algo más que en bipolares). Duran más en edades tempranas, cuando hay muchas recurrencias, si hay síntomas atípicos, rasgos neuróticos, ansiedad o enfermedades físicas. La incidencia de depresión melancólica aumenta en abril y diciembre. Tendencia individual estacional. Se recupera el 90% a los 3 años. La cronicidad sin tratamiento es de 50%. La mortalidad es más elevada que en sanos. Uno de cada 10 depresivos graves se suicida (primeros

estadios de la enfermedad). Los tratamientos biológicos y la TEC han disminuido la mortalidad. Hay elevada morbilidad de enfermedades orgánicas asociadas.

### Curso y pronóstico de las depresiones bipolares (tabla 23)

Entre el 7 y el 12% de las depresiones unipolares se transforman en una depresión bipolar tipo I (con manía) o en una depresión bipolar tipo II (con hipomanía). Este porcentaje aumenta al 29% en depresiones mayores no psicóticas y al 55% en depresiones mayores con síntomas psicóticos. El cambio es más frecuente en los primeros episodios. Debutan antes de los 50 años, habitualmente con un episodio depresivo y sólo 1 de cada 4 debuta con un cuadro maniaco súbito. Sin tratamiento el episodio maniaco puede durar semanas o meses. Presentan evolución crónica y curso recurrente con recuperaciones. Cada episodio dura una media de 3 meses. Suele haber tantos episodios depresivos como maníacos, pero unos pocos tienen sólo episodios maníacos. Con el tiempo aumenta la frecuencia de episodios y disminuye la duración de los intervalos asintomáticos. La media de episodios es de 9 a lo largo de la vida. Un 10% tiene más de 4 episodios afectivos por año y otro 10% presentan sólo episodios maníacos. Un tercio evolucionan mal, con síntomas crónicos y deterioro social manifiesto. Los episodios de la enfermedad ocupan el 20% de su vida con alteraciones escolares, laborales, conyugales y abuso de alcohol.

### Curso y pronóstico de la depresión mayor

Presenta cierta heterogeneidad. El cuadro unipolar puro no melancólico tiende a la cronicidad con síntomas residuales, comienzo y/o exacerbación por factores estresantes, respuesta breve a los tratamientos biológicos,

Tabla 27. Criterios que condicionan el éxito de una derivación a salud mental

- Buena relación médico-paciente
- Derivación necesaria (correctamente indicada)
- Adecuada forma en la derivación
- Ausencia de experiencias previas negativas en otras derivaciones
- Buena acogida por parte del equipo de Salud Mental
- Existencia de un espacio de interconsulta con el equipo de Salud Mental

Tabla 28. Recomendaciones y consejos prácticos para una correcta derivación

- No derivar en una primera visita, excepto en los supuestos urgentes
- Informar al paciente sobre el proceso de derivación (tiempo hasta la 1ª visita, tipo de visita, importancia del cumplimiento terapéutico, etc.)
- Garantizar al paciente y familiares el posterior seguimiento por nuestra parte
- Organizar alguna forma de contacto regular con Salud Mental
- Evitar informes exhaustivos en la hoja de derivación (confidencialidad y sugestionabilidad)
- Saber qué piensa el paciente sobre la derivación

influencia de la personalidad y psicopatología familiar. La cronicidad se afianza si hay bajo nivel intelectual, neuroticismo, hipocondría, dependencia o paranoia y enfermedades físicas. La vejez no empeora el pronóstico.

### Curso y pronóstico de la depresión psicótica (tabla 24)

Los síntomas psicóticos pueden ir disminuyendo con el tiempo. La hospitalización media es 50 a 60 días y mayor en ancianos. El pronóstico es más desfavorable, con disfunción psicossocial, peor respuesta al tratamiento, mayor cronicidad y recurrencias. El tiempo de recuperación es mayor y la sintomatología residual más grave. El primer año hay 64% de recuperación completa y a 5 años de tratamiento el 80%. En ancianos el intervalo asintomático interepisódico se acorta. Es un predictor para la aparición de un trastorno bipolar.

### Curso y pronóstico de la distimia

Su curso crónico puede presentar fluctuaciones. Puede asociarse con la depresión mayor, con otros trastornos psiquiátricos no afectivos crónicos, o con enfermedades médicas incapacitantes. El tratamiento antide-

presivo ha mejorado mucho el pronóstico de la distimia, aunque 1 de cada 4 pacientes no se recupera nunca completamente.

### Curso y pronóstico de los trastornos depresivos menores o trastornos subsindrómicos

El 50% de los pacientes mejora en 3 meses y un 25% más en unos 6 meses. El resto se cronifica en trastornos de ansiedad, trastornos depresivos o síndromes somatomorfos.

## 7. Criterios de derivación

La calidad de la atención médica a la depresión ha mejorado en los últimos años gracias, entre otros motivos, a los cambios en las actitudes de los médicos de cabecera y a la evolución en el tratamiento farmacológico. La OMS considera que la mayoría

Tabla 29. Objetivos del ingreso hospitalario del paciente depresivo

- Identificar los diferentes componentes etiológicos, incluidos los orgánicos, pero también los psicológicos y sociofamiliares
- Protección del paciente (y su entorno) frente a su ideación autolítica
- Utilización de formas más complejas de tratamiento (farmacológico, terapia electroconvulsiva u otras terapias biológicas no farmacológicas)

Tabla 30. Principales situaciones de ingreso hospitalario en pacientes deprimidos

- Riesgo claro para la vida del propio paciente (conducta suicida, rechazo de la alimentación con grave riesgo para la salud)
- Fracaso del tratamiento ambulatorio (importante deterioro funcional del paciente, familiar, laboral o social)
- Debut de episodio psicótico en el contexto de una depresión
- Enfermedad médica grave comórbida
- Terapia electroconvulsiva

de trastornos depresivos deben ser manejados por el médico de Atención Primaria, pero en el día a día nos encontramos ante situaciones en las que será preciso derivar el paciente depresivo al especialista en salud mental (tabla 25).

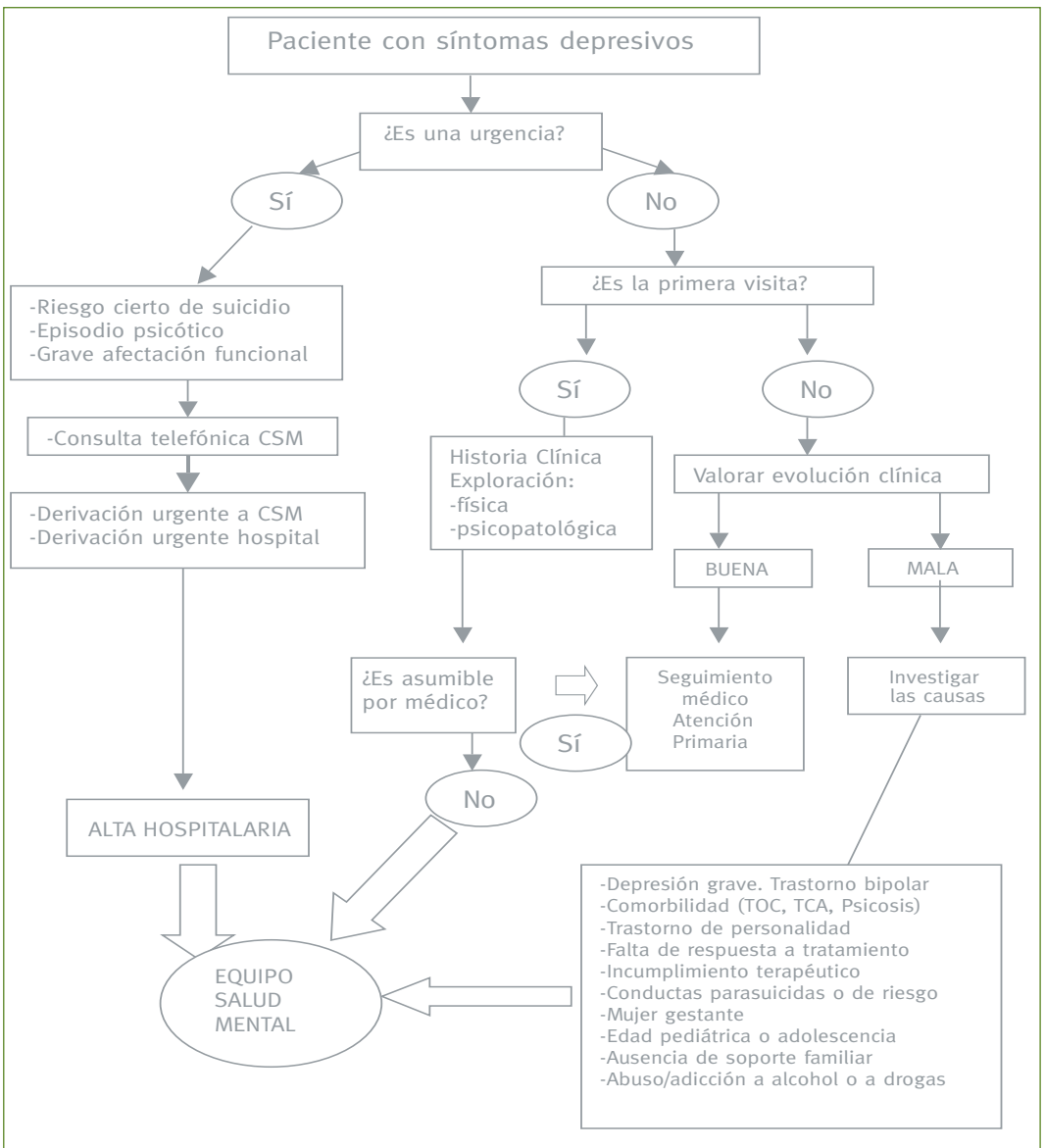
La derivación es un elemento fundamental en la comunicación entre el médico de Atención Primaria y el especialista, y debe entenderse como un proceso activo dentro del conjunto de recursos terapéuticos disponibles para abordar la depresión. Podemos distinguir básicamente dos tipos de derivación: la **urgente** y la **diferida**. Sólo en casos muy agudos o graves deberíamos derivar a salud mental después de una primera visita. En este sentido, entendemos por **urgencia psiquiátrica** aquel trastorno emocional, del pensamiento o de la conducta que requiere atención inmediata porque fundamentalmente constituye una seria amenaza para la vida del paciente o de terceras personas. Un 20-35% de dichas urgencias requiere

ingreso hospitalario. Cuando detectemos una idea de suicidio seria, organizada o reiterada, se efectuará sin demora la derivación del paciente a los servicios de salud mental para su tratamiento y eventual ingreso.

En el resto de situaciones, es conveniente que el médico de familia visite alguna vez más al paciente y, en función de la evolución y respuesta al tratamiento, valore la necesidad o no de derivación. Un paso previo –muy recomendable– a la derivación, es la consulta directa al especialista.

La información escrita dirigida al psiquiatra incluirá un resumen de los datos médicos más relevantes, el motivo de consulta y los tratamientos seguidos (tabla 26). Aunque una hoja de derivación es suficiente, conviene evitar informes exhaustivos,

**Algoritmo de decisión ante un paciente depresivo**



siendo recomendable la comunicación personal con el especialista, con lo que salvaguardamos la confidencialidad y evitamos los posibles efectos nocivos que puede acarrear la lectura del informe por el paciente o por personas distintas al destinatario (tablas 27 y 28).

La relación del médico de familia con el paciente debe mantenerse pese a la derivación, ya que ésta sólo pretende mejorar su estado de salud y constituirse en una forma de prevención secundaria. Así, convendrá seguir la evolución del paciente entre las visitas de éste al psiquiatra con el fin de asegurar el buen cumplimiento terapéutico y atender a las posibles complicaciones médicas o psiquiátricas o a cualquier circunstancia que implique una merma en su estado de salud.

Cuando derivemos a un paciente depresivo al especialista, deberemos evitar que aquél piense que estamos eludiendo una responsabilidad. La mejor forma de conseguirlo, sin perder su confianza, es informarle desarrollando nuestras dotes empáticas y asertivas.

Los trastornos psicóticos, los trastornos mentales orgánicos y los trastornos de personalidad se remiten casi en su totalidad a la consulta del especialista, mientras que la mayoría de los trastornos depresivos y de ansiedad debieran permanecer en Atención Primaria.

En los trastornos afectivos las recaídas están con frecuencia asociadas a la presencia de acontecimientos vitales estresantes o a la ausencia de apoyo psicosocial. Alcanzados determinados niveles de gravedad, se precisa el **ingreso hospitalario**, con el que se puede perseguir distintos fines (tabla 29).

Corresponde al médico valorar el potencial suicida por medio de una historia clínica completa y una exploración psicopatológica minuciosa, destacando los síntomas depresivos, pensamientos suicidas, propósitos, planes y tentativas previas. Un importante aspecto a considerar es la existencia de abuso de alcohol u otras drogas, ya que ensombrece el pronóstico y dificulta su tratamiento. Cuando el potencial suicida es elevado, se impone la evaluación por el psiquiatra y la eventual hospitalización del paciente (tabla 30). La verdadera prevención del suicidio se consigue mejorando el diagnóstico y el tratamiento de cualquier forma de depresión.

El manejo del episodio maniaco y de la descompensación del trastorno bipolar siempre corresponde al especialista, por las peculiaridades clínicas y del tratamiento de estos pacientes, por tratarse de tratamientos a largo plazo y por la posibilidad de necesitar ingreso hospitalario. Ante la sospecha de una ciclotimia está indicada la interconsulta para valoración por el especialista con el fin de establecer el diagnóstico y el tratamiento adecuados.

Derivar no significa desentenderse del paciente y su familia. El médico de Atención Primaria seguirá siendo el referente para aquellas situaciones clínicas derivadas bien sea del trastorno mental y de su tratamiento (deberá conocer y detectar los efectos adversos y los signos de sobredosificación), bien de otras contingencias médicas que puedan motivar que el paciente o sus familiares nos consulten.

## Lectura recomendada

### Manifestaciones clínicas

- Carrasco Perera JL, Díaz-Marsá M. Trastorno mixto ansioso depresivo. Monografías en Medicina Clínica 2003; 4:17-21.
- Díaz A, de Iceta M. Trastornos del estado de ánimo. Manual del residente de psiquiatría. Madrid: Litofinter SA; 1997;1031-1062.
- DSM-IV-TR: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson SA. 2002.
- Grunebaum MF, Galfalvy HC, Oquendo MA, Burke AK, Mann JJ. Melancholia and the probability and lethality of suicide attempts. The British Journal of Psychiatry 2004; 184: 534-535.
- Grupo de trabajo de Depresión de la semFYC. Recomendaciones semFYC. Depresión. Barcelona: Edide 2001.
- Hallfors DD, Waller MW, Bauer D, Ford CA, Halpern CT. Which comes first in adolescence-sex and drugs or depression? Am J Prev Med. 2005; 29(3):163-70.
- ICD-10. International Classification of Mental and Behavioural Disorders. Clinical descriptions and diagnostic guidelines. Geneva: World Health Organization; 1992.
- Kessler RC, McGonagle KA, Nelson CB, Hughes M, Swartz M, Blazer DG. Sex and depression in the National Comorbidity Survey. II: Cohort effects. J Affect Disord 1994;30:15-26.
- Lorente M, Toquero F. Guía de la Buena Práctica Clínica en el Abordaje de Situaciones de Violencia de Género.
- Morán González P. Trastornos depresivos. Modulo Salud Mental I. Cursos a distancia 300 horas. Barcelona: Semfyc-SEMERGEN; 2000;55-84.
- Polewka A, Chrostek Maj J, Kamenczak A, Groszek B, Bolechala F. Committed suicide in the background of the history of previous suicide attempts. A 5 year prospective study of suicide attempts. Przegł Lek 2005;62(6):419-421.
- Polewka A, Chrostek Maj J, Kroch S, Szkolnicka B, Mikolaszek-Boba M, Groszek B, Zieba A. Risk factors for suicide attempts in elderly and old elderly patients. Przegł Lek. 2004;61(4):274-277.
- Quintanilla M, Andrade C, Paniagua MG: ¿Cuál es la actitud del médico de atención primaria frente a un paciente con ideas de muerte?. Psiquiatría de cabecera. Madrid: Grupo Aula Médica SL, 2003;505-508.



- Rojo Rodes E, Cirera Costa E, editores. Intercosulta psiquiátrica. Barcelona: Biblio stm, 1997.
- Roy-Byrne PP, Generalized anxiety and mixed anxiety-depression: association with disability and health care utilization. *J Clin Psychiatry* 1996; 57 (Suppl 7):86-91.
- Sánchez-Froilán S. La disfunción eréctil y otros trastornos sexuales en la consulta del médico de familia: ¡asumamos nuestro compromiso! *Semergen* 2003;29-5:227-229.
- Stein MB, Kira P, Prabhu V, Grott M, Terepa M. Mixed anxiety-depression in a primary-care clinic. *J Affect Disord* 1995;34:79-84.
- Vázquez-Barquero JL, editor. *Psiquiatría en Atención Primaria*. Madrid: Aula Médica; 1998.

## Diagnóstico diferencial

- Carrasco Perera JL, Díaz-Marsá M. Trastorno mixto ansioso depresivo. *Monografías en Medicina Clínica* 2003;4:17-21.
- Derouesne C, Lacomblez L. Depression and dementia. *Psychol Neuropsychiatr Vieil*. 2004; 2 Suppl 1:535-42.
- Díaz A, de Iceta M. Trastornos del estado de ánimo. *Manual del residente de psiquiatría*. Madrid: Litofinter SA; 1997;1031-1062.
- DSM-IV-TR: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson SA. 2002.
- Grupo de trabajo de Depresión de la semFYC. Recomendaciones semFYC. Depresión. Barcelona: Edide; 2001.
- Halbreich U. Major depression is not a diagnosis, it is a departure point to differential diagnosis-clinical and hormonal considerations (A commentary and elaboration on Antonejevic's paper). *Psychoneuroendocrinology*. 2005 Oct 19; (En prensa).
- Hamilton M. The clinical distinction between anxiety and depression. *Br J Psychopharmacol* 1983;15:1655-1695.
- ICD-10. International Classification of Mental and Behavioural Disorders. Clinical descriptions and diagnostic guidelines. Geneva: World Health Organization; 1992.
- Kaplan HI, Sadock BJ, editors. *Sinopsis de psiquiatría*. 8ª ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana, 1999.
- Landes AM, Sperry SD, Strauss ME. Prevalence of apathy, dysphoria, and depression in relation to dementia severity in Alzheimer's disease. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 2005;17(3):342-349.
- Morán González P. Trastornos depresivos. *Modulo Salud Mental I. Cursos a distancia 300 horas*. Barcelona: Semfyc-SEMERGEN; 2000;55-84.
- Rojo Rodes E, Cirera Costa E, editores. Intercosulta psiquiátrica. Barcelona: Biblio stm, 1997.
- Sánchez-Froilán S. Salud mental en los ancianos. *Modulo Salud Mental II. Cursos a distancia 300 horas*. Barcelona: Semfyc-SEMERGEN; 2000;45-64.
- Stein MB, Kira P, Prabhu V, Grott M, Terepa M. Mixed anxiety-depression in a primary-care clinic. *J Affect Disord* 1995;34:79-84.
- Vázquez-Barquero JL, editor. *Psiquiatría en atención primaria*. Madrid: Aula Médica; 1998.

## Tratamiento de la depresión en Atención Primaria

- Asiel Rodríguez A, Fernández Liria A, González Aguado F. Trastornos depresivos en *Medicine* 2004;9(23):1451-1460.
- Asiel Rodríguez A, Ortiz Sánchez D, González Aguado F. Actualización sobre el tratamiento de la depresión. *FMC* 2005;12(8):566-573.
- Aspectos básicos de Salud mental en Atención Primaria. Ed. Fernández Rodríguez LJ, Trtta, Madrid 1999.
- Borrell F, Caterina Bargalló M. Trastornos de Salud Mental, en Atención Primaria. Conceptos, organización y práctica clínica. Ed.A. Martín Zurro, Cano Pérez JF . Elsevier España S.A, 2003.
- Cheung AH, Emslie GJ, Mayes TL. Review of the efficacy and safety of antidepressants in youth depression. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 46:7(2005);735-754.
- Cipriani A, Barbui C. Suicide, depression and antidepressants, *BMJ* 2005;330:374-375.
- Claxton Ami, Erick de klerk MD, Parry M, Robinson JM, Schmidt E. Patient compliance to a new enteric-coated weekly formulation of fluoxetine during continuation treatment of major depressive disorder. *J Clin Psychiatry* December 2000;61:12.
- Cohen NL, Parick SV, Kennedy SH. Medication compliance in mood disorders: Relevance of Healt Brief Model and other determinants. *Primary Care Psychiatry* 2000;6(3)101-110.
- Demytenaree K. Noncompliance with antidepressants: who's the blame? *Int Clin Psychopharmacology* 1998;13 (suppl2):S19-S25.
- Depresión. Documentos SEMFYC. Edide editorial. 2001.
- Ellis PM, Smith DAR. Treating depression: The beyondblue guidelines for treating depression in primary care: "Not so much what you do but that you keep doing it". *Med.J.Australia*, 2002;176:77-83.
- Fergusson D, Doucette S, Cranley Glass K, Shapiro S, Healy D. Association between suicide attempts and selective serotonin reuptake inhibitors: systematic review of randomised controlled trails. *BMJ* 2005;330:1-7.
- González Correales R. Psicoterapia de apoyo: un enfoque cognitivo, en *Cursos a distancia*. SEMFYC/SEMERGEN . Ediciones SL 2000.
- Guía de los trastornos mentales en Atención Primaria. Ed. Chamorro García L. Ars Medica, Barcelona 2002.

- Hemels ME, Einarson A, Koren G, Lanctot KL, Einarson TR. Antidepressant use during pregnancy and the rates of spontaneous abortions: a meta-analysis. *Ann Pharmacother.* 2005 may;39(5):803-809.
- Jefferson J. Patient compliance in depression. *Am J of Managed Care* 2000;6:(2 suppl);31-38.
- Jick H, Kaye JA, Jick SS. Antidepressants and the risk of suicidal behaviors. *JAMA* 2004 Jul 21;292(3):338-343.
- Jones R. Managing depression in primary care. *BMJ* 2005;330:800-801.
- Kalra S, Einarson A, Koren G, Motherisk Team. Taking antidepressants during late pregnancy. How should we advise women? *Can Fam Physician.* 2005 Aug;51:1077-1078.
- Kaplan H, Sadock B. Mood Disorders, en *Pocket handbook of Primary Care Psychiatry*. Ed Williams & Williams 1996.
- Leon Ac, Keller MB, Warshaw MG, Mueller TI, Solomon DA, Coryell W, et al. Prospective study of fluoxetine treatment and suicidal behavior in affectively ill subjects. *Am J Psychiatry* 1999 Feb;156(2):195-201.
- Pampallona S, Bollini P, Tibaldi G, Kupelnick B, Munizza C. Patient adherence in the treatment of depression. *British Journal of Psychiatry* (2002);180:104-109.
- Paykel ES. Psicoterapia, medication combinations and compliance. *J.Clin. Psychiatry* 1995;56.Suppl 1:24-30.
- Priest RG, Vize C, Roberts A. Lay people attitudes to treatment of depression: results of opinion poll for Defeat Depression Campaign just before its launch. *BMJ* 1996;313:858-859.
- Robert M, Hirschfeld MD, Tracie S. Trastornos afectivos: tratamiento psicosocial, en *Tratado de Psiquiatría*, 2ª ed. Kaplan H, Sadock BJ.
- Robinson WD, Geske JA, Prest LA, Barnacle R. Depression treatment in primary care. *J. Board Fam Pract.* Am 2005 Mar-Apr;18(2):79-86.
- Ryan D, Milis J, Misri N. Depression during pregnancy. *Can Fam Physician.* 2005 Aug;51:1087-1093.
- Stahl SM. Depresión y trastornos bipolares, en *Psicofarmacología esencial. Bases neurocientíficas y aplicaciones clínicas*. 2ª ed. Ariel. Neurociencia 2000.
- Trastornos de ansiedad y trastornos depresivos en Atención Primaria. Ed. Bobes García J, Bousño García M, González García-Portilla MP, Sáiz Martínez PA. Masson 2001.
- Villalva Quintana E, Alises Valdeomar R, Urretavizcaya M, Caballero L, Cuesta L. Libro blanco en depresión. Uso y seguimiento del tratamiento con antidepresivos en España. *Scientific Communication Management SL* 2003.
- Walker A, Katon EJ, Russo J, Von Korff M, Lin E et al. Predictors of outcome in a primary care depression trial. *J Gen Intern Med.* 2000 Dec;15(12):894-895.
- Weilburg JB, Leary KM, Meigs JB, Hennen J, Stafford RS. Evaluation of the adequacy of outpatient antidepressant treatment. *Psychiatr Serv.* 2003 Sep;54(9):1233-1239.

## Criterios de derivación

- Aspectos básicos de Salud Mental en Atención Primaria. Ed. Fernández Rodríguez LJ, Trtta, Madrid.
- Benítez Moreno JM. Algoritmos prácticos de decisión en salud mental en Atención Primaria (2): situaciones crónicas. Zamorano Bayarri E. (coordinador). SEMERGEN-IM&C, Madrid 2004.1999.
- Bris Orche JM (coordinador) Depresión en la mujer. SCM 1ª edición. Madrid 2001.
- Gil Gregorio P, Martín Carrasco M (coordinadores). Guía de buena práctica clínica en geriatría. Depresión y ansiedad. Sociedad Española de Geriatría y Gerontología. SCM Madrid 2004;49-65.
- Martín-Águeda B, López-Muñoz F, Rubio G, Guerra JA, Silva A. Management of depression in primary care: a survey of general practitioners in Spain. *Gen Hosp Psychiatry.* 2005 Sep-Oct;27(5):305-12.
- Morán González P, Benítez Moreno JM. Alteraciones mentales: Depresión. En *Curso Científico "De los signos y síntomas a la decisión clínica"*, módulo 5;29-55. *Hosp Psychiatry.* 2005 Sep-Oct;27(5):305-12.
- Vallejo Ruiloba J. Introducción a la psicopatología y la psiquiatría. 299-309. Masson, 4ª ed. Barcelona, 1998.
- Vallejo Ruiloba J. Psiquiatría en Atención Primaria. *Ars Médica.* Barcelona, 2005;324-333.
- Vázquez-Barquero JL (editor) Psiquiatría en atención primaria. Biblioteca Aula Médica. Madrid 1998.
- Zamorano Bayarri E. Algoritmos prácticos de decisión en salud mental en Atención Primaria (1): situaciones de urgencias. SEMERGEN-IM&C, Madrid 2004.

# Ansiedad

José Manuel Benítez Moreno  
Rafael Casquero Ruiz  
Silvia López Chamón  
Pablo Panero Hidalgo  
Rosa M. Pont Dalmau  
Enrique Zamorano Bayarri

## 1. Ansiedad normal y patológica

La ansiedad es la expresión de un estado emocional (emoción, de *emovere*, agitar) en el que el sujeto se siente inquieto, tenso, en estado de alerta excesiva, atemorizado o con una profunda preocupación por cuestiones concretas, aunque en ocasiones no sabe identificar cuál es la causa de su desazón.

Estas sensaciones se experimentan a nivel psíquico (ansiedad, propiamente dicha), pero también tienen su expresión corporal, con un variado cortejo de síntomas somáticos (angustia). Aunque se suele hablar indistintamente de ansiedad y de angustia, esta última suele referirse a aquella ansiedad con un claro predominio de sensaciones somáticas.

La **ansiedad normal** es una emoción con valor adaptativo que actúa como un sistema de advertencia, alertando al individuo sobre la necesidad de actuar. En condiciones normales surge ante situaciones que implican una amenaza o un desafío para el individuo. Así, las exigencias de la vida cotidiana generan cierto grado de ansiedad, constituyendo un mecanismo de adaptación que permite mejorar el rendimiento en las tareas o situaciones que se debe afrontar. Eso es así siempre que no se supere unos límites de intensidad y de duración (Ley de Yerkes-Dobson), porque de lo contrario hablamos de la **ansiedad patológica**, que interfiere de forma muy negativa en el funcionamiento normal del individuo, desembocando en un estado de desadaptación.

Lo que determina que la ansiedad sea patológica es básicamente su intensidad o su duración más allá de lo comprensible\*.

\*(Comprensible, en psicopatología, significa que cualquiera sentiría algo parecido en las mismas circunstancias).

El **miedo** es una reacción normal frente a peligros o amenazas procedentes del exterior, es decir, el miedo es una reacción comprensible ante un objeto externo identificable. La ansiedad y la angustia patológicas son reacciones aparentemente inmotivadas (anobjetales o sin objeto reconocible), la experiencia de un miedo indefinido, por lo común independiente de las circunstancias objetivas externas.

La experiencia de sentir ansiedad tiene dos componentes: la conciencia de las sensaciones somáticas (efectos motores y viscerales) y la conciencia de estar nervioso o asustado. Todo ello precipita un estado de confusión y distorsión en la percepción de personas y significados de los sucesos. El sentimiento de vergüenza porque otros puedan percatarse suele agravar la ansiedad, entrando en un círculo vicioso de difícil solución.

La sintomatología alcanza la categoría de trastorno sólo cuando objetivamente se aprecia que interfiere de forma significativa en la vida familiar, social, laboral o académica de quien la padece.

Fuentes de ansiedad (tabla 31):

a) **ANSIEDAD NORMAL**: defensa ante un estímulo amenazante real, siempre es adaptativa y adecuada en grado y tiempo al estímulo que la provoca; no interfiere significativamente la capacidad de respuesta del sujeto.

Las siguientes son formas de ansiedad patológica:

b) **ANSIEDAD NEURÓTICA**: la fuente de ansiedad es un peligro psíquico inconsciente (desconocido para el Yo), que se manifiesta en forma de síntomas neuróticos. El rasgo nuclear de la personalidad neurótica es la inseguridad. Pánico que sufre el sujeto ante la posibilidad de dejar de existir.

**Tabla 31. Diferencias entre ansiedad normal y patológica**

	<b>MIEDO</b>	<b>ANSIEDAD NORMAL</b>	<b>ANSIEDAD PATOLÓGICA</b>
Desencadenante	Externo (amenaza real)	Externo (retos de la vida cotidiana)	Interno (anobjetal)
Función	Defensiva	Adaptativa	Desadaptativa
Duración	Adecuada	Adecuada	Desproporcionada
Plano de afectación	Psíquico +++ Somático ++	Psíquico ++ Somático +	Psíquico +++ Somático +++
Rendimiento	Afectado	Mejora	Disminuye
Intensidad	En función del estímulo	Leve	Profunda y persistente

c) **ANSIEDAD PSICÓTICA:** miedo a la disolución del Yo. Ansiedad relacionada con las vivencias propias de las fases productivas (alucinaciones o delirios).

La **despersonalización y la desrealización** son síntomas relativamente frecuentes en la ansiedad patológica de cualquier naturaleza.

En la clínica habitual, la ansiedad puede ser **primaria** (cualquiera de las categorías diagnósticas incluidas como trastornos de ansiedad, en el DSM-IV-TR y en la CIE-10), o **secundaria**, esto es, aquella ansiedad que acompaña a multitud de otros cuadros psiquiátricos o enfermedades médicas (ansiedad como síntoma o como síndrome).

Hay rasgos de personalidad que se asocian a una mayor vulnerabilidad a la sintomatología ansiosa, y no es extraño que a su vez tales personas se constituyan en estímulos ansiógenos para quienes les rodean.

La prevalencia de los trastornos de ansiedad en la población general es de un 5% (1,5% crisis de angustia; 3-4% ansiedad generalizada), sin embargo en muestras de pacientes que acuden a las consultas de Atención Primaria la cifra oscila alrededor del 20%. Las mujeres son más proclives a padecer el trastorno (2:1), siendo la edad media de aparición los 25-30 años.

En la práctica médica es frecuente que los síntomas somáticos prevalezcan, motiven la consulta y hagan difícil al paciente admitir el origen psíquico de su enfermedad.

**Ansiedad-estado:** síntomas ansiosos en respuesta a circunstancias desencadenantes. La ansiedad aparece en un momento dado y no se debe a una tendencia habitual del paciente.

**Ansiedad-rasgo:** tendencia permanente de la persona a vivir ansiosa. (Personalidades ansiosas con algunas de las siguientes características: baja tolerancia a la frustración, marcado neuroticismo, rasgos de inmadurez psíquica, excesiva meticulosidad, alto nivel de autoexigencia, etc.)

Factores de riesgo para presentar ansiedad patológica:

- Peligros y amenazas para la salud (relación importante entre trastornos de ansiedad y enfermedades somáticas)
- Precariedad laboral. Dificultades económicas
- Dificultades interpersonales
- Proyecto vital no cumplido o carencia del mismo

- Pérdida temprana o separación de los padres
- Adversidad social crónica
- Acontecimientos vitales desfavorables (*life events*)

## 2. Tipos de ansiedad patológica

**Ansiedad patológica primaria:** la ansiedad es el fenómeno principal del cuadro clínico y no existe ningún trastorno orgánico o psicopatológico subyacente.



**Ansiedad patológica secundaria:** son muy numerosas las enfermedades orgánicas, los trastornos psiquiátricos y las dietas y medicamentos que pueden ocasionar un cuadro clínico superponible a los trastornos de ansiedad patológica primaria, por tanto es importante prestar atención a estas posibilidades ante un cuadro clínico de ansiedad.

### Tipos de ansiedad patológica primaria

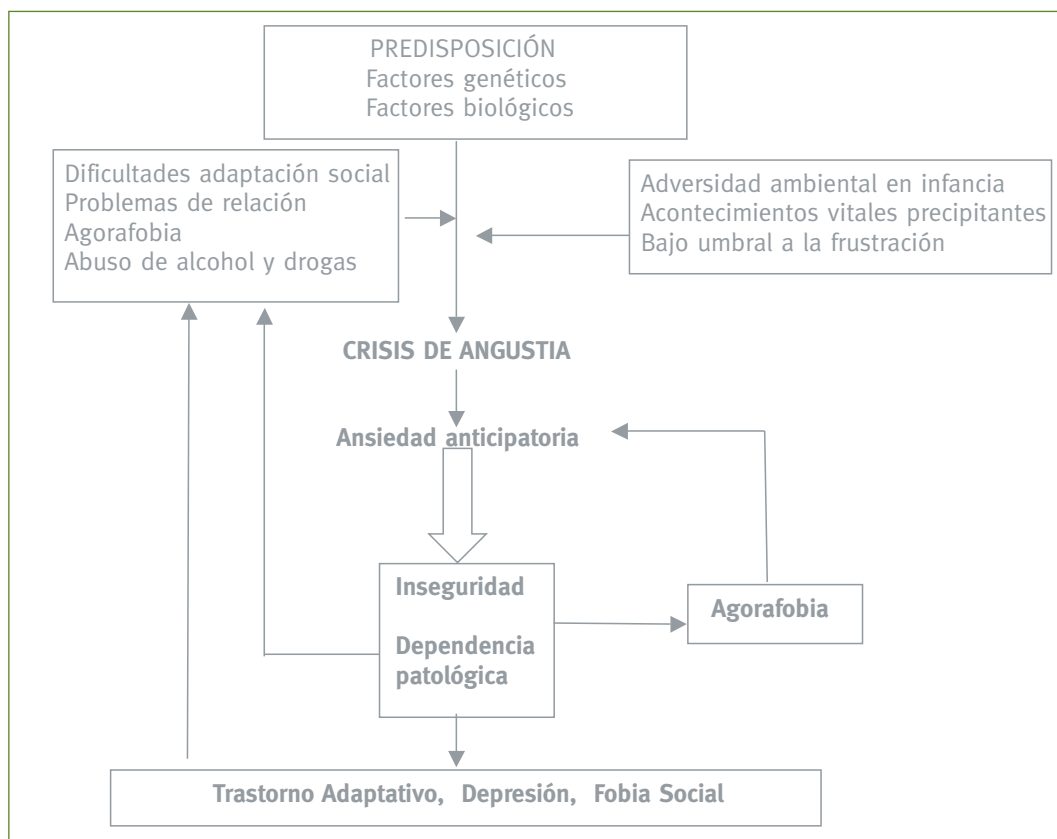
En la etiología de los trastornos de ansiedad, aunque no es completamente conocida, todos los estudios coinciden en que influyen factores genéticos, factores de aprendizaje y factores estresantes o desencadenantes de ansiedad.

De la importancia y de la interacción de estos componentes podemos clasificar la ansiedad patológica primaria en:

**Exógena:** Si existe una causa externa desencadenante, sería una prolongación



### Algoritmo. Factores que pueden precipitar el trastorno por angustia y sus posibles consecuencias



patológica de la ansiedad normal favorecida por la existencia de una predisposición –vulnerabilidad genética. Los tipos de ansiedad (según criterios DSM-IV TR) que más se asocian a este grupo serían los trastornos por estrés postraumático y los trastornos adaptativos.

**Endógena:** Cuando no hay una causa desencadenante y, por tanto, la ansiedad es debida a factores constitucionales o propios del sujeto. Los tipos de ansiedad que más se asocian a este grupo (según criterios DSM-IV TR) serían los trastornos de ansiedad generalizada, los trastornos obsesivo-compulsivos y las crisis de angustia o trastornos de angustia. En este tipo de ansiedad se ha podido demostrar un claro componente hereditario especialmente en los trastornos de angustia.

Esta predisposición biológica estaría determinada por la hipersensibilidad de algunas estructuras cerebrales o la acción de neurotransmisores y otras sustancias que serían los sustratos neuroanatómicos y neuroquímicos responsables de la aparición de la clínica de la ansiedad.

El sustrato neuroanatómico estaría básicamente formado por el tálamo encargado de procesar la información sensorial y transmitirla a los núcleos basales y basolaterales y posteriormente al núcleo central de la amígdala que es la encargada a través de sus múltiples eferencias principalmente hacia el hipocampo y el hipotálamo de producir las respuestas de ansiedad y miedo. Por ejemplo, estas eferencias al hipocampo

lateral activan el sistema simpático produciendo taquicardia, palidez y elevación de la tensión arterial o las eferencias al núcleo parabraquial inducen la hiperventilación y la disnea que acompañan al miedo. Se ha observado la participación de la amígdala en seres humanos normales a través de imágenes de resonancia magnética nuclear (RMN) cuando se les mostraban imágenes de rostros amenazadores.

El sustrato neuroquímico estaría formado por un importante número de neurotransmisores algunos aún poco conocidos que intervienen en la ansiedad. Los que se consideran más importantes son el GABA, la noradrenalina, la serotonina, la hormona liberadora de corticotropina (CRH) y la colecistoquinina y en menor grado también la dopamina, el neuropeptido Y y la acetilcolina. Un ejemplo, interesante es el papel de la hormona liberadora de corticotropina producida y liberada por el núcleo paraventricular del hipotálamo por efecto de estimulación por el núcleo central de la amígdala, activa el eje hipotálamo-hipófisis-adrenal desencadenando una cascada hormonal cuya consecuencia es la liberación de corticoides por la corteza suprarrenal. Los glucocorticoides llegan al cerebro donde pueden

causar determinadas lesiones especialmente a nivel de las células piramidales del hipocampo por producir primero disminución del árbol dendrítico y posterior muerte neuronal en pacientes con trastornos de ansiedad. Se ha visualizado por RMN una disminución del tamaño del hipocampo en estos pacientes, también se ha demostrado esta atrofia en animales sujetos a estrés crónico. Esta alteración se ha considera sería la responsable del déficit de memoria declarativa que se encuentran en estos pacientes.

La clasificación de la ansiedad en endógena-exógena, aunque no siempre tenga unos límites claramente definidos, tiene especial utilidad a la hora de tomar decisiones en el campo terapéutico, ya que la ansiedad endógena suele requerir abordajes generalmente mixtos: farmacológicos y psicoterápicos mientras que la exógena debe abordarse con un planteamiento esencialmente ambiental y quizás con breve apoyos farmacológicos y/o psicoterápicos.

### 3. Clínica de la ansiedad

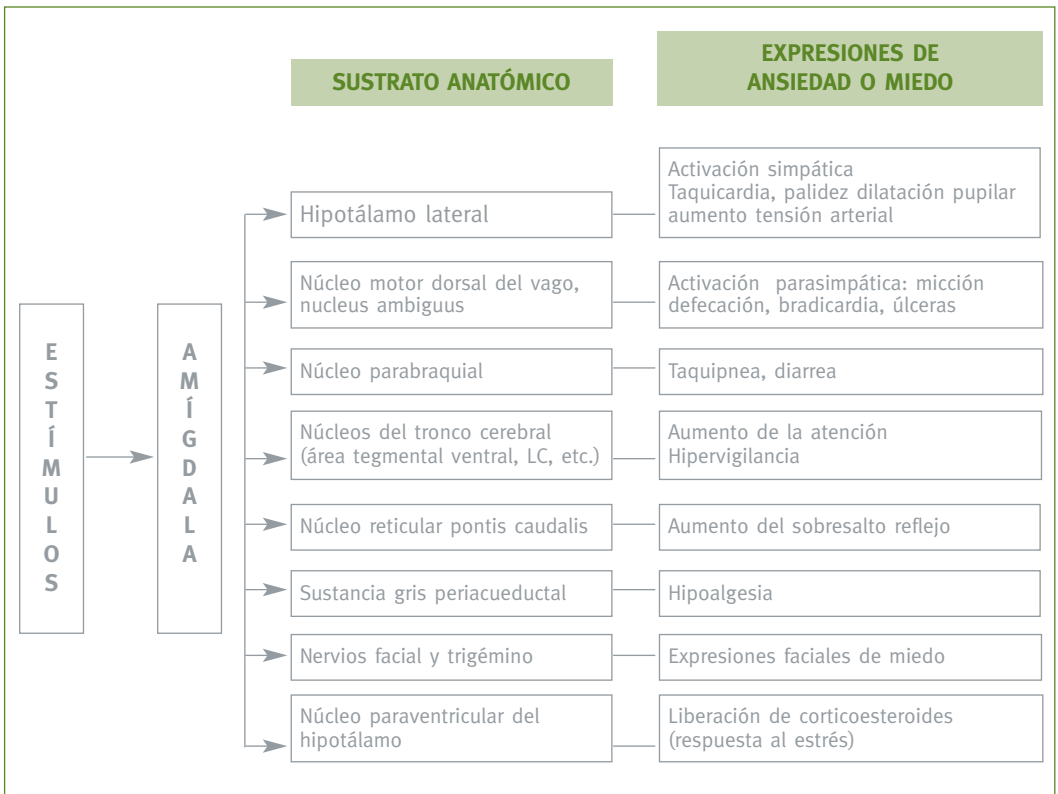
La **ansiedad** es la emoción más común y universal. Desde una perspectiva fenomenológica, la ansiedad corresponde a una emoción, se trata de un estado afectivo de presentación habitualmente aguda, producto muchas veces de un estímulo externo y acompañado de un correlato psicofisiológico manifiesto y evidente. La ansiedad es propia de un modo de vivir rápido, fugaz, dirigido al futuro. En cambio, en la angustia el miedo se siente respecto de algo, surge en medio de lo inexplicable,

donde el peligro es vago e indefinido; esto angustia más, hay incertidumbre y se llega a desear el peligro como realidad palpable.

La presencia del síntoma, o mejor de los síntomas de angustia o ansiedad, ya de por sí solapados, deben llevar al médico a indagar sobre la presencia, además de un “síndrome completo”. Para aceptar su existencia, además del síntoma fundamental deben existir al menos dos manifestaciones de las siguientes áreas:

- **Tensión motora:** Descrita u observada como incapacidad para relajarse, inquietud o agitación motriz, temblor, fatiga o dolores musculares.
- **Hiperactividad neurovegetativa:** Palpitaciones, taquicardia, taquipnea o sensación de falta de aire, sudoración, mareos, molestias abdominales, sequedad de boca, diarrea, etc.
- **Hipervigilancia:** Insomnio habitualmente de conciliación con un sueño superficial y frecuentes pesadillas, sobresaltos, irritabilidad, distraibilidad.

Este síndrome puede tener diferentes grados de intensidad, pudiendo manifestarse incluso de forma paroxística en crisis. La existencia del síntoma y del síndrome completo de ansiedad/angustia vividos psicológicamente, pero también a nivel corporal, son requisito indispensable para considerar la entidad nosológica trastorno de ansiedad. Además debe tratarse de un trastorno



primario y no secundario a cuadros orgánicos (delirium, etc.) o psíquicos (depresión mayor, distimia, abuso de sustancias, etc.). Sería un trastorno no explicable biológicamente ni totalmente comprensible psicológicamente (la ansiedad que antecede eventos estresantes puede ser normal y comprensible). Por último, la sintomatología debe alcanzar un grado de afectación o incapacidad para el enfermo con significación clínica, al menos una afectación de su calidad de vida.

En una tercera parte de los trastornos de ansiedad atendidos en Atención Primaria, se presentan como formas “somatizadas”, donde el enfermo atribuye sus manifestaciones clínicas a una enfermedad médica orgánica. Esta forma fue inicialmente definida por Bridges y Goldberg. Esto ha supuesto que durante años se hayan realizado diagnósticos como corazón irritable, agotamiento nervioso, taquicardia nerviosa, etc.

Los síntomas que pueden aparecer durante un trastorno de ansiedad, van a consistir en:

1. **Síntomas subjetivos, cognitivos o de pensamiento:** Estarían formados por preocupación excesiva, susceptibilidad, inseguridad, dificultad para conciliar el sueño, irritabilidad, aprensión, pensamientos negativos (inferioridad, incapacidad), rumiación, anticipación de peligro o amenaza, dificultad de concentración, de atención y de memoria (motivando descuidos y olvidos frecuentes), dificultad para la toma de decisiones, desrealización (sensación subjetiva que el entorno es extraño o irreal), despersonalización (sensación subjetiva de irrealidad, extrañeza o falta de familiaridad con uno mismo), sensación de perder el control, de volverse loco o miedo a morir.
2. **Síntomas conductuales:** Se trata de una serie de manifestaciones clínicas de la ansiedad que pueden ser observadas por los demás (objetivables) al tener repercusiones directas sobre la conducta del sujeto: hiperactividad, impulsividad, y movimientos repetitivos (restregarse las manos, alisarse el cabello, etc.). En otras ocasiones, se produce lo contrario, con inhibición, paralización motora, tartamudeo u otras dificultades de expresión verbal (en otros casos verborrea), conductas de evitación. Como consecuencia se producen con cierta frecuencia problemas de comunicación con los demás, debido a la inseguridad y pérdida de control en el plano psíquico. A esto se añade la dificultad que presentan para expresar sus sentimientos y el temor a no ser comprendido por los demás. Aunque es cierto que, en otras ocasiones, el ansioso se refugia en los demás, desarrollando una clara dependencia, intentando encontrar en el exterior la seguridad que le falta. Estos síntomas vienen acompañados de cambios en la expresividad y el lenguaje corporal: posturas cerradas, rigidez, movimientos torpes de manos y brazos, tensión de las mandíbulas, cambios en la voz, expresión facial de asombro, duda o crispación, etc.
3. **Síntomas somáticos:** Estaría provocados por un estado anómalo de hipervigilancia (arousal), que actuaría sobre el sistema nervioso central y periférico, provocando una activación, así como el sistema endocrino, dando lugar a cambios hormonales.

Pueden ser:

- **CARDIOVASCULARES:** Palpitaciones, taquicardia, hipertensión arterial, dolor precordial, extrasístoles.
- **RESPIRATORIOS:** Disnea, taquipnea, opresión torácica, suspiros, espasmos faríngeos, tos nerviosa.
- **GASTROINTESTINALES:** Náuseas, vómitos, diarreas, estreñimiento, aerofagia, molestias digestivas inespecíficas, pirosis, alteraciones en la alimentación, nudo esofágico.
- **GENITOURINARIOS:** Poliuria, urgencia miccional, enuresis, eyaculación precoz, frigidez, impotencia, amenorrea, menorragia.
- **NEUROMUSCULARES:** Tensión muscular, temblor, hormigueo, cefalea tensional, fatiga excesiva, alteraciones sensoriales, dolores, rechinar de dientes, voz inestable.
- **NEUROVEGETATIVOS:** Sequedad de boca, midriasis, mareos, sudoración excesiva, sofocos, visión borrosa, zumbido de oídos.

El 41% de los enfermos con un trastorno de ansiedad tiene más de un diagnóstico somático (el 59% tiene sólo uno). El médico de Atención Primaria tiene que considerar la posibilidad de un trastorno de ansiedad no sólo en los pacientes en quienes no encuentra patología somática que motive su consulta, sino también entre quienes tienen pluriopatología documentable (el tener patología somática importante es factor de riesgo para un trastorno de ansiedad). En los trastornos de ansiedad, el diagnóstico somático WONCA más frecuente (cerca de la mitad de los casos) son los “síntomas somáticos mal definidos”, que sin duda se refiere en buena parte a los “somatizadores”. Le siguen las enfermedades del aparato circulatorio, neurológico y respiratorio.

## Patrones de presentación de la ansiedad

Los síntomas clínicos de la ansiedad pueden agruparse y presentarse siguiendo distintos patrones:

### *Ansiedad flotante*

Los síntomas psíquicos y físicos de ansiedad están presentes durante gran parte del tiempo o bien emergen ante mínimos estímulos sin que estén específicamente relacionados con ningún suceso o circunstancia. Representa el patrón típico de presentación del llamado “trastorno de ansiedad generalizada”.

**Crisis de angustia**

También llamada crisis de ansiedad o ataque de angustia. Los síntomas se presentan más o menos de forma repentina, con sensación de miedo intenso y una serie de síntomas somáticos que varían según los enfermos, y que se encuentran entre los referidos anteriormente. La duración de la crisis es recordada en el tiempo y puede ser definida claramente por el enfermo. Las crisis de angustia recurrentes representan el patrón típico de presentación del “trastorno de angustia”. Frecuentemente, las personas que sufren ataques súbitos de angustia van desarrollando un temor progresivo a que se repitan; es

lo que se conoce como ansiedad anticipatoria.

**Ansiedad situacional**

La ansiedad aparece en ciertas circunstancias o situaciones, ya sea en su forma flotante o en forma de crisis. Algunos ejemplos son los espacios cerrados, multitudes, reuniones sociales, etc. El paciente reconoce estos desencadenantes y experimenta con frecuencia una ansiedad anticipatoria cuando sabe que tiene que exponerse a uno de ellos. La ansiedad situacio-

**Tabla 32. Escala de categorías de depresión de Montgomery y Asberg**

SÍNTOMAS VISTOS EN LA ANSIEDAD	SÍNTOMAS VISTOS EN LA DEPRESIÓN
Tensión interna Sueño reducido Dificultades de concentración	Tensión interna Sueño reducido Dificultades de concentración Tristeza Incapacidad para sentir Pensamientos pesimistas Apetito reducido Laxitud Pensamientos suicidas

**Tabla 33. Escala de categorías de depresión de Hamilton**

SÍNTOMAS VISTOS EN LA ANSIEDAD	SÍNTOMAS VISTOS EN LA DEPRESIÓN
Perturbación del sueño Ansiedad psíquica Ansiedad somática Agitación Alteraciones gastrointestinales Síntomas somáticos Hipocondría	Perturbación del sueño Ansiedad psíquica Ansiedad somática Agitación Alteraciones gastrointestinales Síntomas somáticos generales Hipocondría Sentimiento de depresión Culpabilidad Suicidio Retardo psicomotor Libido reducida Pérdida de peso

**Tabla 34. Escala de ansiedad de Hamilton**

SÍNTOMAS VISTOS EN LA ANSIEDAD	SÍNTOMAS VISTOS EN LA DEPRESIÓN
Sentimiento de ansiedad Tensión Temores Insomnio Intelectuales Sentimiento de depresión Síntomas somáticos (musculares) Síntomas somáticos (sensoriales) Síntomas cardiovasculares Síntomas respiratorios Síntomas gastrointestinales Síntomas genitourinarios Síntomas autonómicos Signos/comportamiento ansiosos	Tensión Insomnio Concentración difícil Sentimiento de depresión Ansiedad somática Síntomas cardiovasculares Pérdida de peso Pérdida de libido Síntomas autonómicos Agitación





nal es un elemento esencial en trastornos de ansiedad como las fobias específicas, agorafobia y trastorno de ansiedad social.

**Evitación**

Es un patrón de conducta que puede desarrollarse como consecuencia de la ansiedad, cuando el paciente relaciona la aparición de ésta con determinadas circunstancias e intenta evitarlas. Puede alcanzar grados extremos con una evitación generalizada de la mayoría de las situaciones, lo que genera una incapacidad social importante y una vida muy limitada. En ocasiones, lo lleva a quedarse prácticamente recluido en casa, sin ser capaz de salir solo de ella. En casos aún más graves, los sujetos tampoco pueden permanecer en casa si están solos, y necesitan la compañía permanente de otra persona. Las conductas de evitación pueden presentarse en distintos trastornos de ansiedad, como en el de angustia, agorafobia, trastorno de ansiedad social y fobias específicas.

Habitualmente en nuestra consulta solemos atender a pacientes con clínica ansiosa y depresiva a la vez, y es raro encontrar sintomatología ansiosa o depresiva pura. Las enfermedades se clasifican según la etiología, proceso patológico implicado o en los síntomas. Ha sido costumbre basar la separación de las enfermedades fundamentalmente por la sintomatología. Maphoter y Lewis eran partidarios de la hipótesis unitaria, mientras que el grupo de Newcastle lo son de la separación de ambas entidades basándose en la sintomatología, el curso de la enfermedad y la respuesta al tratamiento. Más recientemente se cuestiona su separación basándose en estudios donde ambas entidades se superponen (en el estudio de Zurich los pacientes con ansiedad en un 49% de los casos tenían superpuesta una depresión).

Esta superposición de síntomas podemos verla en las siguientes escalas (tablas 32, 33 y 34).

## 4. Clasificación

**Clasificación internacional de enfermedades de la OMS (10ª edición).**

**CIE-10 (oficialmente vigente en nuestro país) (tabla 35)**

Incluye los trastornos de ansiedad en el grupo de “Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos” (F 40-49), que se incluyen juntos en un grupo general debido a su relación histórica con el concepto de neurosis y porque muchos de ellos están en relación con la presencia de motivos psicológicos. Además reconoce que las formas más leves se ven principalmente en Atención Primaria y en ellas son frecuentes las mezclas de síntomas, sobre todo angustia y depresión. Diferencia los trastornos de ansiedad propiamente dichos (angustia, ansiedad generalizada, trastorno mixto ansioso-depresivo) de los trastornos de ansiedad fóbica (agorafobias, trastornos de ansiedad social, fobias específicas), el trastorno obsesivo-compulsivo, las reacciones al estrés y adaptación, los trastornos disociativos y otros trastornos neuróticos. Se crea otra categoría (trastorno mixto ansioso depresivo) que no existe en la DSM-IV TR. La agorafobia tiene un estatus independiente y no supeditado al pánico, en el contexto de ansiedad fóbica. Considera los ataques de angustia en situaciones fóbicas sin indicadores de gravedad fóbica y restringe en forma explícita el diagnóstico de trastorno de angustia a los casos sin fobia.

**Tabla 35. Clasificación de los trastornos de ansiedad**

DMS-IV TR (1995)	CIE-10 (1992)
Trastornos de angustia sin agorafobia	Trastorno de ansiedad fóbica
Trastornos de angustia con agorafobia	Agorafobia
Agorafobia sin trastorno de angustia	Trastornos de ansiedad social
Fobia específica	Fobias específicas
Trastorno de ansiedad social	Otros trastornos de ansiedad
Trastorno obsesivo compulsivo	Trastorno de pánico
Trastorno por estrés postraumático	Trastorno de ansiedad generalizada
Trastorno por estrés agudo	Trastorno mixto ansioso-depresivo
Trastorno de ansiedad generalizada	Trastorno mixto de ansiedad
Trastorno de ansiedad debido a... (indicar enfermedad médica)	Otros trastornos de ansiedad
Trastorno de ansiedad inducido por sustancias	Trastorno obsesivo-compulsivo
Trastorno de ansiedad no especificado	Reacciones estrés grave y trastornos de adaptación
	Trastornos disociativos
	Trastornos somatomorfos
	Otros trastornos neuróticos



Consta de:

- F 40 TRASTORNOS DE ANSIEDAD FÓBICA (antes llamada neurosis fóbica)
    - F 40.0 Agorafobia
    - F 40.1 Trastorno de ansiedad social
    - F 40.2 Fobias específicas (aisladas)
    - F 40.8 Otros trastornos de ansiedad fóbica
    - F 40.9 Trastornos de ansiedad fóbica sin especificación
  - F 41 OTROS TRASTORNOS DE ANSIEDAD que pueden ser:
    - F 41.0 Trastorno de angustia (ansiedad paroxística episódica)
    - F 41.1 Trastorno de ansiedad generalizada
    - F 41.2 Trastorno mixto ansioso-depresivo
    - F 41.3 Otro trastorno mixto de ansiedad
    - F 41.8 Otros trastornos de ansiedad especificados
    - F 41.9 Trastorno de ansiedad sin especificación
  - F 42 TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO:
    - F 42.0 Con predominio de pensamientos o rumiaciones obsesivas
    - F 42.1 Con predominio de actos compulsivos (rituales obsesivos)
    - F 42.2 Con mezcla de pensamientos y actos obsesivos
    - F 42.8 Otros trastornos obsesivo-compulsivos
    - F 42.9 Trastorno obsesivo-compulsivo sin especificación
  - F 43 REACCIONES A ESTRÉS GRAVE Y TRASTORNOS DE ADAPTACIÓN
    - F 43.0 Reacción a estrés agudo
    - F 43.1 Trastorno de estrés postraumático
    - F 43.2 Trastorno de adaptación
    - F 43.8 Otras reacciones a estrés grave
    - F 43.9 Reacción a estrés grave sin especificación
  - F 44 TRASTORNOS DISOCIATIVOS (DE CONVERSIÓN)
  - F 45 TRASTORNOS SOMATOMORFOS
  - F 46 OTROS TRASTORNOS NEURÓTICOS
- Otros trastornos relacionados con la ansiedad serían:
- F 06 OTROS TRASTORNOS MENTALES DEBIDOS A LESIÓN O DISFUNCIÓN CEREBRAL O A ENFERMEDAD SOMÁTICA
    - F 06.4 Trastorno de ansiedad orgánico
  - F 10-19: TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOTROPAS Incluiría a los trastornos de ansiedad producidos por el consumo de sustancias

## Clasificación internacional de enfermedades de la OMS (10ª edición). Pautas diagnósticas y de actuación en Atención Primaria. CIE-10-AP

Recoge en su sistema de fichas las categorías principales de trastornos de ansiedad (fichas 11,12,13 y 14) aunque en su capítulo de “crisis” incluye también la ansiedad en situaciones muy especiales y catastróficas (“reacciones a estrés agudo” y “trastorno de estrés postraumático”)

## Diagnostic and statistical manual 4ª edición (DSM-IV TR)

Oficial en EEUU, incluye además como trastorno de ansiedad, al trastorno obsesivo-compulsivo, antes llamado neurosis obsesiva-compulsiva. Amplía los trastornos de ansiedad respecto a las clasificaciones previas (DSM II, III y III-R) con nuevas categorías (estrés agudo, trastornos de ansiedad debidos a enfermedades médicas, trastornos de ansiedad inducidos por sustancias). La agorafobia se subordina al trastorno de angustia, el término de fobia simple es sustituido por fobia específica y el trastorno obsesivo-compulsivo se mantiene en el contexto de los trastornos de ansiedad. Consta de:

- TRASTORNO DE ANGSTIA SIN AGORAFOBIA
- TRASTORNO DE ANGSTIA CON AGORAFOBIA
- AGORAFOBIA SIN HISTORIA DE TRASTORNO DE ANGSTIA
- FOBIA ESPECÍFICA ( F 40.2)
- TRASTORNO DE ANSIEDAD SOCIAL (F 40.1)
- TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO (F42.8)
- TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO (F43.1)
- TRASTORNO POR ESTRÉS AGUDO (F 43.0)
- TRASTORNO POR ANSIEDAD GENERALIZADA (F 41.1)
- TRASTORNO DE ANSIEDAD DEBIDO A ENFERMEDAD MÉDICA (F 06.4)
- TRASTORNO DE ANSIEDAD INDUCIDO POR SUSTANCIAS
  - a. Alcohol (F 10.8)
  - b. Alucinógenos (F 16.8)
  - c. Anfetaminas o similares (F 15.8)
  - d. Cafeína (F 15.8)
  - e. Cannabis (F 12.8)
  - f. Cocaína (F 14.8)
  - g. Fenciclidina (o derivados) (F 19.8)
  - h. Inhalantes (F 18.8)
  - i. Sedantes, hipnóticos o ansiolíticos (F 13.8)
  - j. Otras sustancias (o desconocidas) (F 19.8)
- TRASTORNO DE ANSIEDAD NO ESPECIFICADO

## 5. Entrevista clínica

### Motivo de consulta

La ansiedad puede ser un trastorno primario o secundario a abuso de sustancias,

abstinencia de sustancias de abuso, otras enfermedades psiquiátricas, ciertas enfermedades médicas y/o ciertas medicaciones. Muchos pacientes con ansiedad no se quejan inicialmente de ésta, y el médico ha de sospechar su diagnóstico basándose en un perfil de factores de riesgo y en las presentaciones comunes.

### Formas de presentación

- **Síntomas médicamente inexplicados de excitación autonómica (90%):**
  - *Cardíacos* (dolor torácico, palpitaciones, arritmia cardíaca, falta de aliento)
  - *Gastrointestinales* (especialmente molestias epigástricas)
  - *Neurológicos* (cefalea, mareo/vértigo, síncope o parestesias)
  - *Crisis de angustia*
- **Dolor (80%):** epigástrico o en hipocondrio izquierdo, torácico, de espalda y cefalea.
- **Hiperfrecuentación** de los servicios médicos (30%).
- **Visitas al Servicio de Urgencias por quejas somáticas médicamente inexplicadas**, particularmente *dolor torácico*.
- **Diagnósticos particularmente sugestivos de un trastorno de ansiedad:**
  - *Dolor torácico atípico* (33-43%)
  - *Hiperventilación*
  - *Síndrome del colon irritable* (33%)
  - *Fatiga crónica* (13% - 29%)
  - *Vértigo* (13%)

### Factores de riesgo de ansiedad

- Antecedentes familiares de trastorno de ansiedad y/o alcoholismo (25%)
- Antecedentes de depresión y/o trastorno de ansiedad (18,8 veces más riesgo)
- Antecedentes de abuso del alcohol (21%)
- Edad de inicio de los síntomas: < 40 años

### Cribado de ansiedad

Para diagnosticar un trastorno de ansiedad es necesario que el paciente presente ansiedad y/o evitación que cause malestar significativo o deterioro de las rutinas diarias del individuo. La ansiedad puede ocurrir en episodios breves (crisis de angustia), puede ser continua (trastorno de ansiedad generalizada) o puede estar ligada a situaciones específicas (fobias). La mayoría de los pacientes con trastorno de angustia se presentan con preocupaciones somáticas, no quejas de ansiedad o angustia. Estos pacientes no pueden calificar su malestar emocional como ansiedad o angustia y puede ser necesario preguntar de varias maneras por su molestia. **Las quejas somáticas breves y episódicas que alcanzan su máximo en 10 minutos y se acompañan de cualquier sentimiento de malestar emocional son sugestivas de crisis de angustia** (tabla 36).

**Preguntas "guía":** Resultan útiles las siguientes preguntas:

- ¿Es Vd. una persona aprensiva/excitable/nerviosa? (Ansiedad)
- ¿Se encuentra habitualmente nervioso, asustado,

tenso, ansioso?

- ¿Tiene dificultades para conciliar el sueño, palpitaciones, falta de aire, sudores, tensión muscular?
- ¿Se preocupa mucho por lo que puede pasar? (Ansiedad generalizada)
- ¿Alguna vez ha experimentado bruscamente un ataque de gran ansiedad, falta de aire, palpitaciones, dolor torácico, mareo, hormigueos, sudoración, debilidad miedo intenso a perder el control, a morir, desmayarse, volverse loco? (Crisis de angustia).
- ¿Evita lugares (como centros comerciales) o situaciones (como las fiestas) que usted no puede soportar? (Evitación)
- ¿Cómo afectan a su vida diaria la ansiedad o conducta de evitación? ¿Le causan un malestar significativo? (Repercusión)
- ¿Tiene pensamientos que le vienen a la cabeza una y otra vez y que considere anormal? (Obsesiones: pensamientos persistentes intrusos)
- ¿Repite acciones una y otra vez, sin poder evitarlo, como lavarse constantemente las manos, comprobar cosas,...? (Compulsiones)
- ¿Tiene un miedo irracional a animales, alturas, ascensores, lugares cerrados, multitudes,...? (Fobia)
- ¿Se siente molesto o turbado al ser el centro de atención? ¿Encuentra difícil relacionarse con la gente? (Ansiedad social)

### Historia clínica

#### Mostrar interés por el enfermo en su conjunto

- Síntomas somáticos,
- Aspectos psicológicos y
- Ambiente familiar, social y laboral (indagar los posibles conflictos)

#### Enfermedad actual

- **Síntomas físicos y psíquicos** de ansiedad.
- **Inicio y curso** de la ansiedad. La edad de comienzo alcanza su punto máximo entre los 15-19 años y es raro después de los 40 años. Si aparece después de los 40 años hay que excluir causa orgánica.
- Existencia de **causas desencadenantes o exacerbantes** de la ansiedad.
- Gravedad de los síntomas y grado de **deterioro funcional**: Las personas diagnosticadas de trastornos de ansiedad tienen un curso heterogéneo auto-limitante y amenazante de la vida. Son predictores de mal pronóstico la gravedad en la valoración inicial, falta de reducción de las dificultades sociales en el seguimiento y el bajo nivel educativo.

Tabla 36. Trastornos de ansiedad

TRASTORNO	DESCRIPCIÓN	PREGUNTAS ÚTILES
Trastorno de angustia	Los síntomas ocurren primariamente durante las crisis de angustia	<i>¿Tiene momentos en los que bruscamente se siente asustado, con gran ansiedad, falta de aire, palpitaciones, dolor torácico, mareo, hormigueos, sudoración, debilidad y miedo a morir?</i>
Agorafobia	Ansiedad (o evitación) al encontrarse en lugares o situaciones donde escapar puede ser difícil o puede no disponerse de ayuda en el caso de aparecer una crisis de angustia o síntomas similares	<i>¿Evita estar solo fuera de casa; mezclarse con la gente o hacer cola; pasar por un puente, o viajar en autobús, tren o automóvil?</i>
Trastorno de ansiedad generalizada	Ansiedad y preocupación persistente y excesiva (“libre flotante”) ante múltiples situaciones y acontecimientos	<i>¿Está nervioso o preocupado en exceso ante múltiples situaciones o acontecimientos?</i>
Trastorno de ansiedad social	Temor acusado y persistente por situaciones sociales o actuaciones que pueden ser embarazosas	<i>¿Le preocupa sentirse violento en una situación social o actuación en público?</i>
Fobia específica	Temor acusado y persistente de un objeto o situación específicos	<i>¿Tiene temores excesivos o irracionales de objetos o situaciones específicas?</i>
Trastorno obsesivo compulsivo	Pensamientos, ideas, impulsos o imágenes persistentes e intrusivos asociados con conductas repetitivas para reducir el malestar	<i>¿Está preocupado por pensamientos recurrentes y/o conductas repetitivas?</i>
Trastorno de estrés postraumático	Exposición a un acontecimiento traumático que es reexperimentado persistentemente con síntomas de ansiedad que duran más de 1 mes	<i>¿Tiene malestar provocado por la reexperimentación de algún acontecimiento traumático del pasado?</i>
Trastorno de estrés agudo	Exposición a un acontecimiento traumático que es reexperimentado persistentemente con síntomas de ansiedad que duran de dos días a cuatro semanas y aparecen en las cuatro semanas que siguen al acontecimiento	<i>¿Tiene malestar provocado por la reexperimentación de algún acontecimiento traumático reciente?</i>
Trastorno de ansiedad no especificado	Prominente ansiedad o evitación fóbica que no reúnen criterios de un trastorno de ansiedad específico que, por ejemplo, puede ser episódica, una reacción a un proceso médico, o una combinación de síntomas de diversos trastornos de ansiedad	<i>¿Tiene episodios de nerviosismo o preocupación excesiva?</i>

**Situaciones estresantes y acontecimientos vitales**

Debe valorarse la posible relación temporal de los síntomas con acontecimientos estresantes de la vida (especialmente durante el año previo) como la pérdida (muerte de un ser querido, divorcio), el abuso/violencia domésticos, los acontecimientos traumáticos (accidente de coche) y los cambios importantes de la vida (cambio del trabajo).

**Personalidad premórbida:** inseguridad, inmadurez, dependencia.

**Antecedentes familiares** de ansiedad u otros trastornos psíquicos.

**Antecedentes personales**

- **Psiquiátricos:** Ansiedad previa, otros trastornos psíquicos (especialmente depresión)
- **Médicos:** Enfermedades que pueden causar ansiedad (feocromocitoma) o pueden complicar el tratamiento (pros-

tatismo, anormalidades de la conducción cardíaca, deterioro de la función hepática)

- **Medicación** (incluidos productos de herbolario): Pueden asociarse con la ansiedad:
  - Tiroxina, teofilina, neurolépticos, simpaticomiméticos, esteroides y antidepressivos.
  - Retirada de medicamentos: sedantes, ansiolíticos e hipnóticos
- Hábitos tóxicos y alimentarios: Puede asociarse con ansiedad:
  - La cafeína excesiva.
  - La abstinencia de alcohol, cocaína y anfetaminas.

**Impacto** de los síntomas en la vida del paciente y **grado de incapacidad** laboral, social y familiar que producen, así como la relación entre la disfunción y el tipo e intensidad de las molestias.

### Posibles complicaciones

- **Abuso de sustancias:** Las preguntas del CAGE son sensibles y específicas para diagnosticar el alcoholismo. Una respuesta positiva tiene una sensibilidad del 85% y una especificidad del 89% y dos respuestas positivas tienen una especificidad del 96%. El cuestionario CAGE (AID) amplía el CAGE para incluir el consumo de otras drogas.
- **Ideación suicida:** Es muy importante recordar que el riesgo de suicidio en las personas con trastornos de ansiedad es muy alto (odds ratio de 6:1).
- Conductas de **evitación**.

### Trastornos comórbidos

En especial trastornos depresivos. La depresión mayor ocurre en el 44% a 91% de pacientes con trastorno de angustia.

## ¿Cómo ha de ser la entrevista?

Es importante establecer una adecuada relación médico-paciente, tanto para llegar a un diagnóstico adecuado como para realizar un abordaje terapéutico eficaz. Hay que tener en cuenta, que en muchos casos la relación médico-paciente puede estar deteriorada por tratarse de un “enfermo problema”, con quejas centradas en síntomas somáticos, para los que no se encuentra causa orgánica, que acude repetidamente a la consulta y que genera en el médico sentimientos de frustración que afectan negativamente a la relación. En ocasiones, la dificultad de establecer una buena relación médico-paciente viene condicionada por experiencias previas del enfermo con otros profesionales o con las visitas a urgencias donde no han encontrado solución a su problema.

Para lograr un clima favorable que facilite el diagnóstico, el médico debe procurar:

1. Tener presente la alta prevalencia de los trastornos de ansiedad en Atención Primaria (uno de cada cuatro pacientes atendidos padecen algún trastorno de ansiedad clínicamente significativo). Es importante recordar que los problemas psicológicos se manifiestan con frecuencia en el plano somático, y por ello viene el paciente a la consulta, y de la misma manera muchas enfermedades orgánicas conllevan repercusiones psicológicas que hay que reconocer y aten-

der adecuadamente. Es una premisa fundamental en medicina que “sólo se diagnostica en lo que se piensa”.

2. Saber escuchar al paciente para poder captar su problema de una forma global, lo que implica estar atento tanto a lo que dice como a lo que omite, a su expresión verbal y no verbal.
3. Observar el comportamiento del paciente, su expresión facial, la mímica corporal (los pacientes ansiosos suelen estar moviendo las piernas, retorciéndose las manos, etc.)
4. Mostrar una actitud cordial, respetuosa, seria y comprensiva. Es preciso hacer que el paciente se sienta comprendido y que se muestra un interés sincero por su caso.
5. Mostrar la misma actitud que ante cualquier otro tipo de patología, obrando con estricta profesionalidad.
6. Actuar con naturalidad y eliminando los celos del enfermo, quien a menudo se muestra inseguro y suspicaz ante la sospecha de que su problema pueda ser “de los nervios”.
7. Resulta crucial asegurarse de que se han captado y entendido bien los síntomas del enfermo. Por ello, y para asegurarse de que el paciente se siente entendido, es muy útil resumir en pocas palabras sus quejas y síntomas, acompañándolo del reconocimiento y comprensión del sufrimiento y preocupación del enfermo, que suele ser a menudo de grado importante.

## Exploración

### Exploración física

Ha de ser sistemática, pero especialmente del sistema neurológico. Es fundamental, no sólo porque puede proporcionar datos de interés para el diagnóstico diferencial, sino porque además representa una forma de comunicar al enfermo que se toman en serio sus quejas referidas al plano somático.

### Exploraciones complementarias

Pueden orientarnos en el diagnóstico diferencial para descartar determinadas enfermedades médicas y causa tóxicas, o pueden ser aconsejables en algunos casos cuando se van a prescribir ciertos psicofármacos (p. ej., un ECG en el caso de los antidepressivos tricíclicos). Sin embargo, no tiene sentido y puede ser perjudicial para la evolución del trastorno, repetir exploraciones ya realizadas o solicitar pruebas sofisticadas y/o invasivas sin otra base que el haber resultado negativos los exámenes previos. Es necesario utilizar el “sentido común” y no dejarse presionar por las peticiones del paciente o sus familiares.

Tabla 37. Formas clínicas de los trastornos de ansiedad

- Trastorno de angustia
- Trastorno de ansiedad generalizada
- Trastorno de estrés agudo y postraumático
- Trastorno fóbicos
- Trastorno de ansiedad referido a enfermedad médica
- Trastorno obsesivo-compulsivo
- Trastorno de ansiedad inducido por sustancias

En general, en los pacientes que presentan síntomas de ansiedad que no han sido estudiados previamente, se aconseja realizar las siguientes pruebas rutinarias:

- Analítica general: hemograma completo, hormonas tiroideas, curva de glucemia, creatinina, calcemia, ionograma, perfil hepático, ácido fólico y vitamina B12. Sedimento de orina.
- ECG

### Escalas de ansiedad

Sólo sirven para identificar la ansiedad general

- Escala de ansiedad y depresión de Goldberg
- Escala de ansiedad manifiesta de Taylor (versión española de Conde)
- Escala de valoración psiquiátrica de Hamilton para la ansiedad

- a) sensación de ahogo o disnea
- b) mareo, inestabilidad o pérdida de conciencia
- c) temblor o sacudidas
- d) palpitaciones o taquicardia
- e) dolor precordial
- f) sudoración, escalofríos
- g) molestias abdominales
- h) parestesias
- i) sensación de extrañeza, despersonalización
- j) miedo intenso a enfermar, volverse loco, perder el control o morir. En ocasiones el cuadro se polariza fundamentalmente hacia un síntoma concreto.

La aparición de estas crisis puede ser diurna o interrumpir el sueño y tener o no un desencadenante reconocible. La duración suele ser inferior a 20 minutos y el temor a la repetición de las crisis y sus consecuencias producen en el sujeto un estado permanente de angustia, ansiedad anticipada, conductas de evitación y claudicación psicofísica.

El trastorno de angustia se presenta con agorafobia (miedo a no poder salir de una situación difícil o a no disponer de ayuda en caso de crisis) en casi en el 75% de los casos, desarrollando conductas de evitación fóbica.

En la etiopatogenia del trastorno de angustia se suponen alteraciones del sistema noradrenérgico y serotoninérgico, sobre una base genética. La edad de inicio habitual se contempla entre los 20-40 años, con predominio en la mujer (2/1) y una prevalencia del 1.5% en la población general, aunque el 10% presentan alguna crisis a lo largo de la vida. Son pacientes que generan una demanda sanitaria siete veces superior al resto de la población y obligan a múltiples estudios médicos.

En la mayoría de los casos existe remisión durante muchos años, pero no deja de ser una enfermedad crónica con recaídas. Alrededor del 20% tienen una recuperación completa, otro 20% mantienen sintomatología grave, el 25% continúan con síntomas moderados y el otro 25% con síntomas subclínicos.

## 6. Formas clínicas

En apartados anteriores se han descrito las clasificaciones diagnósticas oficiales que incluyen como síntoma o como síndrome fundamental la ansiedad (DSM-IV TR y CIE-10) pero desde un punto de vista práctico se puede considerar una **ansiedad patológica primaria** si no existe un trastorno orgánico ni psicopatológico condicionando el proceso. Ésta a su vez puede dividirse en *ansiedad patológica reactiva* (en la que existe una causa desencadenante y una personalidad ansiosa de fondo) y en *ansiedad patológica nuclear* con una base fundamentalmente biológica (crisis de angustia) o por el contrario más ligado a conflictos ambientales y de personalidad (ansiedad generalizada). Por otra parte, se considera una **ansiedad patológica secundaria** si subyace una causa orgánica, psiquiátrica, medicamentosa o tóxica.

En la tabla 37 se recogen las formas clínicas de los trastornos de ansiedad.

### Trastorno de angustia

El trastorno de angustia (T.A.) se define por crisis de angustia inesperadas y recidivantes (tres crisis en tres semanas, según CIE-10 y al menos dos crisis en un mes según DSM-IV TR).

Las crisis de ansiedad se caracterizan por la presentación súbita de al menos cuatro de los siguientes síntomas:



## Trastorno de ansiedad generalizada (T.A.G.)

Es una alteración en la que la ansiedad y la preocupación exagerada por circunstancias vitales habituales son los síntomas de base. Representa una prevalencia del 8% en Atención Primaria, genera una importante demanda de servicios sanitarios al ser un problema de salud en el que dominan los miedos y las somatizaciones.

Se considera una enfermedad crónica de curso fluctuante que aparece en jóvenes y se manifiesta en adultos. En el 50-90% de los casos se asocian otros trastornos psiquiátricos, lo que obliga a descartar, cada vez que el paciente acude a consulta, la dependencia a alcohol o drogas, una depresión mayor u otros cuadros de ansiedad como trastorno de angustia o fobias.

Se diagnostica después de excluir trastornos orgánicos específicos, otros cuadros de ansiedad y cuando la ansiedad es flotante, con sentimientos de aprensión por lo cotidiano, dura más de seis meses. Al menos han de presentarse cuatro de los síntomas considerados en la CIE-10 y uno de éstos debe ser un síntoma autonómico (tabla 38).

## Trastornos fóbicos (T.F.)

Las fobias son temores patológicos desproporcionados a la situación u objeto que los origina, no pueden ser explicados ni razonados por el paciente y están por encima de su control voluntario. Las fobias inducen conductas de evitación de la situación temida condicionando la vida del sujeto.

Se pueden considerar fobias a estímulos externos (agorafobia, fobias simples o específicas y trastorno de ansiedad social) y fobias a estímulos internos (nosofobias, fobias obsesivas) referidas a otras enfermedades mentales.

**Agorafobia** es miedo a encontrarse en una situación de la que no se puede escapar o no es posible pedir ayuda “si pasa algo”. Miedo a la indefensión. Son las fobias más frecuentes, 60% y tiene una prevalencia del 6% a lo largo de la vida.

**Trastorno de ansiedad social** es el miedo a la desaprobación de los demás en situaciones sociales o

actuaciones en público y a la humillación por mostrar síntomas de ansiedad.

**La fobia simple** es el temor acusado y persistente, excesivo e irracional desencadenado por la presencia o anticipación de un objeto o situación específicos (a conducir, a la sangre, a las tormentas, animales, etc.).

## Trastornos obsesivos-compulsivos (T.O.C.)

El TOC se caracteriza por la presencia de obsesiones y compulsiones recurrentes que limitan la vida del paciente por intenso malestar, angustia e importante pérdida de tiempo. Las obsesiones son ideas, pensamientos, impulsos o imágenes vividas por el paciente como intrusas e inapropiadas. Las compulsiones son conductas repetitivas que tratan de prevenir o aliviar la ansiedad.

Las formas clínicas más frecuentes de presentación son: por contaminación, duda, pensamientos intrusivos y simetría.

El TOC afecta a un 2-3% de la población a lo largo de la vida. Se inicia en la adolescencia y juventud y evoluciona a la cronicidad con fluctuaciones en la sintomatología. El grado de intensidad puede ser muy variable, pero en la mayoría de los casos es necesaria la derivación a psiquiatría.

## Trastorno de estrés agudo y post-traumático (T.E.A.) (T.E.P.)

Después de la exposición a un acontecimiento traumático grave, pueden aparecer trastornos de conducta y ansiedad en relación con la circunstancia estresora como: reexperimentación de lo ocurrido (recuerdos, sueños, ilusiones, alucinaciones, mal estar psicológico, etc.) trastornos disociativos, conductas de evitación, síntomas generales

Tabla 38. Síntomas asociados al T.A.G.

Hiperactividad autonómica	Palpitaciones, sudoración, temblores, sequedad de boca
Molestias en tórax y abdomen	Dolor y malestar, dificultad para respirar, ahogo, náuseas, dolor abdominal
Síntomas generales	Sofocos o escalofríos, entumecimiento u hormigueo
En relación con el estado mental	Mareo e inestabilidad, desrealización, despersonalización, miedo a volverse loco, miedo a morir
Síntomas de tensión	Tensión muscular, dificultad para relajarse, sentimiento de estar al límite, dificultad para tragar
Síntomas inespecíficos	Alarma exagerada, dificultad para concentrarse, irritabilidad persistente, insomnio de conciliación

Tabla 39. Diagnóstico diferencial de las formas clínicas de los trastornos de ansiedad

	T. DE ANGSTIA	T. FÓBICOS	T. OBSESIVO COMPULSIVO	T. ANSIEDAD GENERALIZADA	T. ESTRÉS POSTRAUMÁTICO
Relevancia	2-4%	3-5%	3%	2-5%	0,5%
Sexo H/M	1/2	1/2	1/1	—	1/2
Edad inicio	Adulto	Adolescencia	Adolescencia	Adulto	Todas
Antecedentes familiares	20%	Posibles	3-5%	15-17%	-----
Causa	Endógena	Exógena	Endógena	Endógena	Exógena
Clínica	Crisis inesperadas repetidas	Miedo/evitación	Rituales contra la obsesión	Preocupación crónica excesiva	Repetición persistente de vivencia
Diagnóstico diferencial	E. somáticas T. fóbicos T. adaptativos	Aislamiento Depresión Ideas obsesivas	Esquizofrenia Depresión T. personalidad	E. somáticas T. adaptativos	T. fóbicos T. ansiedad

de ansiedad, embotamiento afectivo, desinterés y síntomas persistentes de hiperactividad (insomnio, hiperactividad, hiperactividad vegetativa, etc.).

Si los síntomas aparecen durante el primer mes después del acontecimiento traumático hablamos de T.E.A.

El T.E.P. puede ser agudo o crónico, según duración inferior o superior a tres meses, y existe una forma clínica de inicio tardío, que aparece seis meses después de la exposición al trauma.

En la evolución del proceso influye la existencia de psicopatología previa, antecedentes de otros traumas en la infancia, la historia de abuso de sustancias tóxicas y el grado de apoyo familiar.

### Trastornos de ansiedad por enfermedades médicas

La ansiedad puede ser el primer síntoma de un trastorno orgánico subyacente, puede ser un trastorno

específico ligado a una enfermedad médica y, en otras ocasiones, es una consecuencia del dolor crónico no controlado o de las limitaciones físicas que producen enfermedades invalidantes.

La presentación de cuadros de ansiedad atípicos y en mayores de 40 años obliga a descartar posibles causas orgánicas.

La tabla 39 resume los procesos orgánicos más frecuentes que cursan con ansiedad.

### Trastornos de ansiedad inducido por sustancias

Se sospecha ante la presentación atípica de un cuadro ansioso y en el que una anamnesis dirigida pone de manifiesto la relación causa-efecto con el posible tóxico (tabla 40).

Tabla 40. Trastornos de ansiedad por enfermedades médicas

Tumores	Del SNC, cáncer de páncreas, carcinomatosis, feocromocitoma
Enfermedades neurológicas	Enfermedades de Huntington, de Parkinson, epilepsia temporal, demencia, esclerosis múltiple, encefalopatías, ACV, hemorragia subaracnoidea, migraña
Enfermedades endocrinas	Hipo e hipertirodismo, hipo e hiperparatiroidismo, diabetes, enfermedades de Addison, de Cushing, relacionadas con la menstruación y el posparto
Infecciones	Encefalitis, hepatitis, tuberculosis, MNI, sida, infecciones crónicas
Déficits vitamínicos	De vitamina C, B12, folatos, niacina, tiamina
Cardiorrespiratorios	IAM, insuficiencia cardíaca, HTA, prolapso mitral, arritmias, hiper-ventilación, hipoxia, asma bronquial, edema agudo de pulmón
Colagenopatías	LED, artritis reumatoide, arteritis de la temporal, PAN



**Algoritmo de la ansiedad (DSM-IV TR)**

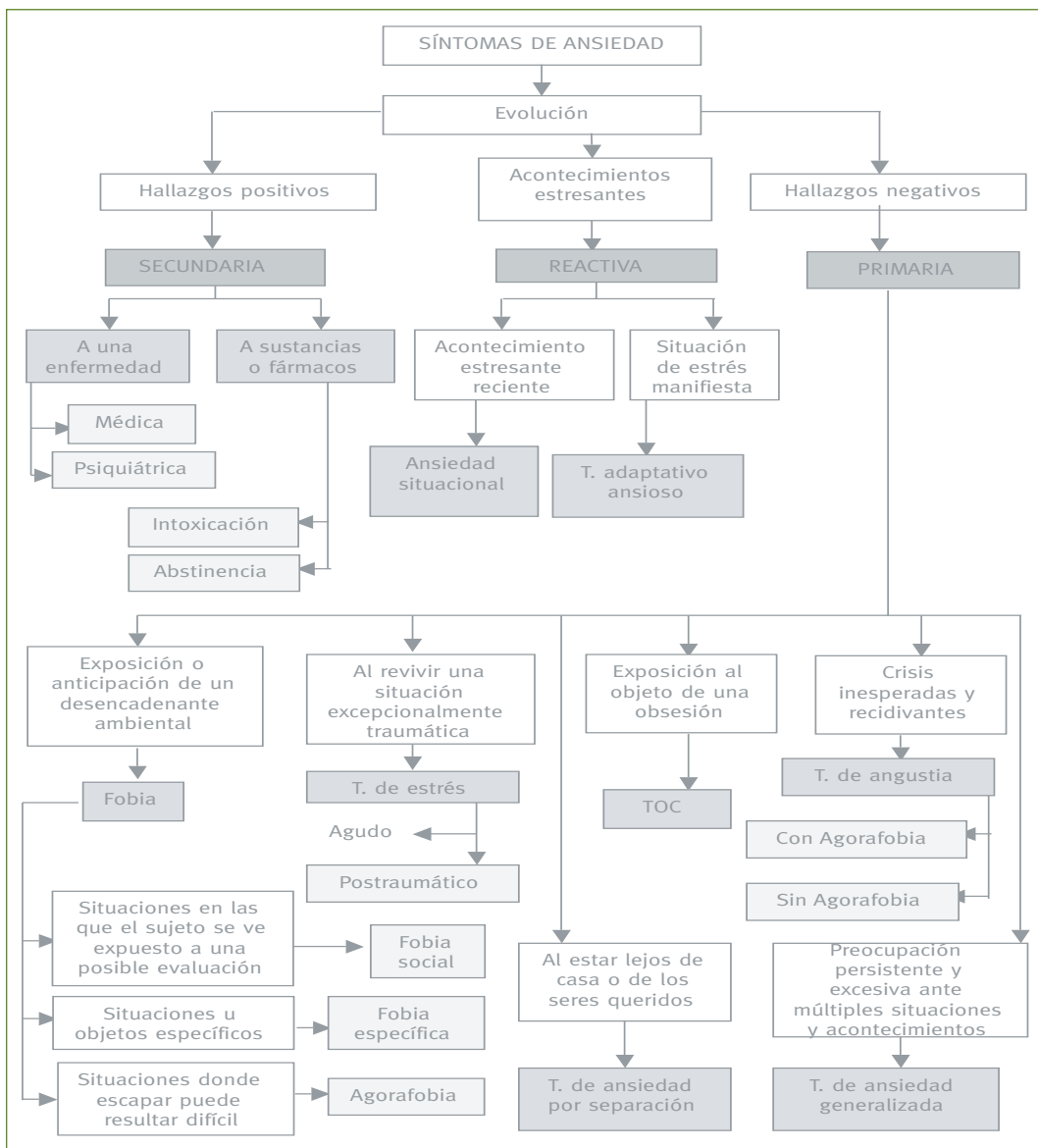
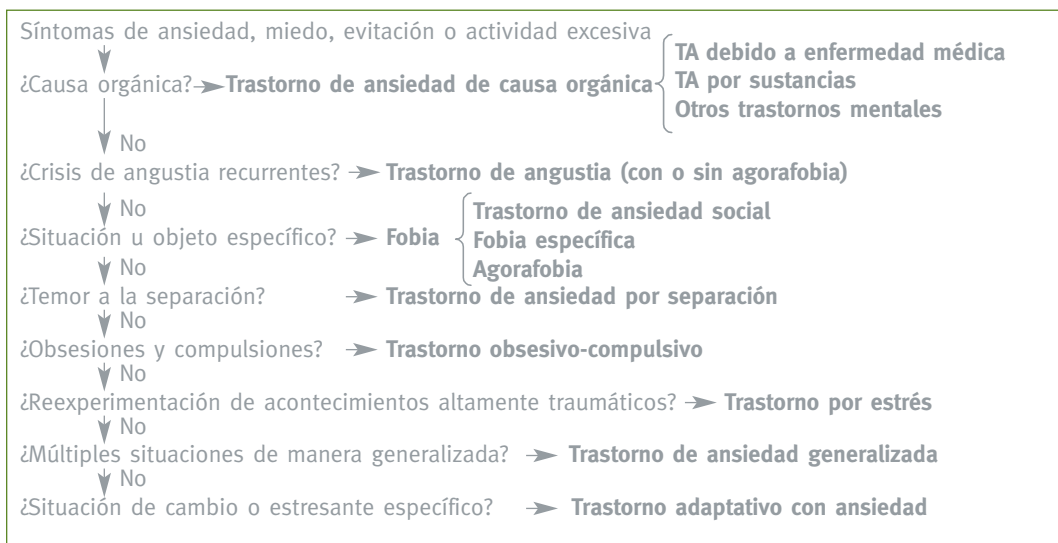


Tabla 41. Relación de sustancias que producen ansiedad

Yatrogenia medicamentosa	Simpaticomiméticos, hormonas tiroideas, corticoides, insulina, antiparkinsonianos, tuberculostáticos, teofilina, anticonceptivos, digital, clonidina, aspirina, penicilina, sulfamidas
Abuso de sustancias	Anfetaminas, cocaína, cafeína, alucinógenos, inhalantes
Síndromes de abstinencia	Alcohol, hipnóticos, ansiolíticos, cocaína
Otros tóxicos	Metales pesados, hidrocarburos, CO <sub>2</sub> , órgano fosforados, arsénico

## 7. Algoritmo diagnóstico de la ansiedad

**PASO 1:** Considerar el papel de una **enfermedad médica o consumo de sustancias** y tener en cuenta si la ansiedad se explica mejor por **otro trastorno mental**.

**PASO 2:** Si los síntomas son **crisis de angustia** recurrentes, considerar: **Trastorno de angustia** con o sin **agorafobia**.

**Crisis de angustia:** Aparición súbita de síntomas de aprensión, miedo pavoroso o terror, acompañados habitualmente de sensación de muerte inminente. Durante estas crisis aparecen síntomas como falta de aliento, palpitaciones, opresión o malestar torácico, sensación de atragantamiento o asfixia y miedo a “volverse loco” o perder el control.

**PASO 3:** Si el síntoma es el *temor, evitación o anticipación* a una o más situaciones específicas, considerar: **Fobia**.

**Trastorno de ansiedad social:** Evitación de situaciones sociales en las que el sujeto se ve expuesto a una posible evaluación.

**Fobia específica:** Evitación de situaciones u objetos específicos.

**Agorafobia:** Evitación de situaciones en las que puede resultar difícil escapar en el caso de que aparezca una crisis de angustia o síntomas similares.

**PASO 4:** Si los síntomas incluyen *temor a la separación*, considerar: **Trastorno de ansiedad por separación** (ansiedad concerniente a la separación respecto de la persona con la que el niño está vinculado).

**PASO 5:** Si la preocupación o ansiedad está relacionada con *pensamientos recurrentes y persistentes (obsesiones)* y/o con *rituales o actos mentales recurrentes (compulsiones)*, considerar: **Trastorno obsesivo-compulsivo**.

**PASO 6:** Si los síntomas se relacionan con la *reexperimentación de acontecimientos altamente traumáticos*, considerar:

**Trastorno por estrés postraumático:** si los síntomas duran al menos 4 semanas.

**Trastorno por estrés agudo:** si los síntomas duran menos de 4 semanas.

**PASO 7:** Los síntomas de ansiedad y preocupación intensas se asocian a una gran *variedad de acontecimientos o situaciones* y han durado al menos **6 meses**,

considerar: **Trastorno de ansiedad generalizada**.

**PASO 8:** Si los síntomas se dan en respuesta a un estresante psicosocial específico, considerar: **Trastorno adaptativo**.

### Reconocimiento y diagnóstico: recomendaciones

#### Diagnóstico

El diagnóstico exacto del trastorno de ansiedad es fundamental para el manejo efectivo de estos procesos. Es notorio que frecuentemente hay otros procesos presentes, como la depresión, que pueden hacer confusa la presentación y el diagnóstico. He desarrollado un algoritmo que sirva de ayuda en el proceso de diagnóstico.

- El proceso de diagnóstico debe obtener información relevante necesaria para el tratamiento posterior como la historia del paciente, cualquier tipo de automedicación, y las características individuales culturales o de otro tipo que puedan ser consideraciones importantes.
- No hay suficiente evidencia para recomendar un instrumento de cribado autoaplicado bien validado, para utilizar en el proceso de diagnóstico, y por ello debemos confiar en las habilidades de entrevista clínica para obtener toda la información necesaria.

## 8. Diagnóstico diferencial de los trastornos de ansiedad

### De las formas clínicas de ansiedad

El diagnóstico diferencial de las formas clínicas de los trastornos de ansiedad se basa en datos epidemiológicos, clínicos y en criterios diagnósticos consensuados. La infor-



mación volcada en la historia clínica con anamnesis detallada, exploración física completa y pruebas complementarias razonables, es clave para centrar el proceso. En la tabla 39 se resumen los matices diferenciales.

Pero con frecuencia coexisten varios trastornos mentales que confunden el diagnóstico, complican la evolución y dificultan la toma de decisiones terapéuticas.

### Diagnóstico diferencial con otros procesos morbosos

- Con las enfermedades somáticas que pueden cursar, desencadenar o agravar trastornos de ansiedad (tabla 40).
- Con yatrogenia, uso, abuso y abstinencia de sustancias (tabla 41).
- Con trastornos depresivos. El 75% de las depresiones producen ansiedad y un 10% presentan trastorno mixto ansioso-depresivo.
- Con trastornos somatomorfos: hipocondría, dolor psicógeno, somatización.
- Con algunos trastornos de personalidad: personalidades ansiosas, dependientes, histriónicas.
- Con las psicosis que en estadios iniciales, pueden presentar angustia como síntoma, sobre todo en fases iniciales del brote.
- Con los trastornos adaptativos, ante cambios importantes en la biografía del sujeto (síntomas de menos de tres meses de duración).

- Terapia de Resolución de Problemas y Terapia Interpersonal
- Identificación de los síntomas emocionales
- Identificación de los problemas focales
- Desarrollo de estrategias de resolución de problemas

Técnicas de relajación:

- Entrenamiento en el control de la respiración y
- Entrenamiento en la relajación muscular progresiva Jacobson

Ejercicio físico en el contexto de TCC

Bibliografía basada en la TCC

- B) Terapia de Apoyo manejo psicoterapéutico de la relación médico-paciente
- C) Grupos de autoayuda. Reuniones periódicas, comunicación telefónica, gimnasia
- D) Consejo Terapéutico o Counselling intervención breve, focalizada
- E) Psicoterapia en servicios de salud mental

### Factores a considerar en el tratamiento farmacológico de los trastornos de ansiedad

- Edad del paciente
- La respuesta a tratamientos previos
- El perfil de seguridad más favorable
- Las preferencias del paciente
- La eficiencia en coste y efectividad
- Información de los efectos adversos (ansiedad, etc.)
- Síntomas de abstinencia (por suspensión brusca del tratamiento) mareo, entumecimiento, hormigueo, náuseas, vómitos, cefalea, sudoración, trastornos del sueño y ansiedad
- Información del retraso en el inicio del efecto terapéutico
- Información de la duración del tratamiento

## 9. Tratamiento de la ansiedad

### Tratamiento psicológico de los trastornos de ansiedad en Atención Primaria

A) Técnicas de **Terapia Cognitivo Conductual** en Atención Primaria:

Psicoeducación:

**Tabla 42. Indicaciones de los antidepresivos en depresión y ansiedad**

Depresión	Todos los antidepresivos pueden resultar eficaces, existiendo diferencias en la tolerabilidad y las interacciones. La ausencia de respuesta a un antidepresivo no implica resistencia de la sintomatología a otros fármacos, incluso del mismo grupo
Trastorno de ansiedad generalizada	Escitalopram, paroxetina, venlafaxina
Trastorno de angustia	Citalopram, escitalopram, paroxetina
Trastorno de ansiedad social	Escitalopram, paroxetina
Trastorno de estrés postraumático	Sertralina
Trastorno obsesivo compulsivo	Adultos: citalopram, clomipramina, fluoxetina, fluvoxamina, paroxetina, sertralina Niños: sertralina

Guía práctica de farmacología del sistema nervioso central, J.R. Azanza (2004)



- Inicio con dosis baja, incremento progresivo, mantenimiento mínimo 6 meses. A veces hay que usar máxima dosis indicada y largo periodo de tratamiento. Luego, reducción paulatina para evitar recaídas o síndrome de abstinencia
- Síndrome de abstinencia leve: tranquilizar al enfermo y vigilar síntomas. Si es intensa, volver a aplicar el fármaco introduciendo una desescalada más lenta y prolongada, o cambiar a otro antidepresivo de mayor vida media
- Si no hay mejoría tras 3 meses: cambiar fármaco o aplicar otra terapia
- Monitorización y seguimiento en las 2 primeras semanas (eficacia y efectos adversos), a las 4, 6 y 12 semanas. Evaluar la efectividad del fármaco y decidir si se continúa o se cambia a otro tratamiento. Evaluar a los 2 y 3 meses. Monitorización adaptada a cualidades del fármaco, evolución del cuadro y circunstancias individuales. Las indicaciones a nivel general se recogen en la tabla 42.

### Efectos secundarios de grupos farmacológicos utilizados como ansiolíticos

- Efectos secundarios de las benzodiazepinas: Sedación (precaución en ancianos por las caídas y

fallos de memoria, y en trabajo con maquinaria pesada o compleja, y en la conducción de vehículos), problemas de memoria, fenómenos de abstinencia y de rebote, reacciones paradójicas, riesgo de malformaciones fetales, síndromes perinatales (síndrome de abstinencia y síndrome hipnótico del recién nacido), somnolencia, pérdida de peso y problemas en el desarrollo del niño.

- Efectos secundarios de los Inhibidores de la MonoAminoOxidasa (IMAO): hipotensión ortostática, insomnio, aumento de peso, síntomas anticolinérgicos y disfunción sexual.
- Efectos secundarios de los antidepresivos tricíclicos (ATC): efectos anticolinérgicos (sequedad de boca, congestión prostática, visión borrosa, taquicardia, sudoración, estreñimiento...), hipotensión ortostática, activación transitoria (inquietud, insomnio), somnolencia, molestias gastrointestinales, temblor. Frecuentes interacciones con fármacos. Contraindicados en cardiopatías graves, glaucoma de ángulo estrecho, hipertrofia de próstata.

**Tabla 43. Características diferenciales de los ISRS**

NOMBRE	DOSIS (mg)	INDICACIONES	EFFECTOS SECUNDARIOS DIFERENCIALES	INTERACCIONES
Citalopram	20-60	Depresión, trastorno de angustia con o sin agorafobia, TOC	Menos disfunción sexual	Pocas interacciones
Escitalopram	10-20	Depresión, trastorno de angustia con o sin agorafobia, trastorno de ansiedad social, trastorno de ansiedad generalizada	Menos disfunciones sexuales	Pocas interacciones
Fluoxetina	20-60	Depresión, bulimia nerviosa (TCA), TOC	Disminución de peso los primeros meses	Inhibidor del citocromo P450, evitar en epilepsia e insuficiencia hepática
Fluvoxamina	50-500	Depresión, TOC	Sedación, menos problemas sexuales, náuseas, mareo	Aumenta los valores de teofilina. Inhibidor del citocromo P450
Paroxetina	20-50	Depresión, trastorno de angustia con o sin agorafobia, TOC, trastorno de ansiedad social	Sedación, disfunción sexual, aumento de peso	Evitar en insuficiencia renal, inhibidor del citocromo P450
Sertralina	50-200	Depresión, trastorno de angustia con o sin agorafobia, TOC en adultos y niños, TEPT	Diarrea, menos problemas sexuales	Pocas interacciones

TCA: Trastorno de la conducta alimentaria. TOC: Trastorno obsesivo compulsivo. TEPT: Trastorno por estrés post-traumático.

Modificada de Jones R. *Managing depression in primary care. BMJ 2005;330:800-801.*

Stahl SM. *Depresión y trastornos bipolares, en Psicofarmacología esencial. Bases neurocientíficas y aplicaciones clínicas. 2ª ed. Ariel. Neurociencia 2000.*



- Efectos secundarios de los Inhibidores Selectivos de Recaptación de Serotonina (ISRS) náuseas, molestias digestivas, cefalea, disfunción sexual y síntomas de hipersensibilidad (inquietud, insomnio) y algunas veces ansiedad.

## Tratamiento de la crisis de angustia

### Tratamiento psicológico

Tratamiento de apoyo y cognitivo. **La exposición en vivo:** Es eficaz en 58 a 83%, con abandono entre el 10 y el 25%. Exposición paulatina de la situación ansiógena, o presentación de una forma abrupta: “inundación”. **Tratamiento cognitivo-conductual:** 12 sesiones durante 3 meses ausencia de crisis en un 74 a 95% y menos recaídas. El tratamiento combinado es eficaz y complementario.

### Tratamiento farmacológico

#### Antidepresivos tricíclicos

**Imipramina.** Inicio: 25mg/d e incrementar dosis hasta 150 mg/d. Muy eficaz en el 70% con inicio de respuesta en la cuarta semana. Efectos secundarios anticolinérgicos frecuentes. **Clomipramina.** Inicio 10 a 25 mg/d y dosis crecientes hasta 100-150 mg/d. En ocasiones hasta 50 mg/d. Es preferible perfil serotoninérgico: **Fluvoxamina** que aquellos con perfil noradrenérgico como lofepramina y desipramina. Otros: amitripilina, nortriptilina.

#### Inhibidores de la MonoAminoOxidasa (IMAO)

**Fenelzina** más eficaz que imipramina para síntomas fóbicos, conducta evitativa y desadaptación laboral y social. Inicio: 15 mg/d, incremento gradual cada 3 a 4 días, dosis media: 45 a 75 mg/d en dos tomas diarias. Tiempo de respuesta prolongado. Ventajas: ausencia de riesgo de dependencia, efecto antidepresivo adicional y efecto antifóbico. Los efectos secundarios importantes relegan su uso a especialistas en casos resistentes riesgo de peligrosas crisis hipertensivas por interacciones con tiramina (queso, habas, vino, conservas) y fármacos simpaticomiméticos (vasoconstrictores).

#### Benzodiazepinas

Conviene asociar benzodiazepinas (acción inicial rápida) a antidepresivos (acción diferida). **Alprazolam.** Inicio: 1,5 mg/d e incremento de 1 mg/d semanal. Dosis media: 4 a 6 mg/d dividida en 3 tomas. Acción precoz y menos efectos secundarios, Mejor tolerado, más seguridad en sobredosis. Efectos secundarios y riesgo potencial de abuso en consumidores de sustancias adictivas. Hay disfunciones sexuales y riesgo de recaídas tras supresión. El síndrome de abstinencia se evita con desescalada lenta disminuyendo 0,5 mg/d cada semana. La forma retard permite 2 tomas al día. **Clonazepam** tiene una semivida más prolongada, menor ansiedad entre dosis y menor potencial adictivo. La dosis media es de 1 a 3 mg/d, en 2 tomas al día. Los síntomas de retirada son leves, frecuente sedación y a veces cuadros depresivos. **Lorazepam** dosis media de 7 mg/d repartidos en 2 ó 3 tomas.

#### Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) (tabla 43)

Primera opción terapéutica, eficacia similar a los tricíclicos, mejor tolerados, menos abandonos, mejor perfil de efectos secundarios. Efectos secundarios frecuentes lo que justifica inicio a dosis bajas gradualmente crecientes. **Citalopram** (dosis inicial 10 y dosis mínima eficaz 20), **escitalopram** (dosis inicial 5 hasta dosis de 20), **paroxetina** (dosis inicial 10 y dosis mínima eficaz 40) y **sertralina** (dosis inicial 25 y dosis mínima eficaz 50).

#### Duración de la farmacoterapia

Un año como mínimo con supresión paulatina en 4 a 6 meses. Si las crisis de angustia reaparecen, se reinstaura el tratamiento. A partir del tercer episodio, tratamiento indefinidamente. En mantenimiento con alprazolam o imipramina a veces se puede reducir a la mitad la dosis de antidepresivo.

## Tratamiento del trastorno de ansiedad generalizada

Hay que asociar farmacoterapia, psicoterapia y autoayuda. Si hay trastorno depresivo se trata. Si se requiere tratamiento urgente: información y apoyo, ayuda a la resolución del problema, benzodiazepinas, antihistamínicos sedantes y autoayuda. Si hay taquipnea con hipercapnia, hacer respirar al paciente en una bolsa de papel.

### Tratamiento psicológico

Consejo terapéutico y consejo a familiares. La terapia cognitivo-conductual (TCC) es la más indicada, con técnicas de modificación de conducta y de reestructuración cognitiva.

#### Terapia cognitiva

Modifica los pensamientos automáticos, las creencias e ideas irracionales mediante la comunicación verbal. Lo importante no son los hechos objetivos sino la valoración de ellos por el paciente en función de su estructura de creencias. Terapia cognitiva de Beck, terapia racional-emotiva de Ellis o la **terapia cognitivo-conductual de Meichenbaum;** la más valorada tras estudios comparativos de resultados. Sesiones semanales de 1 a 2 horas con duración total de 16 a 20 horas, un máximo de 4 meses. Si es más breve, suplementar con información y tareas focalizadas adecuadas con autoayuda.

#### Terapia de la conducta

Entrenamiento asertivo y en habilidades

sociales. Primero se evalúa la conducta social del paciente con autoobservación o con tests psicométricos. Después se establecen objetivos. Se ensayan frases, expresiones o movimientos, siendo útil el *roll-playing*. **Psicoterapia de apoyo o esclarecimiento:** tranquilización reiterada, eliminación o disminución del estrés ambiental y prestar apoyo. Fomentar una relación positiva y accesible con el médico intervenciones activas, basadas en la psicoterapia sustitutiva, con actuación del terapeuta en forma de un “yo auxiliar”. Técnicas utilizadas: la sugestión, el refuerzo, el consejo, la prueba de realidad, la reafirmación, la clarificación o el establecimiento de límites.

### Técnicas de relajación

**Relajación progresiva de Jacobson:** Sesiones de media hora para aprender a contraer y relajar la musculatura corporal. Cada 15 días se trabaja un paquete muscular distinto. **Entrenamiento autógeno de Schultz:** Basado en técnicas de hipnosis, logra en sesiones progresivas una relajación cada vez más completa: vasodilatación cutánea y relajación muscular, control sobre la respiración, la frecuencia cardíaca, calor abdominal y fresco en la cara. **Yoga y meditación:** posturas corporales con ejercicios de respiración abdominal. La meditación trascendental: ejercicios mentales que permiten la desconexión de las vivencias cotidianas. **Retroacción biológica** (biofeedback): Condicionamiento instrumental. Con electrodos se registra una actividad orgánica en sesiones de 30 minutos y se enseña al sujeto a controlarse a sí mismo. **Hipnosis y sugestión:** Método rápido que disminuye la conciencia, logra la regresión mental parcial en el tiempo.

### Terapia psicodinámica

Indicada en estructura gravemente neurótica o intensa conflictividad intrapsíquica. El psicoanálisis ha sido la técnica más desarrollada. Individual o en grupo. Requiere años de tratamiento y se excluyen los casos urgentes. Requisitos: edad inferior a 40-45 años, motivación, nivel económico, cultural e intelectual medio-alto, capacidad de introspección y terapeuta experto.

Por sus resultados contrastados en adultos se preferirá la Terapia Cognitivo Conductual y la Relajación progresiva de E. Jacobson. En niños y adolescentes se aplicará la Terapia Cognitivo Conductual.

## Tratamiento farmacológico

### Benzodiacepinas

Se recomienda su utilización al inicio del tratamiento y por un corto periodo de tiempo, (4-6 semanas), hasta que el efecto del antidepresivo sea óptimo. A partir de 2 meses de tratamiento riesgo de dependencia y tolerancia en consumidores con abuso de sustancias (drogadicción o caracteriopatías graves). No deberían usarse más de 4 semanas. Inicio con mínima dosis eficaz, incremento hasta valores estables 4 a 6 semanas y luego descender progresivamente. Las de semivida intermedia (8 a 15 horas) pueden fragmentarse.

### Agentes serotoninérgicos

**Buspirona:** Serotoninérgica. Es agonista parcial de los receptores 5-HT 1A pre y postsinápticos. No produce sedación, abstinencia ni dependencia. No interacciona con el alcohol ni con los depresores del SNC. Efectos adversos: náuseas, mareo y somnolencia. La dosis media: 20 a 40 mg/d. Su efecto terapéutico comienza en 2 a 6 semanas. Ineficaz en pacientes tratados con benzodiazepinas en el mes anterior. Útil en abuso de sustancias tóxicas.

### Antidepresivos tricíclicos y sus derivados

Actúan inhibiendo la recaptación de aminas en el terminal presináptico. Presentan efectos anticolinérgicos y frecuentes interacciones con otros fármacos. Contraindicados en cardiopatías graves, glaucoma de ángulo estrecho, hipertrofia de próstata. Riesgo de sobredosificación por ideación autolítica en depresión asociada. **Amitriptilina** e **imipramina** y son los fármacos más usados.

### Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina

Tienen indicación **escitalopram** (10-20 mg) y **paroxetina** (20-50 mg) a las dosis recomendadas.

### Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina y noradrenalina

**Venlafaxina:** También indicado. Inhibe la recaptación de serotonina y noradrenalina. Es eficaz la formulación retard en dosis de 75 a 150 mg/d.

### Otros fármacos de interés

- **Betabloqueantes: Propranolol:** Dosis media 20-160 mg/d. Acción antifóbica. Feed-back positivo al disminuir la preocupación por la taquicardia y el temblor. Actúan periféricamente y presentan acción cardiológica, a veces contraindicada.
- **Agonistas alfa 2 adrenérgicos, neurolépticos, antihistamínicos, ansiolíticos de nueva generación (beta-carbolinas)** son fármacos de segunda elección. Sulpiride se usa en síntomas psicofisiológicos (trastornos gastrointestinales y vértigos). Uso de neurolépticos no indicado.

## Tratamiento del trastorno de angustia con o sin agorafobia

### Tratamiento psicológico

Hay que romper el círculo vicioso: ansiedad-miedo de perder el control-miedo de morir-ansiedad. **Terapia Cognitivo Conductual** 7 a 14 horas en sesiones semanales de 1 a 2 horas durante 4 meses. Cuando sea más



breve se aplicará información específica y tareas focalizadas. En TCC muy breve (7 horas de duración) se incluirá material de autoayuda. Un tipo de pacientes requiere TCC intensiva un breve tiempo. En adultos: Exposición in vivo, o Control del pánico de Barlow Clark y Relajación progresiva de E. Jacobson. También se aplicarán **Técnicas de Autoayuda**.

### Tratamiento farmacológico

En la crisis de angustia: benzodiazepina oral (**alprazolam, diazepam, lormetazepam**), preferible la de acción rápida alprazolam. En tratamiento de mantenimiento indicados como primera elección ISRS autorizados: **escitalopram, citalopram, paroxetina y sertralina** y no se recomiendan benzodiazepinas, (los primeros días puede usarse alprazolam en combinación con ISRS) ni antihistamínicos sedantes ni antipsicóticos. Si no hay respuesta tras 12 semanas, tricíclico: clomipramina (el más eficaz), imipramina, en dosis baja inicial hasta llegar a dosis recomendadas que son más elevadas que para los cuadros depresivos. Comienzo del efecto tras 4 semanas, a veces se demora. El tratamiento dura como mínimo un año y supresión gradual.

## Tratamiento del trastorno obsesivo-compulsivo (T.O.C.)

### Tratamiento psicológico

En adultos: **Terapia Cognitivo-Conductual**: Exposición in vivo con prevención de respuesta en el tratamiento de los rituales y exposición de respuesta asistida por la familia con relajación. Parada del pensamiento útil en obsesiones sin rituales. En niños y adolescentes. TCC: Exposición con prevención de respuesta, con práctica reforzada. Además se aplicarán las **Técnicas de Autoayuda**.

### Tratamiento farmacológico

En adultos ISRS autorizados: **citalopram, fluoxetina, fluvoxamina** (con mejor relación coste-eficacia), **paroxetina, sertralina**. Como segunda elección clomipramina con misma eficacia, pero más efectos secundarios. Dosis: 200 a 300 mg/d. son superiores a las usadas para la depresión. Respuesta terapéutica en las 10 a 12 semanas. Si no hay mejoría se cambia a otro antidepressivo. Duración mínima del tratamiento es un año con retirada gradual. A veces hay que mantener el fármaco durante muchos años. Asociación de psicoterapia eficaz, en rasgos obsesivos dominantes o depresión coexistente.

## Tratamiento del trastorno de ansiedad social

### Tratamiento psicológico

En adultos se emplea **Terapia Cognitivo-Conductual**: Exposición in vivo y desensibilización sistemática. En niños y adolescentes se usa TCC: Terapia Cognitivo-Conductual y práctica reforzada (practicando el moldeamiento con reforzamiento positivo y extinción). **Autoayuda**.

### Tratamiento farmacológico

Trastornos de ansiedad social simple en adultos:

**Propranolol** antes de la exposición a la situación ansiógena. Es ineficaz en la fobia central generalizada y no afecta a la ansiedad que precede a una situación estresante, a la distorsión del conocimiento, ni a la comorbilidad. **Alprazolam** o **bromazepam** puntual, no más de una semana. Clonazepam: es útil pero no está indicado. Para el trastorno de ansiedad social los ISRS que tienen indicación son: **escitalopram** (10-20 mg/d) y **paroxetina** (20-50 mg/d), en dosis similares a depresión.

Aunque la respuesta es más rápida con escitalopram, la mejoría puede demorarse hasta 6-8 semanas. A partir de 8 semanas, valorar eficacia y aumentar dosis si fuera necesario. No hay consenso en la duración del tratamiento; los expertos recomiendan entre 1 y 2 años.

## Tratamiento de trastorno de fobias específicas

### Tratamiento psicológico

En adultos está indicada la **Terapia Cognitivo-Conductual**: Exposición in vivo y técnica de realidad virtual. En niños y adolescentes, TCC basada en: Modelado participante y práctica reforzada (con moldeamiento con reforzamiento positivo y extinción). **Autoayuda**.

## Tratamiento de estrés agudo y del estrés en general

### Tratamiento psicológico

**Terapia Cognitivo-Conductual**: Inoculación al estrés y activación conductual. **Autoayuda**.

### Tratamiento farmacológico

Benzodiazepina (**lorazepam, alprazolam, diazepam**) durante breve periodo.

## Tratamiento del trastorno por estrés postraumático y de la ansiedad de separación social

### Tratamiento psicológico

Es prioritaria la terapia psicológica centrada en el hecho traumático. En adultos **Terapia Cognitivo-Conductual** con exposición in vivo, inoculación del estrés y desensibilización sistemática. Estrategias de asesoramiento y se facilita la elaboración de la resolución del problema. En niños y adolescentes, la ansiedad por separación social se trata con TCC mediante el modelado participante y el entrenamiento familiar en manejo de ansiedad. Además, **Técnicas de Autoayuda**.

### Tratamiento farmacológico

**Amitriptilina, fenatiazina, mirtazapina** y

**paroxetina**, cuando el paciente no quiere o no puede recibir la psicoterapia, o ésta es poco eficaz, o hay una depresión o estado anímico que bloquea la terapia psicológica. Mínimo de 6 a 8 semanas, antes de valorar cambio de tratamiento. **Trazodona** si hay insomnio. Cuando va asociada una hiperactividad autonómica severa se asocian bloqueantes adrenérgicos. **Clonidina** o **Propranolol** para combatir las pesadillas, la hipervigilancia, las reacciones de alarma y los brotes de furia.

## Tratamiento de la ansiedad por trastorno adaptativo

Tratamiento psicológico con técnicas para el remodelado social y la reinsertión en el entorno, que se asocia a la farmacoterapia, cuando ésta fuera necesaria.

## Tratamiento del trastorno mixto ansiedad-depresión

Asociar la terapia psicológica a los fármacos. El uso único de benzodiazepinas no mejora el componente depresivo de la enfermedad, que puede cronificarse, mientras que la utilización de fármacos **antidepresivos** es eficaz para combatir los síntomas ansiosos, siendo éstos los fármacos de elección. Puede estar indicada asociar una **benzodiazepina** en los primeros días de tratamiento.

### Situaciones especiales

**Embarazo:** Evitar fármacos en el primer trimestre. Se valorará consentimiento informado. **Fluoxetina, paroxetina y sertralina.** Buspirona es más segura que las benzodiazepinas, las cuales producen malformaciones, síndromes perinatales y problemas en el desarrollo. Si fuera imprescindible lorazepam es la más segura.

**Lactancia:** **Fluoxamina, paroxetina y sertralina** en toma nocturna (menor excreción por la leche). Todas las benzodiazepinas se excretan por la leche materna, y producen somnolencia y pérdida de peso. Si el uso de benzodiazepinas es indispensable hay que suspender la lactancia natural.

**Edad infanto-juvenil:** Deben primar las intervenciones psicoterapéuticas, familiares y pedagógicas. El tratamiento debe ser individualizado: Consentimiento paterno. A partir de la pubertad los tratamientos se asemejan a adultos. Preferible ISRS a benzodiazepinas. El único indicado en niños es **sertralina en TOC**. Si hay que usar una benzodiazepina se elige clorazepato. buspirona presenta poca experiencia de uso.

**Ancianos:** **ISRS** en trastorno de angustia, trastorno de ansiedad generalizada y trastorno obsesivo-compulsivo. Si es preciso benzodiazepinas, **Lorazepam**, (dosis 0,5 a 5 mg/d.) Monitorización y vigilancia de efectos secundarios. Mitad de dosis que en adulto. A las 2 a 4 semanas evaluar respuesta al fármaco.

**Abuso de sustancias:** (alcohol, opioides, tóxicos, abuso de fármacos). Supresión del tóxico y ajuste farmacológico. ISRS (**fluoxetina** 20-50 mg/d, **sertralina** 50-200 mg/d), y como alternativa, **buspirona, imipramina, o tiaprida**. Evitar benzodiazepinas, salvo abstinencia estable, por riesgo de abuso y dependencia. Si

es necesario su uso, diazepam o clorazepato. Si hay problemas hepáticos, lorazepam.

### Patología médica asociada

Tratamiento etiológico de la enfermedad orgánica concomitante, proporcionar información y suministrar consejo terapéutico para que comprenda la interrelación entre la enfermedad orgánica y su cuadro de ansiedad.

### Recomendaciones para el manejo farmacológico de los trastornos de ansiedad con enfermedades orgánicas asociadas

- **Accidente cerebrovascular:** ISRS, nortriptilina, venlafaxina. Evitar benzodiazepinas por riesgo de confusión y otros efectos adversos.
- **Bulimia:** Fluoxetina.
- **Cáncer:** Antidepresivos sedantes y con efecto antiálgico (amitriptilina, doxepina). Benzodiazepinas.
- **Cardiopatía:** ISRS. Evitar ATC (salvo nortriptilina y mianserina).
- **Demencia:** ISRS, o venlafaxina. Evitar antidepresivos anticolinérgicos. Las benzodiazepinas agravan la confusión y alteración de la percepción.
- **Diabetes:** ISRS, precaución con fluoxetina, que puede aumentar la glucemia. Dolor crónico: ATC (amitriptilina, imipramina).
- **EPOC:** Evitar benzodiazepina (depresor respiratorio). Utilizar alternativas (Psicoterapia, antidepresivos evitando dosis altas).
- **Epilepsia:** Benzodiazepina anticonvulsivante (clonazepam, diazepam). ISRS. Evitar maprotilina y clomipramina. Monitorizar el fármaco.
- **Glaucoma:** ISRS. Evitar antidepresivo con efecto anticolinérgico.
- **Hipertrofia prostática:** ISRS. Evitar antidepresivo con efecto anticolinérgico.
- **Insuficiencia hepática:** ISRS. Como alternativa ATC a dosis reducidas. Lorazepam. Evitar ansiolíticos de vida media larga. Evitar dosis elevadas.
- **Insuficiencia renal:** Evitar dosis elevadas. Antidepresivos a mitad de dosis.
- **Migraña:** ATC (amitriptilina, imipramina).
- **Obesidad:** Fluoxetina.
- **Parkinson:** Nortriptilina. Como segunda elección, ISRS (sertralina).
- **Sida:** ISRS con dosis inicial muy baja. Evitar antidepresivos o anticolinérgico.
- **Traumatismo craneoencefálico:** ISRS. Evitar benzodiazepinas.





## Ansiedad: criterios de derivación a salud mental

### *Indicaciones de derivación al trabajador social*

- Ansiedad reactiva a situaciones sociales o problemáticas en la dinámica familiar.
- Dificultades físicas, psíquicas o económicas para realizar el tratamiento.
- Paciente sin autonomía y trámite de una minusvalía.
- Carencia de apoyo familiar y búsqueda de recursos.
- Mayores de 75 años con afectación crónica cuyo cuidador principal es frágil (anciano o enfermo crónico).
- Riesgo sociosanitario en inmigrantes, familias monoparentales, maltrato.

### *Indicaciones de derivación a los servicios de salud mental*

- Cuadros de ansiedad de **niños, adolescentes y embarazadas**.
- **Comorbilidad** con clínica debida a **consumo de tóxico o abuso de sustancias**. Derivar a centros de atención integral a drogodependientes.
- Pacientes susceptibles de **psicoterapia** en centro especializado.
- Ansiedad de **3 meses de duración sin mejoría**, otras 2 tratamientos sucesivos.
- **Gran disfuncionalidad** (**agorafobia, trastorno de angustia, trastorno de angustia social o fobia simple** en casos concretos,...) repercusión laboral y familiar y en recurrencias.
- Asociación a trastornos psiquiátricos graves: cuadros **psicóticos, trastorno de la conducta alimentaria, trastorno de la personalidad, trastorno del estado de ánimo severo (depresión mayor, trastorno de angustia no aislados o cronicados, trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno por estrés postraumático)**.
- Valorar hospitalización psiquiátrica por la gravedad del cuadro, ansiedad con **ideación suicida** franca o persistente, o con comportamientos de **auto o hetero-agresividad**. Riesgos para el paciente o para el entorno de convivientes.
- **No poder seguir el tratamiento** en régimen ambulatorio. Necesidad de separar al paciente de su entorno habitual.
- La **crisis de angustia o ataque de angustia requiere una atención urgente**, en el consultorio, o centro de salud, o en un servicio de emergencias hospitalario.
- **Dificultad en la valoración de la incapacidad laboral**.
- **A petición del paciente, cuando falta la confianza** en el profesional.

## Lectura recomendada

### Ansiedad normal y patología

- Benítez Moreno JM. Algoritmos prácticos de decisión en salud mental en atención primaria 2: situaciones crónicas. Zamorano Bayarri (coordinador) IM&C,S.A. Barcelona 2004.
- Eguiluz Uchurtu JI. Introducción a la Psicopatología. IM&C, SA. Madrid, 2001.
- Lobo A, Campos R. Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria. EMISA. Madrid 1997.
- Rojas E. Los lenguajes del deseo. Ediciones Temas de Hoy, S.A. Madrid 2004.
- Sadock BJ, Sadok VA. Sinopsis de psiquiatría de Kaplan-Sadock. Waverly Hispánica, S.A. Buenos Aires 2004.
- Trull TJ, Phares EJ Psicología Clínica. Internacional Thomson Editores, S.A. 6ª edición, México 2003.
- Vallejo Ruiloba J. Psiquiatría en Atención primaria. Ars Medica. Barcelona 2005.

### Clínica de la ansiedad

- Angst J, Dobler-Mikola A. The Zurich study. Diagnosis of depression. European Archives of Psychiatry and Neurologica, Sciencies, 234, 30 – 37.
- Bridges K, Goldberg D. Somatic presentation of DMS-III. Psychiatric disorders in primary care. J Psychosom Res 1985;29:563-569.
- Lobo A, Campos A. Los trastornos de ansiedad en Atención Primaria. EMISA, Madrid 1997.
- Sáiz Ruiz J, Ibáñez Cuadrado A, Montes Rodríguez JM. Psiquiatría médica: Trastornos de Angustia (crisis de pánico y agorafobia en Atención Primaria). Masson S.A, Barcelona 2001.
- Sánchez Calavera MA. Estudio de morbilidad psíquica por trastornos de ansiedad en Atención Primaria (tesis doctoral). Universidad de Zaragoza, Zaragoza 1994.
- Simon G, Gater R, Kissely s, Piccinelli M. Somatic symptoms of distress: an international primary care study. Psychosom Med 1996; 58:418-486.
- Spitzer R, Endicott J y Robins E. Research Diagnostic Criteria. Instrument Nº 58. State Psychiatric Institute. New York 1975.
- Trastornos por ansiedad. En: <http://www.w3.org/TR/REC-html40>
- Ustün BT, Sartorius N. Mental Illness in General Health Practice: An International Study. Chichester: John Wiley & Sons; 1995.
- WHO. International Clasification of Diseases. Revision 10. Worldhealth Organisation, Geneva 1990.

### Clasificación

- CIE 10. Décima revisión de la clasificación internacional de enfermedades: trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico: Organización Mundial de la Salud. Meditor, Madrid 1992.

- CIE 10. Décima revisión de la clasificación internacional de enfermedades: trastornos mentales y del comportamiento. Pautas diagnósticas y de actuación en Atención Primaria. Organización Mundial de la Salud. Meditor. Madrid 1996.
- DSM IV TR: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Masson SA, Barcelona 1995.

### Formas clínicas de ansiedad

- Aizpiri Díaz J y col. Manual de habilidades en salud mental para médicos generales. G. Montereina. Madrid 2003;4:307-364.
- De la Gandara Martín JJ. El médico y la ansiedad. Nuevas fórmulas para viejos problemas. You & Us S.A. 2000. 2;15-23.
- Fernández Rodríguez LJ. Aspectos básicos de salud mental en Atención Primaria. Editorial Trolla. Madrid 1999;5:94-115.
- Gil Gregorio P, Martín Carrasco M. Guía de buena práctica clínica en Geriátria. Ansiedad y depresión. Sociedad Española de Geriátria y Gerontología, 2004;1:69-79.
- Lobo A, Campos R. Los trastornos de ansiedad en Atención Primaria. EMISA. Madrid 1997; IV;88-95.
- Palao Vidal DJ, Márquez Rowe M, Jodar Ortega I. Guía psiquiátrica en Atención Primaria. Litofinter S.A. Barcelona 1996;3:19-36.
- Sáiz Ruiz J, Montes Rodríguez JM. Trastornos de ansiedad y depresión en la práctica médica. EDINSA. Madrid 2003.

### Tratamiento de la ansiedad

- Chamorro, Lorenzo (2004): Guía de manejo de los trastornos mentales en Atención Primaria. Ars Médica. Barcelona.
- Consejería de Sanidad y Consumo. Comunidad de Madrid (2004): Recomendaciones Farmacoterapéuticas en Salud Mental.
- Consejería de Salud y Servicios Sanitarios del Principado de Asturias (2005): Guía de recomendaciones clínicas en los trastornos de ansiedad.
- Fernández, Luis Jesús (1999): Aspectos básicos de Salud Mental en Atención Primaria.
- Gelder, Michael et al. (2000): Oxford Psiquiatría. Marbán Libros. Madrid.



- Gonçalves, Fernando et. al. (1996): Habilidades en salud mental para médicos generales. SB. Imp. Fernández Ciudad. Madrid.
- Hidalgo, M<sup>a</sup> Isabel y Díaz González, Rubén (1996): Manual de Psiquiatría para el médico de atención primaria. Gráficas Letra S.A. Madrid.
- Palao, Diego et al (1996): Guía Psiquiátrica en Atención Primaria. Litofinter. S.A.
- Pincus, Harold Adams, et al (2004): DSM-IV-TR A.P. Atención Primaria. Masson. S.A. Barcelona. España.
- Vallejo, Julio (2005): Psiquiatría en Atención Primaria. Ars Médica. Barcelona.
- Vallejo, Julio y Leal, Carmen (2005): Tratado de Psiquiatría. Ars Médica. Barcelona.
- Vázquez-Barquero et al. (1998): Psiquiatría en Atención Primaria. Aula Médica. Madrid.



# Actividades preventivas

Vicente Gasull Moliner

La **prevención**, en el ámbito de la depresión, es un proceso de intervención social – transpersonal o interpersonal – que, con el objetivo de mejorar el bienestar y la calidad de vida de la persona, grupo o sistema humano y, a partir de conocimientos científicos y técnicos previos, maneja los factores implicados o asociados en la génesis de la depresión.

La depresión, desde un punto de vista epidemiológico es el resultado de la actuación de unos factores (acontecimientos vitales estresantes) sobre un huésped, con una carga genética y una personalidad determinada, en un ambiente (apoyo social) determinado. Así pues, no podemos hablar de un factor etiológico único sino de una multicausalidad en la que incluimos factores ligados al huésped y al ambiente.

La prevención comportará el desarrollo de actuaciones concretas para evitar la aparición, recurrencia-recidiva, agravamiento o cronificación de la depresión.

Ateniéndonos a criterios epidemiológicos podemos clasificar los siguientes *niveles de prevención*:

1. Prevención primaria
  - Fomento de la salud
  - Protección específica
2. Prevención secundaria
  - Diagnóstico precoz y tratamiento inmediato
  - Limitación del daño
3. Prevención terciaria
  - Rehabilitación

Los apartados que se refieren a prevención secundaria y terciaria se tratarán en los apartados en los que se exponen el diagnóstico y el tratamiento, por tanto en este apartado nos vamos a referir fundamentalmente a la prevención primaria.

La **prevención primaria** es el tipo de intervención que se realiza antes de que se haya iniciado el trastorno, es decir, en el período de la prepatogénesis. Su

objetivo es impedir la aparición de la depresión. Se puede agrupar en dos niveles:

- a) *Fomento de la salud*, que reúne medidas de carácter general para la mejora de la salud (medidas de política sanitaria)
- b) *Protección específica*:
  - Disminuir los factores de riesgo (fundamentalmente los psicosociales)
  - Promoción de los recursos personales

Las actividades preventivas en el ámbito de la salud mental implica cambios en la estructura social y cultural, cambios que son combatidos habitualmente por los grupos de poder de las diversas sociedades. Así, por ejemplo, muchas de las medidas preventivas en salud mental acordadas por los ministros de salud europeos en 1981 (*Council of Europe, 1981*) no sólo no se han llevado a la práctica, sino que incluso están siendo invertidas por las ideas librecambistas imperantes en Europa en los últimos años (tabla 44).

**Factor de riesgo** se refiere a unas condiciones biológicas, psicológicas y/o sociales, mensurables mediante variables directas o indicadores, que a partir de conocimientos científicos, se ha demostrado que participan con toda probabilidad en los antecedentes biopsicosociales asociados o implicados en la emergencia de trastornos o problemas mentales y de conducta.

Los conceptos **susceptibilidad y vulnerabilidad** son términos sinónimos en la literatura. Los utilizamos para indicar que un sujeto tiene una mayor tendencia a sufrir determinada patología.

Esta vulnerabilidad podría tener una predisposición genética, entendiéndola como una tendencia no determinante, de la misma forma que un sujeto, según su genotipo tendrá mayor susceptibilidad para sufrir enfermedades cardiocirculatorias, neoplási-

Tabla 44. Promoción de la salud mental, según la conferencia europea de ministros de sanidad (1980)

Medidas generales	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Mejora en los rendimientos del trabajo (incluido el nivel de creatividad personal)</li> <li>· Mejora de las condiciones de trabajo</li> <li>· Planes de integración social, desarrollo de nuevas habilidades, control e influencia sobre condiciones sociales desagradables o los inconvenientes</li> </ul>
Limitación del impacto de los acontecimientos sociales estresantes (medidas de soporte social y prevención primaria no especializada)	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Planes de ayuda para desarrollar cultura, conocimientos, habilidades, adaptación, etc.</li> <li>· Programas para proveer relaciones estables para los niños y actividades "con sentido" para los ancianos</li> <li>· Reforzamiento de las redes sociales</li> <li>· Apoyo a la participación de los ciudadanos en "lo público"</li> </ul>
Prevención primaria específica	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Educación sanitaria</li> <li>· Programas especiales contra el alcohol y las drogas en los colegios, servicios sanitarios y servicios sociales</li> </ul>
Prevención secundaria en grupos de alto riesgo (GAR)	<ul style="list-style-type: none"> <li>· GAR por exposición al estrés: progenitores solos, personas marginadas, personas de bajo nivel cultural, discapacitados, desempleados crónicos</li> <li>· GAR por "conductas de riesgo": abuso de alcohol o drogas, por ejemplo</li> </ul>

cas o endocrinas. Dichas enfermedades las desarrollará en mayor o menor medida, en función de sus hábitos de vida y/o factores de riesgo.

Los factores de vulnerabilidad descritos en 1978 por Brown y Harris son:

1. Pobre relación con el confidente o falta de ella
2. Nulo o difuso soporte social
3. Vivir solo
4. Pobre relación con los miembros de la comunidad
5. Presencia en el hogar de 3 o más hijos menores de 14 años
6. Pérdida parental por muerte antes de los 11 años
7. Separación de uno o ambos padres durante más de 1 año antes de los 11 años
8. Desempleo del esposo
9. Anterior "contacto" con los servicios de salud por "nervios"
10. Baja autoestima

La asociación del grado de vulnerabilidad a ciertos estímulos ambientales de carácter estresante pueden actuar como desencadenantes en la aparición de un trastorno mental.

La persona es un agente activo que mediante estrategias de autorregulación de la emoción, cognición o conducta puede modificar el impacto del estresor.

El estrés es una relación particular entre el individuo y su entorno, que es evaluado por éste como amenazante o desbordante de sus recursos y que pone en peligro su bienestar. Es decir, el estrés supone una discrepancia (real o percibida) entre las demandas socioambientales y los recursos del individuo para responder a ellas. Por consiguiente el grado de estrés que sufrirá un individuo será proporcional al estímulo recibido e inversamente proporcional a la capacidad de afrontamiento y de adaptación del sujeto.

Este punto es fundamental para entender los factores de riesgo y de protección de la enfermedad mental. Por ello, debemos tenerlo presente durante la exploración del sujeto. Para disminuir la vulnerabilidad y, por tanto, el riesgo de enfermar y sufrir recidivas, es imprescindible el entrenamiento del individuo en las estrategias de afrontamiento y protección, como son: la asertividad, las habilidades sociales y la racionalización de los pensamientos automáticos para modificar las distorsiones cognitivas.

*Factores moduladores* son factores cognitivos y conductuales que modifican los efectos potencialmente estresantes de los acontecimientos. La clase social, las características personales, el tipo de afrontamiento y, sobre todo, el locus de control de salud y el apoyo social son factores moduladores del estrés.

## Factores de riesgo psicosocial

Serán aquellos que actúan incrementando la incidencia y prevalencia del trastorno depresivo. Para que un factor pueda ser considerado de riesgo se requiere una secuencia temporal entre el factor de riesgo y el trastorno para argumentar que existe una relación de causalidad.

Dentro de los factores de riesgo psicosocial es posible diferenciar aquellos que preceden e incrementan el riesgo de presentación de nuevos casos de depresión, de aquellos que están asociados a la manifestación o al curso del trastorno. De hecho, los factores psicosociales pueden conside-

rarse factores etiopatogénicos, por un lado, y factores pronósticos de la enfermedad depresiva, por otro.

### Características sociodemográficas

#### Sexo

Numerosos autores coinciden en señalar una mayor tasa de trastornos depresivos en la mujer. La proporción estimada es de dos casos en la mujer por un caso en el varón, tanto en las poblaciones estudiadas en tratamiento como en la población general.

La proporción mujer/hombre se iguala prácticamente para los dos sexos en el caso de la depresión bipolar, situándose en 1,2/1.

La ocupación extradoméstica de la mujer casada, lejos de suponer un factor de protección frente a la patología mental, se comporta como un significativo factor de riesgo.

El perfil de riesgo de patología afectiva en la mujer queda definido como el de una mujer casada de 40 a 59 años de edad, sin hijos menores de 15 años y que desempeña una doble jornada laboral, doméstica y extradoméstica.

#### Edad

Existe un amplio acuerdo respecto a una mayor incidencia de sintomatología depresiva en los adultos jóvenes, concretamente entre los 18 y los 44 años de edad.

En la depresión bipolar se ha calculado un promedio de edad de inicio de 21,1 años para la mujer y 29,1 para el hombre. Se estima que los episodios recurren cada 2,7 a 9 años, y que, con la edad, el intervalo interfases se reduce, con un aumento en la amplitud del episodio, de manera que con el envejecimiento el enfermo bipolar tiene un mayor riesgo de presentar clínica.

Si relacionamos sexo y edad, parece existir una mayor frecuencia en el sexo femenino a partir de la adolescencia, mientras que este predominio no existe o puede incluso ser inverso en la infancia.

#### Otras características sociodemográficas

No existen pruebas concluyentes de que variables de tipo sociodemográfico, como la religión o la raza, vayan acompañadas de una mayor incidencia de depresión, así como tampoco se ha definido un patrón sociodemográfico que caracterice a los distintos niveles socioeconómicos ni educacionales en la distribución de la depresión. El trastorno bipolar sí parece ser más frecuente en los niveles socioeconómicos más elevados<sup>1</sup>.

Con relación a la clase social, tampoco puede hablarse de pruebas incuestionables, aunque se ha señalado por algunos autores un mayor riesgo en la mujer de clase trabajadora con hijos que en la mujer de clase media.

En la **depresión infantil** marcadores de desventaja social, como bajo nivel socioeconómico, pobreza, ser negro en un medio predominantemente blanco, así como la existencia de patología psiquiátrica en los padres y problemas con éstos, están asociados con un incremento de la posibilidades de padecerla.

### Acontecimientos vitales y factores estresantes crónicos

Múltiples estudios han evidenciado que los acontecimientos vitales (AV) pueden favorecer la aparición de problemas de salud física y mental, encontrándose acontecimientos vitales en los 6 meses previos al inicio de la depresión de forma más significativa que en la población general o en otros grupos de pacientes psiquiátricos. El hecho de que hay personas que han sufrido acontecimientos vitales o han estado sometidas a estresores crónicos y no han desarrollado depresión no permiten establecer de una manera clara el papel que juegan estos factores en la génesis de la depresión. Constituyen, por tanto, un factor de riesgo poco específico.

Se puede definir un AV como un *fenómeno externo, económico, social, psicológico o familiar, brusco que produce desadaptación social o distrés psicológico*. En palabras de Brown *cualquier circunstancia estresante, cambio o situación que exijan cambio en la vida del individuo*. Los eventos serán percibidos como amenazas que requieren un esfuerzo de adaptación mayor al habitual y son inesperados, no deseados, incontrolables y/o cargados de consecuencias negativas.

Brown y Harris afirman que aproximadamente el 60% de personas diagnosticadas de un trastorno mental han experimentado un AV grave durante las semanas previas al inicio de dicho trastorno.

La enfermedad sería el resultado del fracaso del individuo en la adaptación al estrés. No obstante, su existencia no es necesaria ni puede ser considerada una causa suficiente para la puesta en marcha de la depresión.

Las características que convierten a un estímulo en estresor son:

- incertidumbre
- cambio
- falta de información
- sobrecarga de los canales de procesamiento
- falta de conductas para hacer frente al estímulo, y
- combinación de las características anteriores

La mayoría de estresores o situaciones estresantes son sociales y/o ambientales.

#### Factores predisponentes

Serán aquéllos que acontecen durante la infancia y adolescencia, "predisponiendo" a la depresión en la edad adulta.

##### 1. Pérdida parental

La pérdida de un padre duplica o triplica el riesgo de padecer una depresión y,

adicionalmente, la pérdida parental, al parecer, está relacionada con la subsiguiente gravedad de la depresión y tentativas de autólisis.

No obstante, estudios posteriores han demostrado que la pérdida parental explicaría tan sólo el 2% de la varianza en la sintomatología depresiva. Así pues, es un factor de riesgo general e inespecífico para el episodio depresivo en la edad adulta, no provocando en sí misma el episodio depresivo, a no ser que confluyan otros elementos previamente aprendidos que modulan el grado de autoestima.

## 2. Factores ambientales indicadores de adversidad infantil

Están asociados a baja autoestima. La experiencia de adversidad en la infancia duplica el riesgo de depresión en el adulto. Estos factores son:

- a. abuso sexual en la infancia
- b. abuso físico
- c. pobre percepción de su rol en la familia
- d. estilo educacional

Especial importancia merece este último punto, por cuanto la familia es fuente de aprendizajes, de desequilibrios en el estilo de repartir atención y afecto por parte de los padres entre los distintos hermanos, de aprendizaje del estilo atribucional y de estilo de afrontamiento a problemas interpersonales.

Diversos autores han demostrado que los sujetos depresivos tienen una pérdida de afecto durante la infancia. Otras investigaciones apoyan, además, que los depresivos tienen mayores vivencias de sobreprotección que los no deprimidos, sobre todo, madres sobreprotectoras e intrusas, y que han tenido padres más negativos y que utilizan para ejercer el control sobre ellos más estrategias provocadoras de ansiedad y de culpa.

La afectividad negativa e inestable por parte de los padres, así como una autoridad parental inconsistente se asocia con mayores tasas de depresión en la edad adulta.

Otro aspecto a tener en cuenta en relación con el tipo de educación en la familia son:

### Factores precipitantes

Son los factores de riesgo que aceleran no sólo el inicio, sino otras situaciones clínicas, como recuperación, recaída/recurrencia o cronicidad del trastorno depresivo.

Son múltiples los estudios sistemáticos que documentan el gran papel precipitante de los acontecimientos vitales en relación al primer episodio depresivo más que en los episodios subsiguientes y la importancia de los factores ambientales y psicológicos en determinar el tiempo de recaída clínica.

Los estudios prospectivos establecen que la acción patogénica de los acontecimientos vitales está limitada desde la primera semana hasta los 6 meses. Los factores de riesgo ambiental son transitorios en su efecto, disipándose en el período de un año, a diferencia de los factores genéticos que mantienen un riesgo estable a lo largo del tiempo.

Los estresores crónicos predisponen también a padecer una depresión.

El mejor predictor de una futura depresión es la historia previa de depresión. Brown y cols. dan una gran importancia en el desarrollo de síntomas subclínicos crónicos y una vulnerabilidad a la depresión clínica y a la baja autoestima, los marcados estresores crónicos y los acontecimientos graves.

Factores que se han asociado a recaídas son: duración del trastorno antes del tratamiento y valoración clínica, edad, desarmonía matrimonial, neuroticismo.

Se ha registrado que los factores estresantes son determinantes de la gravedad del episodio actual y de la gravedad de la recaída.

Aquellos acontecimientos que suponen una pérdida para el individuo que los experimenta parecen ser los que se asocian de manera más clara al inicio del trastorno depresivo. Entre éstos se incluirían la muerte del cónyuge o un familiar próximo, el divorcio o la separación, la jubilación o la pérdida de empleo, abandono del hogar por parte de algún miembro de la familia,... los problemas de salud física (que al igual que los anteriores implicarían una pérdida).

El inicio del trastorno depresivo se ve afectado de manera negativa en la medida en que la situación vivida es más incontrolable, no deseada, impredecible, de gran magnitud y de gran prolongación en el tiempo. Además, cuanto más traumático es el acontecimiento vital, más importante y prolongado en el tiempo parece ser su efecto sobre la depresión. También se ha señalado que a menor deseabilidad social, mayor influencia del acontecimiento sobre el inicio del episodio depresivo.

El poder predictivo de los acontecimientos vitales sobre la respuesta al tratamiento y el curso de la depresión es escaso. Si los eventos estresantes se producen durante el episodio depresivo, entonces constituyen un factor de mal pronóstico para la duración y cronicidad de los síntomas depresivos.

La distimia se ha asociado con la existencia de estresores menores (cotidianos), sentimientos de soledad y utilización de estrategias de afrontamiento inadecuadas.

En cuanto a la relación entre **acontecimientos vitales estresantes y depresión endógena**, la investigación ha demostrado que la proporción de pacientes endógenos y reactivos que refieren AV es similar. Brown y cols. (1994) confirman que el primer episodio depresivo es provocado por un AV grave, independientemente del subtipo depresivo estudiado. Babbington y cols. (1993) acuñan el término *incubación* (retraso temporal entre la situación estre-



sante y los síntomas) para describir una característica de la relación patogénica de los AV en la depresión endógena. Desde el punto de vista evolutivo, la presencia de acontecimientos vitales estresantes durante el seguimiento predice la recaída clínica en la melancolía, sobre todo si el paciente no está bajo tratamiento antidepressivo profiláctico.

Si analizamos la relación entre **historia familiar y acontecimientos estresantes** Babbington y cols. (1988) demuestran una elevación significativa de depresión y AV amenazantes en los familiares de depresivos a diferencia de los controles, por lo que sugieren que el riesgo de sufrir una depresión y mayor propensión a sufrir AV es familiar. Los sujetos con antecedentes familiares de depresión son más sensibles al efecto provocador de ciertos AV.

## Recursos personales

### Soporte social

Se entiende por soporte social la presencia de una relación emocional íntima (fuente de afecto, de afirmación y de ayuda) en situaciones de estrés. Dos posibles definiciones son: *“Información verbal o no verbal, ayuda tangible o acción prestada por íntimos o inferida de su presencia y que tiene efectos beneficiosos conductuales y emocionales en el receptor”* y *“Provisiones instrumentales o expresivas, reales o percibidas, aportadas por la comunidad, redes sociales y amigos íntimos”*.

Es un elemento moderador del estrés y estaría asociado a la autoestima. Hay una relación positiva, tanto preventiva como de mejora, entre apoyo social y salud.

No hay una aceptación general entre si el soporte social tiene un efecto directo protector, independientemente del nivel de estrés, o si, por el contrario, tiene un efecto “tampón” de las consecuencias adversas de los acontecimientos estresantes. Parece ejercer una influencia indirecta sobre los trastornos afectivos en el sentido de moderación de los efectos de los acontecimientos vitales y del estrés. Aparentemente existe un efecto sinérgico entre el bajo soporte social y la presencia de acontecimientos vitales estresantes.

La falta de soporte social adecuado cuando un individuo está deprimido se ha asociado a un peor pronóstico, una lenta recuperación clínica y un alto índice de recaídas.

El efecto del apoyo social parece no ser el mismo en las distintas categorías diagnósticas de la depresión, de tal manera que parece bastante evidente en las depresiones leves o moderadas y menos claro en la depresiones endógenas y cuadros depresivos severos.

Sí existe acuerdo en considerar al apoyo social como factor de protección frente a las recaídas del trastorno depresivo y como factor de buen pronóstico para el curso del mismo.

El supuesto efecto protector del apoyo social sobre el desarrollo de un nuevo episodio depresivo se hace mas evidente cuanto mayor es la edad de los sujetos deprimidos.

### Habilidades sociales. Conductas-estrategias de afrontamiento

Llamamos habilidades sociales a una serie de conductas aprendidas que utilizamos en nuestras relaciones interpersonales. La ausencia de dichas habilidades dificulta la interacción social del sujeto. Habilidades como iniciar y mantener una conversación, dar las gracias, presentarse y presentar a otras personas, pedir u ofrecer ayuda, hacer o recibir un cumplido, expresar afecto, formular una queja o responder ante una queja, entre otras, son herramientas básicas para desenvolverse en el entorno social. La pobreza de habilidades sociales, disminuye la autoestima e incrementa el riesgo de enfermar.

Los recursos de afrontamiento son elementos y/o capacidades con las que cuenta la persona para hacer frente a las demandas del acontecimiento o situación potencialmente estresante y pueden ser internos (creencias, autoestima, atribuciones, compromisos,...) o externos (creencias, normas, valores, apoyo social,... ) al individuo. Por su parte, las respuestas de afrontamiento son *“aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos disponibles”*.

No hay patrones de afrontamiento perjudiciales o beneficiosos en sí, sino que son adecuados o no en función de su eficacia para reducir el estrés producido por un acontecimiento en un momento dado.

Es importante explorar este aspecto, especialmente en enfermos recurrentes. Con el adecuado entrenamiento en habilidades sociales va a mejorar su capacidad de afrontamiento. Con ello contribuimos a reducir su nivel de vulnerabilidad.

Las personas que desarrollan estrategias activas y centradas en resolver problemas presentan menos niveles de ansiedad y depresión tras un estresor, tanto a corto como a largo plazo.

Por el contrario, los sujetos que están centrados en sus emociones negativas no utilizan actividades placenteras para distraerse de sus emociones, no emplean estrategias estructuradas para resolver el problema y presentan un alto riesgo de episodios depresivos graves y prolongados.

Hay que resaltar también que el afrontamiento, además de como modulador del estrés en sí mismo, desempeña un papel importante en la percepción de la enfermedad y la promoción de la salud, en la recuperación de la enfermedad y en el ajuste a la enfermedad, tanto aguda como crónica.

Las habilidades para resolver problemas en los pacientes depresivos parecen caracterizarse por una mayor utilización de la reacción emocional en los enfrentamientos y una mayor dificultad en la toma de decisiones. Los estudios señalan que las características rumiativas parecen guardar relación con la duración del episodio depresivo y la severidad del mismo.

La **asertividad** es la expresión de los derechos y sentimientos personales (Lazarus, 1966). El entrenamiento asertivo ha demostrado ser eficaz en el tratamiento de la depresión y la ansiedad.

Los **pensamientos automáticos** son nuestro lenguaje interno, a través del cual describimos e interpretamos nuestras vivencias. Si el lenguaje interno es racional, los pensamientos van a ser ajustados a la realidad y no serán fuente de conflictos. En el caso de que sean irracionales y desajustados de la realidad, distorsiones cognitivas, van a convertirse en auténticos y potentes estímulos estresantes. El pensamiento precede a la emoción.

Las **atribuciones** se refieren al modo en que las personas explican las causas de los hechos. Las creencias y cogniciones de los individuos influyen en sus respuestas a situaciones en las que la salud es relevante. Los procesos atribucionales también afectan al afrontamiento a la enfermedad o a la amenaza de la misma. Las personas que realizan atribuciones externas tienen un peor ajuste psicológico que quienes consideran que pueden controlar el curso de la enfermedad.

Los diversos factores cognitivos comentados pueden acabar configurando la **percepción de control** de los individuos sobre sus vidas. La presencia o ausencia de control tiene una gran influencia sobre el bienestar emocional, cognitivo y físico, y sobre la posibilidad de desarrollar habilidades de autocuidado.

### *Personalidad*

Podemos definir la personalidad como un patrón persistente que agrupa rasgos afectivos, cognitivos y conductuales. La personalidad se asienta sobre bases genéticas y de aprendizaje, que se irán moldeando

durante la niñez y la adolescencia, alcanzando un cierto grado de estabilidad al inicio de la vida adulta.

Los sujetos que presentan un trastorno de la personalidad van a resultar más vulnerables ante los estímulos estresantes, incrementando el riesgo de sufrir una enfermedad mental.

Los rasgos de personalidad asociados al inicio del trastorno depresivo son:

1. Elevada puntuación en neuroticismo. El neuroticismo refleja una tendencia familiar para la depresión mayor. Elevadas puntuaciones en neuroticismo y obsesividad están asociadas a una evolución crónica. Asimismo una personalidad premórbida neurótica predice una pobre resolución del episodio depresivo.

2. Baja autoestima. En cambio ni los rasgos de introversión/extroversión, ni la tolerancia a la frustración, ni la sociabilidad, se han reportado como factores de riesgo para predecir depresión unipolar. Hay que indicar también que la experiencia depresiva produce efectos residuales sobre la personalidad, la cognición, el funcionamiento interpersonal y mayor impacto en la población adolescente.

El nivel de funcionamiento global, el número de acontecimientos vitales y un adecuado funcionamiento familiar constituyen los mejores predictores de evolución de la depresión a largo plazo.

## Lectura recomendada

- Álvaro JL (comp.). Influencias sociales y psicológicas en salud mental. Madrid: Siglo XXI 1992.
- Andrew B, Hawton K, Fagg J, Westerbrook D. Do psychosocial factors influence outcome in severely depressed female psychiatric in-patients? *Br J Psychiatry* 1993;163:747-754.
- Billings AG, Moos RH. Life stressors and social resources affect posttreatment outcomes among depressed patients. *J Abn Psychology* 1985;94:140-153.
- Brown G y cols. Life events and psychiatric disorder. *Psychol Med* 1973;3:74-87.
- Clayton P. Bipolar affective disorders: techniques and results of treatment. *Am J Psychother* 1978;32:81-92.
- De Santiago A y cols. La enfermedad mental en la mujer. *Psiquiatría* 1987;3:191-200.
- Gotlib IH y cols. Depression and perceptions of early parenting: a longitudinal investigation. *Br J Psychiatry* 1988;152:24-27.
- Gottlieb BH. Social support as a focus for integrative research in psychology. *Am Psychol* 1983;march:278-287.
- Hardy P, Gorwood P. Poids des événements de la vie dans l'évolution des dépressions. *L'Encéphale* 1993; XIX:481-489.
- Hirchsfeld R, Cross CK. Epidemiology of affective disorders. *Psychosocial Risk Factors. Arch Gen Psychiatry* 1982;39:35-46.
- Hunt MG. The only way out is through: emotional processing and recovery after a depressing life event. *Behav Res Ther* 1998;36(4):361-384.
- Just N, Alloy LB. The response styles theory of depression: tests and an extension of the theory. *J Abnorm Psychol* 1997;106(2):221-229.
- Kendler KS y cols. Childhood parental loss and adult psychopathology in women: a twin study perspective. *Arch Gen Psychiatry* 1992;49:109-116.
- Gershon S, Shopsin B, eds. Lithium: its role in psychiatric research and treatment. New York: Plenum, 1973.
- Lazarus RS, Folkman S. Procesos cognitivos y estrés. Barcelona: Martínez Roca 1984.
- Lin N, Ensel WM. Depression morbidity and its social etiology. The role of life events and social support. *J Health Soc Behav* 1984;25:176-188.
- Loranger A, Levine P. Age of onset of bipolar affective illness. *Arch. Gen Psychiatry* 1978;35:1345-1348.
- Nastase R. Psychosocial factors implied in the onset and clinical picture of the primary affective disorders. *Rev Roum Neurol Psychiat* 1990;28(4):287-304.
- O'Connell RA, Mayo JA. The role of social factors in affective disorders: A review. *Hospital and Community Psychiatry* 1988;39(8):842-851.
- Paykel y cols. Remission and residual symptomatology in major depression. *Psychopathology* 1998;31(1):5-14.
- Ravindraw AV y cols. Stressful life events and coping styles in relation to dysthymia and major depressive disorder. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 1995;19(4):637-653.
- Weissman M, Myers J. Affective disorders in a United States urban community: the use of the research diagnostic criteria in an epidemiologic survey. *Arch Gen Psychiatry* 1978;35:1304-1311.



# Indicadores de calidad

Armando Santo González

## 1. La calidad en la asistencia al paciente con problemas de salud mental

Del mismo modo que en otros aspectos asistenciales es más o menos sencillo diseñar criterios que sean capaces de medir el nivel de calidad que ofertamos, en el área de la salud mental siempre ha parecido un cometido de extrema dificultad.

Tras aceptar el reto, no hemos encontrado en la bibliografía referencias sobre posibles criterios e indicadores para evaluar estas parcelas asistenciales.

Lo que desde esta obra presentamos no es más que una propuesta de criterios de calidad para que, tras su consideración, puedan ser aplicados por quien esté interesado en evaluar su actividad asistencial en los campos de la depresión y la ansiedad. Los estándares recomendados para una primera evaluación pueden sugerir un bajo nivel de exigencia. Es posible, pero somos médicos de familia, no psiquiatras, y nuestras funciones no se limitan a estas áreas de asistencia. Tan sólo es una sugerencia y un punto de partida en las tareas de mejora.

¡¡Ojalá estemos por encima de ellos tras nuestra primera evaluación!!

Como no podía ser de otro modo, tanto los miembros del Grupo de Salud Mental como los del Grupo de Calidad de SEMERGEN estamos abiertos a las opiniones, críticas y/o aportaciones que se puedan plantear con el fin de mejorar estos criterios, con el objetivo final de dar una asistencia en salud mental de mayor calidad.

## 2. Indicadores de calidad asistencial en el proceso de atención al enfermo depresivo

Tras analizar el proceso, hemos detectado aquellas actividades imprescindibles en el desarrollo de una asistencia de calidad al paciente deprimido, planteando como posibles criterios de buena praxis los siguientes:

### Criterios dirigidos a evaluar la detección de pacientes depresivos

#### *Criterio 1*

Ante todo paciente con sospecha de presentar un trastorno depresivo debe constar en su historial clínico al menos dos preguntas acerca de síntomas afectivos (humor), cognitivos (interés y nivel de atención) y conductuales (inhibición, anhedonia). (Evidencia de nivel A)

#### **Aclaraciones:**

Se acepta como cumplido el criterio si consta test de dos preguntas: ¿Durante el último mes, se ha sentido a menudo decaído, deprimido o desesperado? ¿Durante el último mes, ha notado a menudo poco interés o placer en hacer cosas?

**Excepciones:** Ninguna.

**Estándar:** 60%

### *Criterio 2*

Ante todo paciente con sospecha de presentar un trastorno depresivo debe constar en su historial clínico anamnesis sobre sintomatología frecuentemente relacionada con estados depresivos.

#### **Aclaraciones:**

Se acepta como cumplido el criterio si consta haber explorado sintomatología típicamente psicósomática (astenia, anorexia, pérdida de peso, polimialgias, molestias gastrointestinales, sintomatología vegetativa), trastornos del sueño (despertar precoz, insomnio de conciliación, hipersomnía...), disfunciones sexuales (pérdida del deseo, disfunción erectil, anorgasmia...) y/o sentimientos de inutilidad y deseos de muerte.

**Excepciones:** Ninguna.

**Estándar:** 60%

### *Criterio 3*

Ante todo paciente con sospecha de presentar un trastorno depresivo debe constar en su historial anamnesis sobre antecedentes familiares.

#### **Aclaraciones:**

Se acepta como cumplido el criterio si consta haber indagado antecedentes de depresión en familiar de primer grado, suicidio, alcoholismo, toxicomanías, agresividad, malos tratos u otro tipo de enfermedad psiquiátrica.

**Excepciones:** Ninguna.

**Estándar:** 60%

### *Criterio 4*

Ante todo paciente con sospecha de presentar un trastorno depresivo se debe descartar trastorno bipolar: episodios previos de manía o hipomanía en algún momento.

#### **Aclaraciones:**

Valorar el periodo de manía como estado de ánimo expansivo o irritable con hiperactividad física y psíquica de tal grado que llega a originar problemas al sujeto.

**Excepciones:** Causa orgánica: fármacos, drogas, alteración neurológica o metabólica.

**Estándar:** 60%

## Criterios dirigidos a evaluar el diagnóstico de pacientes depresivos

### *Criterio 1*

Ante todo paciente con sospecha de presentar un trastorno depresivo, se debe descartar la posibilidad de causa orgánica o yatrogénica de la sintomatología. (Evidencia de nivel B)

#### **Aclaraciones:**

Se acepta como cumplido el criterio si consta la realización de actividades que clarifiquen el diagnóstico diferencial (determinación de pruebas de función tiroidea, niveles de vitamina B12, presencia de patología crónica, valoración de los fármacos que consume, tóxicos, etc.).

**Excepciones:** Estudio realizado por otro motivo en los 3 meses previos.

**Estándar:** 60%

### *Criterio 2*

Ante todo paciente con diagnóstico de trastorno depresivo, especialmente si es anciano, se deben considerar las características psicológicas, sociales, culturales y físicas así como la calidad de sus relaciones interpersonales. (Evidencia de nivel C)

#### **Aclaraciones:**

Se acepta como cumplido el criterio si consta la exploración de alguna de dichas características en la historia.

**Excepciones:** Ninguna.

**Estándar:** 60%

### *Criterio 3*

Ante todo paciente con diagnóstico de trastorno depresivo, antes de plantear una intervención terapéutica, se debe evaluar la respuesta a la intervención de cualquier episodio anterior. (Evidencia de nivel C)

#### **Aclaraciones:**

Se acepta como cumplido el criterio si consta haber indagado sobre dicha intervención.

**Excepciones:** Primer episodio depresivo en la biografía del paciente.

**Estándar:** 60%

## Criterios dirigidos a evaluar el tratamiento y seguimiento de pacientes depresivos

### Criterio 1

Todo paciente depresivo debe tener identificado en su historial clínico el tipo de episodio depresivo que padece como guía para la elección del tratamiento. (Evidencia de nivel A)

#### Aclaraciones:

Se acepta como cumplido el criterio si consta haber catalogado el episodio como:

- Depresión mayor (según criterios cercanos a la definición de caso que consta en el sistema de clasificación DSM-IV TR)
- Depresión no especificada (inicio reciente de síntomas depresivos que no reúnen todos los criterios necesarios para llegar al diagnóstico de depresión mayor según DSM-IV TR)
- Distimia (episodio depresivo menor crónico, de al menos dos años de duración, que no es consecuencia de una depresión mayor parcialmente resuelta)

**Excepciones:** Ninguna.

**Estándar:** 60%

### Criterio 2

Todo paciente depresivo, en el momento de instaurar tratamiento, debe recibir, así como su cuidador, información sobre la enfermedad, de su posible evolución y plan terapéutico. (Evidencia de nivel C)

#### Aclaraciones:

Se acepta como cumplido el criterio si consta haber informado sobre la enfermedad y su evolución o haberle suministrado documentación impresa que la contenga.

**Excepciones:** Ninguna.

**Estándar:** 60%

### Criterio 3

Todo paciente depresivo, en el momento en que se instaura el tratamiento, debe recibir, así como su cuidador, información sobre acciones a tomar antes situaciones de preocupación. (Evidencia de nivel C)

#### Aclaraciones:

Se acepta como cumplido el criterio si consta haber aportado documentación impresa o aconsejado que se pongan en contacto con el profesional de salud apropiado ante situaciones que generen dudas o temores.

**Excepciones:** Ninguna.

**Estándar:** 60%

### Criterio 4

Todo paciente depresivo, en el momento en que se clasifica en fase de remisión, debe recibir consejo sobre hábitos de vida saludable.

#### Aclaraciones:

Se acepta como cumplido el criterio si consta haber aconsejado sobre la realización de ejercicio físico reglado, disminución del consumo de alcohol, café y tabaco, mantenimiento de una higiene del sueño correcta o poner en práctica técnicas de autoayuda.

**Excepciones:** Ninguna.

**Estándar:** 60%

### Criterio 5

Todo paciente depresivo, en el momento en que se instaura el tratamiento, debe recibir información sobre el tratamiento farmacológico al que se va a someter.

#### Aclaraciones:

Se acepta como cumplido el criterio si consta que se ha informado sobre el plan de instauración del tratamiento, posibles efectos secundarios, tiempo estimado de duración del mismo así como de la conveniencia de no abandonarlo sin consulta previa con su médico.

**Excepciones:** Ninguna.

**Estándar:** 60%

### Criterio 6

Ante todo paciente con diagnóstico de trastorno depresivo, se debe preguntar directamente por las ideas o intentos de suicidio. (Evidencia de nivel C)

#### Aclaraciones:

Se acepta como cumplido el criterio si consta haber indagado sobre dicha cuestión.

**Excepciones:** Ninguna.

**Estándar:** 60%

### Criterio 7

Ante todo paciente con ideas de suicidio se debe indagar si tienen apoyo social adecuado y conocen los recursos de ayuda. (Evidencia de nivel C)

#### Aclaraciones:

Se acepta como cumplido el criterio si consta haber indagado sobre dicha cuestión y se aporta información sobre donde conseguir ayuda adecuada si la situación se deteriora.

**Excepciones:** Ninguna.

**Estándar:** 60%

#### *Criterio 8*

Todo paciente depresivo que en la primera visita se objetive como una verdadera urgencia (ideas de suicidio estructuradas o intento de autolisis frustrado) o no existan garantías de apoyo familiar debe ser derivado a un servicio de salud mental.

#### **Aclaraciones:**

Se acepta como cumplido el criterio si consta la derivación y el motivo que la ocasiona.

**Excepciones:** Ninguna.

**Estándar:** 60%

#### *Criterio 9*

Ante todo paciente que en visitas sucesivas, presente sintomatología psicótica, sospecha de trastorno de personalidad, comorbilidad severa, psiquiátrica o médica, o ideas de suicidio estructuradas debe ser derivado a un servicio de salud mental.

#### **Aclaraciones:**

Se acepta como cumplido el criterio si consta la derivación y el motivo que la ocasiona.

**Excepciones:** Ninguna.

**Estándar:** 60%

## 3. Criterios de calidad asistencial en el proceso de atención al enfermo con trastorno de ansiedad

Como hemos podido comprobar a la largo de la exposición previa, la ansiedad es una patología más etérea que la depresión o que las propiamente somáticas, por tanto, identificar aquellas actividades fundamentales en la ejecución de una asistencia de calidad al paciente ansioso es más difícil de concretar.

Planteamos como posibles criterios que indican un alto nivel de calidad asistencial en el manejo del paciente ansioso los siguientes:

### Criterios dirigidos a evaluar la detección de pacientes con ansiedad

#### *Criterio 1*

Ante todo paciente con sospecha de presentar un trastorno de ansiedad debe constar en su historial clínico anamnesis sobre síntomas ansiosos. (Evidencia de nivel D)

#### **Aclaraciones:**

Se acepta como cumplido el criterio si consta la exploración de síntomas como: nerviosismo, tensión psíquica, desasosiego, intranquilidad, preocupación, miedos o inquietud.

**Excepciones:** Ninguna.

**Estándar:** 60%

#### *Criterio 2*

Ante todo paciente con sospecha de presentar un episodio ansioso se tipificará la ansiedad como normal o patológica.

#### **Aclaraciones:**

Se entiende como:

- Ansiedad adaptativa o normal a la expresión transitoria y breve ante desafíos y exigencias del medio familiar, laboral, social, o de enfermedades físicas.
- Ansiedad patológica a la que por su intensidad y/o duración comporta una merma funcional del individuo en los distintos ámbitos de su vida (familiar, laboral, social)

**Excepciones:** Ninguna.

**Estándar:** 60%

#### *Criterio 3*

Ante todo paciente con sospecha de presentar un trastorno ansioso debe constar en su historial anamnesis sobre antecedentes personales relevantes.

#### **Aclaraciones:**

Se acepta como cumplido el criterio si consta haber indagado antecedentes sobre adicciones (tabaco, alcohol, fármacos u otras drogas). Patología crónica o acontecimientos vitales estresantes.

**Excepciones:** Ninguna.

**Estándar:** 60%



## Criterios dirigidos a evaluar el diagnóstico de pacientes con ansiedad

### *Criterio 1*

Ante todo paciente con sospecha de presentar un trastorno ansioso, se debe descartar la posibilidad de causa orgánica o iatrogénica de la sintomatología.

#### **Aclaraciones:**

Se acepta como cumplido el criterio si consta la realización de actividades que clarifiquen el diagnóstico diferencial (hemograma, determinación de pruebas de función tiroidea, función renal, presencia de patología crónica, valoración de los fármacos que consume, tóxicos, etc.).

**Excepciones:** Estudio realizado por otro motivo en los 3 meses previos.

**Estándar:** 60%

### *Criterio 2*

Ante todo paciente con diagnóstico de trastorno ansioso se debe explorar la coexistencia de trastornos del estado de ánimo y trastornos psicóticos. (Evidencia de nivel A)

#### **Aclaraciones:**

Se acepta como cumplido el criterio si consta la exploración de síntomas de la esfera afectiva o de la esfera perceptiva, conductual y de pensamiento en la historia clínica.

**Excepciones:** Ninguna.

**Estándar:** 60%

## Criterios dirigidos a evaluar el tratamiento y seguimiento de pacientes con trastorno de ansiedad

### *Criterio 1*

Todo paciente ansioso debe tener identificado en su historial clínico la forma clínica que padece, como guía para la elección del tratamiento. (Evidencia de nivel A)

#### **Aclaraciones:**

Se acepta como cumplido el criterio si consta haber catalogado la forma clínica (Trastorno de Ansiedad Generalizada, Trastorno por Estrés o Postraumático, Trastorno Obsesivo Compulsivo, Trastornos Fóbicos o Trastorno de Angustia).

**Excepciones:** Ninguna.

**Estándar:** 60%

### *Criterio 2*

Todo paciente ansioso, en el momento de instaurar tratamiento, debe recibir información sobre la enfermedad, así como de su posible evolución y plan terapéutico.

#### **Aclaraciones:**

Se acepta como cumplido el criterio si consta haber informado sobre la enfermedad y su evolución o haberle suministrado documentación impresa que la contenga.

**Excepciones:** Ninguna.

**Estándar:** 60%

### *Criterio 3*

En todo paciente ansioso el médico de familia puede realizar terapia de apoyo y consejo terapéutico, y si fuera necesario se recomienda la Terapia Cognitivo Conductual -TCC. (Evidencia de nivel A)

#### **Aclaraciones:**

Se acepta como cumplido el criterio si consta haber instaurado dicho tratamiento.

**Excepciones:** Ninguna.

**Estándar:** 60%

### *Criterio 4*

Todo paciente ansioso, en el momento en que se instaura el tratamiento, debe recibir información sobre el tratamiento farmacológico al que se va a someter.

#### **Aclaraciones:**

Se acepta como cumplido el criterio si consta que se ha informado sobre el plan de instauración del tratamiento, posibles efectos secundarios, tiempo estimado de duración del mismo, así como de la conveniencia de no abandonarlo sin consulta previa con su médico.

**Excepciones:** Ninguna.

**Estándar:** 60%

### *Criterio 5*

Todo paciente con diagnóstico de trastorno de ansiedad, debe ser derivado a salud mental ante situaciones no asumibles por Atención Primaria.

#### **Aclaraciones:**

Se acepta como cumplido el criterio si consta la derivación ante situaciones como:

- Ansiedad en grupos de mayor riesgo (niños, adolescentes y embarazadas)

- Comorbilidad con clínica debida a consumo de tóxicos o abuso de sustancias
- Ansiedad que no mejora tras tres meses de duración o tras dos tratamientos sucesivos
- Paciente susceptible de recibir psicoterapia no asumible por su médico de familia
- Gran disfuncionalidad, repercusión laboral y/o familiar
- Asociación a trastornos psiquiátricos graves
- Para valoración de ingreso hospitalario ante situaciones de gravedad con auto o heteroagresividad
- Necesidad de separar al enfermo de su entorno por imposibilidad de seguir el tratamiento
- Ante la desconfianza del paciente por la actuación de su médico de familia

**Excepciones:** Ninguna.

**Estándar:** 60%

## Conclusiones

José Arbesú Prieto

- La depresión junto con los trastornos de ansiedad, ya sea en su presentación aislada o conjunta, constituyen la mayoría de las enfermedades mentales atendidas por el médico de Atención Primaria; estimándose que uno de cada cuatro o cinco pacientes que acuden a nuestras consultas lo hacen por estos motivos. Diversos estudios epidemiológicos muestran que el 50% de los procesos que afectan a la salud mental están sin tratamiento, según las declaraciones efectuadas por Matthijs Muijen, asesor en salud mental de la Organización Mundial de la Salud, en las jornadas celebradas el día 10 de octubre de 2005 en Madrid con motivo del día Mundial de la Salud Mental, por lo que la detección precoz y el correcto abordaje por el médico de familia junto a una óptima coordinación con otros niveles asistenciales mejoraría la calidad de vida de estos pacientes.
- Transmitir seguridad y confianza de nuestra actuación realizando una entrevista clínica centrada en el paciente mediante una escucha activa en la que facilitemos su discurso, manteniendo sintonía con sus sentimientos y emociones, neutralizando sus inquietudes más intensas y aclarando el origen psicológico de los síntomas somáticos que presenta.
- Sospechar la probabilidad de una enfermedad mental en pacientes con acontecimientos vitales adversos, hiperfrecuentadores con sintomatología inespecífica como mareos, cefaleas, artralgias, abdominalgias, consumo de tóxicos o antecedentes familiares psiquiátricos.
- Una vez realizado el diagnóstico debemos valorar si será tratado por nosotros, siempre de acuerdo con el paciente, o debe ser derivado a otros niveles asistenciales debido a comorbilidad con otros procesos psiquiátricos graves, ideación o intento de suicidio, alcoholismo u otras adicciones.
- Informar al paciente y a la familia con lenguaje comprensible la naturaleza de la enfermedad, sus opciones terapéuticas y los recursos disponibles para el abordaje de la misma, procurando una toma de decisiones conjuntas en el proceso de atención.
- Explicar a la familia que la incapacidad del paciente es transitoria no forzándole a realizar actividades en las primeras etapas del tratamiento hasta una remisión de los síntomas.
- Evitar en el paciente creencias erróneas acerca del origen de su enfermedad y potenciar su introspección para que adopte un papel activo en su tratamiento, explicando su duración y la importancia de la adherencia al mismo.
- Se aconseja el tratamiento con ISRS y duales, asociados a benzodicepinas durante las primeras semanas mientras se logra un efecto óptimo de los antidepresivos. Es importante manejar dosis terapéuticas según ficha técnica y por un tiempo suficiente según el diagnóstico realizado.
- La psicoterapia es recomendable en la mayoría de estos procesos y las técnicas más sencillas, como las de relajación, respiración y de consejo terapéutico, pueden ser aplicadas por el médico de Atención Primaria.

## Lectura recomendada

---

- Álvarez E, Gastó C. Sintomatología depresiva en AP. Editorial M.D.
- Aranza JR. Guía farmacología del SNC.
- Bobes García J, Bousoño García M, González García-Portilla P. Manejo de los trastornos mentales y del comportamiento en AP. Ed. GOFER.
- Carrasco Perera JL, Díaz-Marsa MP. Medicina Clínica 2003;4;1.
- Chinchilla Moreno A. Guía terapéutica de las depresiones. Editorial Masson.
- Dan J, Stein E. Trastornos de ansiedad comorbidos con depresión. Edición española. Atlas Martín Dunitz Medical Publishing.
- García Ramos JM. Psicoterapia y psicofármacos en AP. Editorial IMC.SA.
- Saiz Ruiz J, Montes Rodríguez JM. Trastornos de ansiedad y depresión en la práctica médica. Edimsa.
- Vallejo Ruiloba J. Psiquiatría en AP. Editorial Ars Medica.
- Zaera Buitrago JL. Manual de Práctica clínica en Depresión para la AP. Editorial SCM.
- Zarco Rodríguez J, Toquero de la Torre F. Guía de buena práctica clínica en Depresión y Ansiedad, OMC, MSC. Edit. IMC S.A.

# Índice de Diapositivas

• DEPRESIÓN .....	3-74
• ANSIEDAD .....	75-121
• ACTIVIDADES PREVENTIVAS .....	122-131

Las diapositivas contenidas en el CD, que sintetizan el texto del documento y lo complementan, pueden utilizarse en presentaciones o publicaciones siempre que se referencie el documento de procedencia, *SEMERGEN DoC en Depresión y Ansiedad*.





# **SEMERGEN DoC**

Documentos Clínicos SEMERGEN

