

Guía para el tratamiento de los trastornos depresivos o ansiosos

Coordinador

Dr Gaspar Cervera

Gaspar@clinica-snc.com

SEGUNDA EDICIÓN

**Guía para el tratamiento de los trastornos depresivos o
ansiosos.**

Segunda edición.

Clínica del Sistema Nervioso

www.clínica-snc.com

Coordinador

Dr. Gaspar Cervera

Gaspar@clinica-snc.com

Área médica

Gaspar Cervera

Gonzalo Haro

José Martínez

Mila Fuentes

Área psicológica

Fani Bolinches

Ana Calero

José Moreno

Mónica Portillo

Teresa Fornes

Teresa Querol

Dedicatoria

Dedicamos la guía a las fuentes de conocimiento que nos ayudaron a formarnos, las cuales se materializan en diversas formas: en forma de libros, de profesionales, o incluso, y hay que reconocerlo, de pacientes que son la base de nuestra experiencia.

Para ello recurrimos a unos viejos versos alemanes...

Considerando la actividad desplegada hemos podido decir: este libro es nuestro.

Pero deliberando bien, después de terminado, nos preguntamos:

¿De dónde nos vino todo?

¿Hacia dónde va?

Y pronto reconocemos que todo es de vosotros.

Prologo a la segunda edición

Cuando en el verano del año 2009 se terminó de escribir la primera edición de la Guía no pensamos que algunos cambios en la propia dinámica de la clínica nos llevarían a una nueva edición en el verano del 2011, aunque en el mundo de la ciencia dos años es tiempo más que suficiente para por si mismo justificar una segunda edición.

Esta segunda edición aporta novedades con respecto a la primera, la más importante es que no se editará en forma de libro. Quedará en la www.clinica-snc.com, para que cualquier persona interesada pueda consultarla, y además formará parte de una importante remodelación de nuestra página web, que pretende actualizarse para servir de puente de unión con aquellas personas que puedan precisar de nuestra ayuda. Sin duda las nuevas tecnologías son un poderoso instrumento que bien utilizado puede llevarnos a una importante mejora en nuestra labor asistencial, con esa idea surge **la segunda edición de la Guía de tratamiento de los trastornos depresivos o ansiosos**. Esperemos que sea del interés de nuestros pacientes, y de aquellos navegantes de Internet interesados en ello.

Prologo de la primera edición(Sept.2009)

Los **trastornos depresivos y ansiosos** son en las sociedades modernas una epidemia, por su alta frecuencia. Además, resaltar en los casos más graves, el alto grado de sufrimiento que ocasionan a quienes los padecen, y con frecuencia a sus familiares más próximos. A ello hay que sumar el importante nivel de confusión que hay fuera del círculo de los especialistas en salud mental sobre el origen, la clínica, evolución y tratamiento.

De hecho, aunque en las clasificaciones nosológicas como el DSM IV-TR, quizás la más usada en nuestro país (por encima del CIE 10 de la OMS), diferencian los trastornos depresivos de los ansiosos de forma clara y contundente, en la práctica clínica las cosas no son tan fáciles, existiendo cuadros mixtos que desde hace años catalogamos como depresión ansiosa, con diferentes niveles de presentación de los síntomas afectivos y ansiosos, lo cual lo hace algo más complejo.

Llegados a este punto hay que ser modestos y reconocer que **estos trastornos con frecuencia son más síndromes que enfermedades, que presentan patrones de síntomas con algunas pruebas de validez clínica**, pero raramente dispondremos de unos marcadores biológicos claros que nos sirvan para validar los diagnósticos.

La problemática de la depresión ansiosa, así como otras cuestiones e interrogantes sobre: la toma o no de tratamiento farmacológico versus el tratamiento psicoterapéutico, la combinación de ambas pautas terapéuticas, el papel de las benzodiacepinas, el problema de la “posible dependencia” a los fármacos, la evidencia de la evolución a depresión de múltiple patologías ansiosas, o el papel de la personalidad, entre otros, siguen estando en primera fila.

En este sentido, en los últimos años los avances en el tratamiento de estos trastornos han sido espectaculares, así los fármacos conocidos como ISRS fueron una revolución, que terminó con un último escalón, el del escitalopram, una molécula mejorada de un fármaco (citalopram) que ya fue muy importante. La familia de los ISRS en el último decenio se vio complementada con la aparición de un fármaco dual, la Venlafaxina, siendo ésta la primera molécula de los duales. En los últimos años la aparición de la Duloxetina, un nuevo dual que aportaba mejoras posológicas y de efectos secundarios, facilitó el tratamiento de ambos tipos de trastornos.

El tratamiento farmacológico es con frecuencia (no en todos los casos) complementado con el abordaje psicoterapéutico (siendo dicho abordaje considerado como principal, secundario, o no procedente) según el trastorno que se presente, así como la edad, capacidad intelectual y cultural del paciente. Sin olvidar que el paciente entienda y acepte dicho abordaje.

En la **Clínica del Sistema Nervioso**, de los más de 500 nuevos casos que atendemos anualmente (desde hace varios años los siete psiquiatras y seis psicólogos), alrededor de un 80% pertenecen a ese grupo de trastornos depresivos y ansiosos, y en mi caso el porcentaje es de más del 90%, por lo cual arrastramos una casuística de varios miles de historias clínicas (solamente contando mis casos, son cerca de cuatro mil) en los casi treinta años de existencia.

Todos los médicos de la clínica, y algunos de los psicólogos, compatibilizamos nuestra labor asistencial entre la asistencia pública y la privada, por ello estamos inmersos en una realidad clínica alejada del dogmatismo de escuela que con frecuencia lleva a la confusión a muchos pacientes, y a algunos médicos y psicólogos no especialistas. En mi caso además, a la experiencia clínica, se suma mi labor docente como profesor asociado de la Unidad Docente de Psiquiatría y Psicología Médica de la Facultad de Medicina, desde hace veinte años. Creo que lo dicho explica el interés de enseñar lo aprendido.

Por todo ello a principios del año 2009 se me ocurrió la idea de hacer una **guía para el tratamiento de los trastornos depresivos y ansiosos** que pudiera dar respuesta a muchas de las dudas que se presentan en el campo de la atención primaria de salud, con el fin de ayudar al médico de familia que trata a una parte importante de estos pacientes.

En ella además contestamos a algunas de las preguntas que nuestros pacientes nos hicieron a lo largo de los últimos meses al correo electrónico de la clínica, contestaciones que pueden servir para aclarar muchas de las cuestiones que también les plantearán los pacientes a los médicos de primaria que lleven casos semejantes.

Terminamos la obra con unas conclusiones muy prácticas sobre estos trastornos.

No es un tratado, de esos ya tenemos bastantes y por lo general cubiertos de polvo, en nuestras librerías. Es una **obra manejable, clara y concisa**, para los que quieran saber aquello que la práctica clínica y la experiencia nos enseñó. Con ella pretendemos, tal como reflejan los antiguos versos alemanes usados en la dedicatoria, devolver y compartir lo que aprendimos. Esperemos haberlo conseguido.

Dr. Gaspar Cervera

En nuestro afán de colaborar con nuestros pacientes nos ofrecemos a que cualquier duda que se tenga pueda ser consultada y será contestada por el propio profesional que le trate.

Para aquellas personas que no sean pacientes de la clínica y quieran hacer alguna pregunta sobre los trastornos depresivos o ansiosos pueden hacerlo en el correo del coordinador de la guía, el Dr. Gaspar Cervera en Gaspar@clinica-snc.com

Muchas gracias.

Índice

- *Introducción. Formas clínicas de presentación. Generalidades sobre terapéutica.*
- *La medicación y la psicoterapia en los trastornos depresivos y ansiosos. El tratamiento integrado. El consejo terapéutico en atención primaria.*
- *Clínica de los Trastornos depresivos y ansiosos: sintomatología, epidemiología, evolución y tratamiento.*
 - *Depresión.*
 - *Ansiedad.*
- *Trastornos de Personalidad del Grupo C*
- *Dudas y cuestiones planteadas por los pacientes.*
- *Conclusiones.*

A- Introducción. Formas clínicas de presentación. Generalidades sobre terapéutica.

A.1 Introducción

Se calcula que en nuestro país el 25% de los pacientes que acuden a atención primaria presenta un trastorno psiquiátrico, y que un importante porcentaje (se llega a decir que hasta la mitad de ellos) no llega a diagnosticarse por ser formas enmascaradas de depresión o de trastornos ansiosos, que se presentan como trastornos orgánicos, dentro del apasionante campo de la medicina psicosomática.

También hay que resaltar que la palabra “trastorno psiquiátrico” lleva aparejada connotaciones muy negativas. Culturalmente la psiquiatría sigue asociada a la enfermedad mental grave, incurable; en definitiva al internamiento, la locura, el suicidio, y otras situaciones que las personas temen.

Por otro lado la psicología clínica, como especialidad sanitaria, tiene otras connotaciones que también dificultan la derivación. Muchas personas aún teniendo un nivel cultural medio- alto, cuando se les recomienda un tratamiento psicológico lo rechaza, por cuestiones de lo más variadas y curiosas. Desde el que tiene un familiar que estudió psicología y “ya hablará con él”, pues toman café frecuentemente; al que dice que el ya sabe lo que le pasa y lo que tiene que hacer, y que por tanto no necesita a un psicólogo, lo cual es un importante error, pues algunos de estos trastornos pueden ser abordados con un tratamiento cognitivo conductual (TCC) sin tomar tratamiento farmacológico, o con unas pautas mínimas que se pueden suspender pronto.

Por último hay que destacar una respuesta que no es rara, tanto para unos como para otros: Mire usted, “yo ni creo en la psiquiatría, ni en la psicología”.

Como consecuencia de lo dicho, el paciente con cuadros depresivos y ansiosos, sobre todo el trastorno por ansiedad generalizada, con frecuencia quiere ser tratado por su médico de cabecera, que tendrá que ejercer también una “labor psicológica” o por lo menos de consejero, ante los problemas que con frecuencia provocaron la depresión. Y lo que es más complicado, con los problemas que la depresión le ocasiona, por tener el paciente la autoestima afectada, así como la capacidad de afrontamiento, pues el depresivo ve “gris lo blanco y negro lo gris”.

Sin lugar a dudas el médico de familia no puede abarcarlo todo. Además, los estudiantes de medicina no reciben en las aulas una formación adecuada, pues hoy en día la carrera de medicina es, en buena medida, la preparación para superar el examen MIR. Ya a nivel del postgrado la cosa mejora, y el médico de familia sí que tiene la posibilidad de formarse más y mejor en psiquiatría, aunque nunca es suficiente, y más en una especialidad donde se está trabajando con lo más complejo del ser humano.

Hay que recordar que las llamadas formas complejas de enfermedad, asociadas a pacientes hiperfrecuentadores de atención primaria y de urgencias, con frecuencia calificados por sus médicos como pacientes frustrantes, esconden, con frecuencia a pacientes somatizadores, con ansiedad generalizada y algunas formas de cuadros depresivos.

La orquesta de la confusión quedaría incompleta si no resaltásemos que también las diferencias entre el neurólogo y el psiquiatra no están terminadas de perfilar, para muchos pacientes e incluso profesionales, pues existe la tradición de la neuropsiquiatría que incluiría entre sus objetivos cuadros mixtos que están en tierra de nadie, y sirva de ejemplo muy representativo, las cefaleas.

En la **depresión**, que el DSM-IV-TR divide en depresión mayor (episodio único o recidivante), trastorno distímico, o trastorno depresivo no especificado; todas ellas dentro de las formas monopolares, nos encontramos con la mayor carga de sufrimiento de la patología psiquiátrica en atención primaria de salud.

El futuro impacto sociosanitario que la OMS establece para los próximos 15 años es muy preocupante, pues será, tras las enfermedades coronarias, la segunda causa de discapacidad.

En la actualidad, en población general se producen entre 500 y 1000 casos de depresión por cada 100.000 habitantes al año. Se calcula que un 17% de la población presenta un cuadro depresivo en algún momento de su vida.

Si realizamos los estudios epidemiológicos en atención primaria, las prevalencias encontradas en nuestro país son de un 4.5% para los varones y de un 7.8% para las mujeres, pero en general las cifras suben a un 30% si consideramos el cuadro depresivo asociado a otros trastornos, preferentemente de somatización o de ansiedad.

Lo peor de estas altas prevalencias es que más del 50% se quedan sin diagnosticar, sobre todo de los cuadros que se acompañan de síntomas somáticos, o de otra patología orgánica asociada.

En cuanto al cómo y en qué personas se manifiesta la enfermedad, tres suelen ser los tipos de pacientes:

- a) aquellos que debido a su situación social presentan un cuadro reactivo o adaptativo (población en aumento con la actual crisis económica).
- b) pacientes con una enfermedad orgánica y un cuadro depresivo asociado.
- c) los que presentan cuadros depresivos primarios.

En los últimos años se ha establecido una corriente de opinión que defiende que los actuales sistemas de clasificación psiquiátrica, elaborados fundamentalmente en el medio hospitalario y sobre pacientes con dicho sesgo, no son satisfactorios para la atención primaria, que atiende a pacientes neuróticos en los que es difícil establecer el punto de corte entre la normalidad y la patología.

Dicha corriente de opinión recibió un importante espaldarazo cuando la CIE y el DSM, en su décima y cuarta edición respectivamente, elaboraron criterios diagnósticos específicos para los trastornos mentales en atención primaria. En el caso del CIE-10 es absolutamente clínica, selecciona las 25 categorías más importantes para primaria, y constituye un mínimo que el médico de atención primaria debe de conocer para orientar el diagnóstico y tratamiento. El DSM-IV se basa en un sistema de algoritmos que permite establecer el diagnóstico, pero está más orientada a la investigación que a la clínica.

Vamos a ver algunas de las formas peculiares de presentarse en atención primaria los trastornos depresivos.

Una de las más representativas es la depresión y síntomas somáticos. Recordemos que los síntomas de la depresión se componen fundamentalmente de cinco grandes grupos: la afectividad, el pensamiento y la cognición, la conducta, los ritmos biológicos, y por último, aunque en ocasiones puede ser lo primario, los síntomas somáticos.

Entre los síntomas somáticos hay que resaltar los trastornos digestivos, los dolores más o menos localizados, y la astenia. En un segundo lugar pondríamos la anorexia, la pérdida de peso, los trastornos del sueño, y las disfunciones sexuales.

Además de la forma que acabamos de describir, existe un cuadro que se conoce como la depresión somatizada de Goldberg en la que el paciente presenta síntomas somáticos, que atribuye a una enfermedad orgánica, pero se evidencia un trastorno depresivo que en opinión del médico, adecuadamente tratado, mejoraría los síntomas físicos.

Entre los síntomas físicos destacan por orden de frecuencia: los dolores de espalda, mareos, dolores en extremidades, flatulencias, dificultad de respirar, palpitaciones, náuseas, y dolor abdominal.

Existe un modelo de niveles y filtros también de Goldberg, que lo forman cinco niveles, empezando por el nivel 1 de la prevalencia de patología psiquiátrica en la comunidad (260-315/1000), el nivel 2 en atención primaria (230/1000), el nivel 3 la detectada en atención primaria (101,5/1000), el nivel 4 que lo forman los servicios de salud mental (23,5/1000) y en el nivel 5, y último, que lo forman los servicios de hospitalización psiquiátrica(5,71/1000).

El tercer nivel es el clave, pues constituye el paso de primaria a especializada, y se encuentra condicionado por la gravedad del trastorno, y por facilidad de la derivación.

Así las razones aducidas por los médicos de primaria para la derivación son: la falta de respuesta al tratamiento, necesidad de confirmación diagnóstica, y solicitud del paciente o familiares.

En cuanto a la **ansiedad**, hay que recordar que el DSM-IV-TR establece, dentro del grupo, a múltiples diagnósticos que enumeraremos, pero por diversos motivos consideraremos como el más importante el trastorno por ansiedad generalizada (TAG).

Centrándonos en él, hay que hacer algunas aclaraciones previas, el TAG surgió en la nosología psiquiátrica en 1980, cuando la APA decidió diferenciarlo del trastorno de angustia, aunque no es fácil dicha separación.

Los criterios que el DSM III estableció en 1980, a nivel general se mantienen hasta los actuales del DSM IV-TR.

Estimaciones actuales, siguiendo criterios DSM, ofrecen una prevalencia anual en población general del 3%, mientras que la prevalencia vida llega al 5%, pero si utilizamos los criterios CIE sube al 9%.

Su diagnóstico es más frecuente en las mujeres, y posiblemente se trate del diagnóstico que más a menudo coexiste con otro, en particular con fobia social, fobia específica, trastorno de angustia, o el trastorno depresivo, lo cual nos llevará, unas líneas más adelante, a una interesante discusión sobre las depresiones ansiosas.

El curso evolutivo suele ser crónico, fluctuante, y con frecuentes exacerbaciones, por lo general relacionadas con el estrés.

Por último, resaltar que los padecimientos derivados de la ansiedad no adaptativa constituyen un importante problema sanitario, tanto por su capacidad para deteriorar la calidad de vida de los afectados, como por su tendencia a no ser detectados y generar una carga innecesaria a los servicios de salud.

A2. Formas clínicas de presentación.

Un tema clave que de por sí justificaría el libro es el de **depresión y ansiedad** cuando se dan juntas, pues aunque son entidades diferenciadas en las clasificaciones que usamos para realizar los diagnósticos, es frecuente en la práctica clínica la presentación de síntomas ansiosos y depresivos a la vez en un paciente, lo cual nos lleva al diagnóstico de “depresión ansiosa” que aunque hace “chirriar” la nosología, es una realidad frente a la que se propuso el diagnóstico de síndrome neurótico general. Dicho síndrome es un capítulo de la patología psiquiátrica aún abierto, cuya prematura postergación ha dificultado enormemente la progresión en la investigación de lo que constituye más de la mitad de la práctica clínica psiquiátrica.

Quizás es conveniente recordar que es un concepto que no admite definiciones operativas basadas en descripciones sintomáticas en la medida en que su sintomatología es, por definición, inespecífica.

Este singular síndrome es un ejemplo más de una nosología a la que se le critica un alejamiento de la práctica clínica de la atención primaria de salud, donde existen muchos más trastornos mixtos, de los que se dan en especializada; e incluso de una vieja lucha dentro de la psiquiatría que es la que mantienen los defensores del modelo categorial frente a los del modelo dimensional.

La neurosis se considera de forma diferente en la CIE-10 y en el DSM-IV-TR, así en la primera de dichas clasificaciones titula el capítulo como los trastornos neuróticos secundarios a situaciones estresantes, y somatomorfos, explicando que éstos se agrupan juntos por su relación con el concepto de neurosis y porque un número importante de ellos se debe a motivos psicológicos.

Las formas más leves de dichos trastornos se ven principalmente en atención primaria y en ellas son frecuentes las mezclas de síntomas. La coexistencia de angustia y depresión es la más frecuente; incluyendo en dicho capítulo los trastornos de ansiedad fóbica, los obsesivos, las reacciones a estrés grave, y los trastornos adaptativos, disociativos, somatomorfos y otros.

En el DSM no hay capítulo único, y lo distribuye en trastornos distímicos, de ansiedad, somatomorfos, disociativos, adaptativos, como los principales.

Los defensores del modelo dimensional establecen un solapamiento entre ansiedad y depresión demostrado por la existencia de síntomas aparentemente específicos de ambas entidades que no tienen capacidad discriminante.

Las formas de presentación de dicho cuadro se podrían resumir en cuatro. La primera sería la de pacientes con trastornos de ansiedad asociados a síntomas depresivos; la segunda sería la inversa, pues en los pacientes depresivos se ven con frecuencia manifestaciones ansiosas. Las otras dos serían el que sea imposible establecer la prioridad de un cuadro sobre el otro, o en cuarto y último lugar, los trastornos de adaptación (antiguamente reacción depresiva ansiosa) como resultado o reacción a un estrés.

Así pues, el profesional de atención primaria se encuentra con los siguientes problemas a la hora de atender a este número importante de pacientes:

a) alta frecuencia, y muchos enmascarados que obligan a pruebas analíticas, exploratorias e interconsultas que sobrecargan el sistema.

b) necesidad de formación continua para mejorar el diagnóstico y tratamiento, en una patología que precisa algo de lo que carece el de primaria, que es tiempo.

c) incremento progresivo de los trastornos por la problemática social de un mundo que cambia rápidamente de valores, y que en estos momentos se encuentra en una grave crisis económica, que incrementa multitud de factores estresantes.

Si realizásemos un retrato robot del paciente de primaria con trastornos de esta naturaleza, sería: mujer de edad media, con relaciones conflictivas de pareja, en paro, nivel cultural medio-bajo, y con rasgos de personalidad premorbidos específicos.

Dicho retrato robot es del paciente tipo en lo público. En las consultas privadas, aunque es muy variopinto, destacaríamos el de: un profesional sin distinción de sexo, con altos niveles de exigencia y responsabilidad, buen nivel cultural-económico, y con frecuencia una serie de sensibilizantes y desencadenantes claros.

Una vez hechas las aclaraciones pertinentes de forma global, es conveniente continuar por diferentes caminos en lo que se refiere a la ansiedad y depresión, pues ambos conceptos esconden temas de gran complejidad.

La **ansiedad** es una función biológica que tiene un papel clave en la supervivencia, pues nos sirve como aviso en condiciones de alarma frente a peligros potenciales. Solamente si la intensidad o la duración de la respuesta ansiosa son desproporcionadas al estímulo se produce la patología ansiosa.

La ansiedad como función biológica, es una emoción comúnmente experimentada por el hombre a lo largo de su existencia, sin embargo, la ansiedad patológica es desproporcionada a cualquier estímulo posible y persiste por encima del nivel de adaptación. Es una respuesta a una amenaza indeterminada, difusa y muchas veces inexistente.

La ansiedad que no es excesiva presenta aspectos positivos, ya que estimula el aprendizaje y el cumplimiento de tareas. No ocurre lo mismo con los episodios persistentes de ansiedad intensa, los cuales son nocivos y comprometen la autonomía del individuo. La ansiedad patológica es más profunda y persistente, dificulta la adaptación, deteriora el rendimiento, se sitúa en el plano corporal y reduce la libertad personal.

La ansiedad es uno de los trastornos más frecuentes en la medicina, pues sobre un 20% de las personas que viven en los países desarrollados padecen algún tipo de las diversas formas de presentación del trastorno. Las cifras encontradas van del 2-3% de los trastornos de pánico, al 13% de fobia social, pasando por un 7% de ansiedad generalizada, para la población general.

Las cifras suben de forma significativa si se estudia en población clínica, pues un 25% de los pacientes de atención primaria presentan manifestaciones clínicas de tipo ansioso, muchas de ellas comórbidas a patologías orgánicas.

El inicio del trastorno suele darse en adultos jóvenes (20-40 años) y las mujeres se ven más afectadas, pues son casi el doble que los varones.

Por último recordar la mayor incidencia de enfermedades psicósomáticas en estos pacientes, así como las complicaciones de la ansiedad crónica, que pueden acabar en cuadros depresivos.

Entre los trastornos de ansiedad destaca como prototípico el trastorno por ansiedad generalizada, que se caracteriza por una marcada ansiedad, que produce tensión, inquietud, temor indefinido, impaciencia e intranquilidad, acompañada de síntomas físicos variables y múltiples preocupaciones.

Los síntomas físicos que acompañan a la ansiedad son muchos, destacando entre los más importantes: cefalea, disnea, taquicardia y palpitaciones, dolor torácico, dispepsia y diarrea, boca seca, mareo, temblor, sudoración, y polaquiuria. Todo ello acompañado de una hiperactivación que produce falta de concentración, distraibilidad, reacciones de alarma e insomnio. Es evidente que sin terminar de citarlos todos, ya hay en los síntomas descritos todo un tratado de patología general.

Resaltar que entre los factores desencadenantes destaca el estrés crónico ambiental.

Desde una perspectiva psicobiológica la ansiedad se traduce, sin entrar en la discusión de si son previos o a posteriori, en disfunciones de varios sistemas de neurotransmisión, entre ellos los gabaérgicos, noradrenérgicos, y serotoninérgicos, como los fundamentales; y en la disfunción de un sistema anatómico funcional, como es el sistema límbico.

El tratamiento, desde un punto de vista general de los trastornos de ansiedad, y centrándonos de forma preferencial en la ansiedad generalizada, exige un diagnóstico previo, que en ocasiones no es fácil. Desde el punto de vista farmacológico, el empleo de las benzodiazepinas debe de ser cuidadosamente evaluado, por el riesgo de “cronificación del tratamiento” con o sin dependencia asociada.

El tema de la capacidad de producir dependencia de las benzodiazepinas es controvertido, pues solamente se produce en una serie de circunstancias que no son muy frecuentes. Parece que dicha dependencia se produce en un porcentaje del 15 % de los pacientes, que suelen ser aquellos que las toman durante largos periodos de tiempo, y sobre todo cuando se trata de moléculas de alta potencia y vida corta.

Frente a lo dicho, las benzodiazepinas mejoran rápidamente los síntomas de ansiedad, y son muy fáciles y cómodas de usar, entre otras cosas por sus escasos efectos secundarios y su rapidez de acción. Todo ello hace que raramente el médico se resista a su utilización como tratamiento de elección en cuadros moderados, o como tratamiento de inicio mientras el tratamiento que se instaure, con el ISRS o el antidepresivo dual escogido, hace efecto.

El otro gran grupo de trastornos del presente libro, el de la **depresión**, es tan complejo y variopinto como el de la ansiedad.

La depresión se puede considerar como una alteración del estado de ánimo, el cual se encuentra anormalmente bajo. Es una de las patologías psíquicas más frecuentes, pues la prevalencia vida llega al 15%.

La clínica del trastorno, además del humor depresivo, la inhibición del pensamiento, y afectación de la psicomotricidad, presenta frecuentemente síntomas corporales como el dolor, los trastornos digestivos, la falta de apetito, pérdida de peso, e insomnio.

Dentro de los trastornos del ánimo, además de la depresión se encuentran otros, siendo uno de los más característicos e importantes, el trastorno bipolar.

En los trastornos depresivos se constata una mayor frecuencia de casos en las mujeres, hecho al que se ha buscado tres explicaciones:

- En primer lugar causas biológicas, sobre todo de tipo neuroendocrino, que explicarían la depresión postparto e incluso el síndrome disfórico premenstrual.
- En segundo lugar cognitivo, pues las mujeres desarrollarían más fácilmente un esquema cognitivo semejante al de indefensión aprendida y serían más propensas a un estilo rumiativo de respuesta.
- Por último las muy importantes causas psicosociales, pues las mujeres están más expuestas a ciertas formas de estrés, a acontecimientos vitales estresantes y tienen claras desventajas sociales.

Los fundamentos psicobiológicos de los trastornos depresivos, en la actualidad están centrados, fundamentalmente, en un mal funcionamiento del sistema serotoninérgico y /o noradrenérgico. Por supuesto que dicha disfunción no es única (las interacciones con otros neurotransmisores, incluidos neuropéptidos, es importante) pero es una disfunción capital, y será producida en algunos casos de forma primaria, y en otras de forma secundaria, a través de los acontecimientos estresantes acumulativos, fundamentalmente.

Quizás convenga hacer un repaso de las funciones de la serotonina y noradrenalina en nuestro sistema nervioso central. La serotonina se encuentra implicada en la regulación del sueño, modulación de los estímulos sensoriales, aprendizaje, control del apetito para el dulce, actividad sexual y actividad del sistema límbico que recordemos es la base del cerebro emocional y tiene un papel capital tanto en la depresión como en la ansiedad.

Existe evidencia de que si la serotonina disminuye se presenta ansiedad, depresión, agresividad, dolor y cefaleas.

Con respecto a las funciones de la noradrenalina, las neuronas noradrenérgicas inervan regiones cerebrales implicadas en el estado de ánimo, motivación, aprendizaje y memoria, regulación del ciclo sueño-vigilia, regulación del eje hipotálamo hipofisiario y del sistema simpático periférico.

Es evidente que si la serotonina y la noradrenalina son capitales a la hora de comprender la fisiopatología de un trastorno depresivo, también lo serán a la hora de su abordaje terapéutico.

A3. Generalidades sobre terapéutica

Sin duda la relación próxima del médico de atención primaria con sus pacientes le permite un papel primordial en la intervención terapéutica de los trastornos que estamos viendo.

Incluso en el componente psicoeducativo, cada día mayor en una sociedad avanzada y preocupada sobre los temas de salud en general, y sobre los de salud mental en particular, el papel del médico de primaria es capital.

El primer papel que debe tomar el médico es decidir si se deriva o no el paciente a especializada. En dicha decisión tiene un peso específico el pensar que pueda precisar alguna ayuda psicoterapéutica, pues el de primaria puede medicar pero no tiene acceso a la figura del psicólogo clínico. Dicho tema está en vías de solución en el Reino Unido, donde además de los servicios de salud mental, el psicólogo también tendrá cabida próximamente en primaria, para resolver muchos temas psicopatológicos, entre ellos los trastornos depresivos y ansiosos de menor gravedad, con vistas a evitar sobrecargar los servicios de especializada que deben dedicarse a cuadros de mayor entidad.

Seguramente ese día desaparecerán las orientaciones psicologicistas versus medicamentosas, y se verán los beneficios del tratamiento integrado también, o quizás de forma “preferente”, en esos cuadros leves o moderados que si no son bien tratados acaban en graves.

Como veremos el consejo terapéutico que el médico de primaria pueda dar a sus pacientes, hasta que algún día se pueda disponer de la figura de “psicólogo de atención primaria de salud”, se considera como una forma de psicoterapia inespecífica pero muy eficaz en trastornos depresivos y ansiosos con desencadenantes medioambientales más o menos claros.

Así es preciso conocer la evidencia de que existen grupos de riesgo, como pueden ser las personas que viven solas (sobre todo viudas o separadas), que tienen poca red social, que padecen problemas crónicos de salud, u otros como: el paro, problemas económicos, y una larga lista que podríamos confeccionar, y que son candidatos a presentar trastornos de tipo depresivo ansioso.

Por otra parte no se puede negar que existen una serie de barreras que dificultan el proceso de identificación, y consecuentemente de tratamiento, de los trastornos depresivos y ansiosos en atención primaria. Dichas barreras serán por parte del médico, o por parte del paciente.

Entre las principales barreras por parte del médico estarán:

- nivel de conocimientos.
- autoconfianza en el manejo de psicofármacos.
- interés por indagar sobre síntomas psicológicos.
- disponibilidad de tiempo.

Por parte del paciente hay que destacar las siguientes barreras:

- ausencia de conciencia de enfermedad psíquica.
- comorbilidad orgánica con síntomas físicos.
- ansiedad o depresión subclínica o cuadros enmascarados.

Dichas barreras existe la posibilidad de superarlas, para ello hay que establecer las siguientes estrategias en la entrevista clínica:

- establecer buen contacto, incluido el contacto ocular (mirar a los ojos).
- saber entender el lenguaje no verbal, tanto como el verbal.
- hacer las preguntas sobre psicopatología de forma clara.
- preguntar sobre el entorno familiar, laboral y social.
- hacer comentarios de comprensión y apoyo, al fin y a la postre empatizar.

De todas formas hay que recordar que con frecuencia el tratamiento farmacológico debe de completarse frecuentemente con un consejo terapéutico (CT), o un tratamiento psicoterapéutico cognitivo conductual (TCC) con psicólogo clínico, si se dispone de el a través de servicios municipales o de ONGs, pues el Sistema Nacional de Salud todavía no lo oferta fuera de los Servicios de Salud mental, que por lo general suelen estar sobrecargados, y alejados, en el caso de las áreas rurales.

El CT del médico de primaria con frecuencia no es suficiente y hay que recurrir al arsenal terapéutico que la moderna psicofarmacología nos ofrece. Vamos a realizar una revisión práctica y clínica, como se pretende que sea toda la guía, de la farmacología clínica en los trastornos depresivos y ansiosos.

La duda que se tiene a la hora de realizar la revisión es de si hacerlo por familias farmacológicas, o por enfermedades. Por diversos motivos, entre ellos los de mayor comprensibilidad, se realizará por la farmacología.

Los **ansiolíticos** son los fármacos, que como su nombre indica, se usan para acabar con la ansiedad. En la actualidad dicho nombre no sería adecuado, pero somos prisioneros de la historia también en psicofarmacología.

Es interesante recordar que los ansiolíticos tienen una larga historia, que aunque anterior, hay que plantear que comenzó con los barbitúricos, continuó con los meprobamatos, y terminó a finales de la década de los 50 del pasado siglo, con el descubrimiento de las benzodiazepinas.

Las acciones farmacológicas de las benzodiazepinas son: ansiolíticas, hipnóticas, anticonvulsivantes, relajantes musculares, y anestésicas.

Las diferencias farmacodinámicas son las que condicionan su indicación en uno u otro sentido.

Actúan a nivel del sistema límbico, en amígdala e hipocampo incrementando el GABA, que recordemos es el principal neurotransmisor inhibitorio del sistema nervioso central, aunque tiene otros mecanismos de acción que vamos a obviar en base a la mayor comprensión.

El receptor donde actúan las benzodiazepinas es conocido como el receptor benzodiazepínico y está compuesto por cinco unidades que forman un pentámero. En la actualidad se conocen tres tipos de receptores benzodiazepínicos estando el uno y el tres relacionados con la respuesta ansiolítica.

Las benzodiazepinas se clasifican en tres grupos, las de acción corta, intermedia y larga, siendo las últimas las más indicadas para tratar los trastornos por ansiedad generalizada.

Como veremos más adelante si se decide usar benzodiazepinas debe de ser tras una cuidadosa evaluación que debe incluir las medidas psicoterapéuticas y la posibilidad de que sea un tratamiento de transición hasta que otros fármacos hagan su efecto.

En la actualidad otros fármacos, como la pregabalina, son una opción razonable de tratamiento del trastorno de ansiedad generalizada, con la salvedad que por sus efectos secundarios al inicio del tratamiento, así como por la franja terapéutica, queda reservada su indicación casi exclusivamente al campo de la especializada.

Los **antidepresivos** también resultaron una revolución terapéutica en épocas donde la depresión mayor grave no tenía otra posibilidad terapéutica que la terapia electroconvulsiva (TEC), y entonces la TEC no era ni de lejos la terapia poco cruenta que es hoy.

Los primeros antidepresivos pertenecían a dos familias muy distintas, los inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAOs) hoy abandonados, y los tricíclicos (ADT), que siguen teniendo sus usos, pero están en franco declive, sobre todo por sus efectos secundarios.

La gran familia que puso en crisis a los ADT fueron los inhibidores selectivos de recaptación de la serotonina (ISRS) siendo de todos ellos la “estrella” el Prozac (fluoxetina), que por otra parte no fue el primero, pues se le adelantó el Dumirox (fluvoxamina).

Recordemos que dicho fármaco fue título de un famoso superventas llamado **Hablando con Prozac**, que podría calificarse como el primer libro de divulgación científica que tocaba algo sobre tratamiento integrado.

Tras la fluoxetina surgieron multitud de ISRS destacando la paroxetina, la sertralina, el citalopram y su sucesor escitalopram.

Toda la familia de los ISRS tenían algunas pegadas como:

- La fluoxetina: sudoración y náuseas.
- La paroxetina: aumento de peso, mayor disfunción sexual y síndrome de discontinuación.
- El citalopram y escitalopram : Náuseas, sudoración y boca seca.

Los ISRS aportaron menos efectos secundarios que los ADT, pero no más eficacia, pues hay que recordar que hasta un 30% de los pacientes no responden y sobre un 50% no tienen una remisión completa del cuadro.

Cuando sucede cualquiera de estos dos problemas el médico se encuentra con un problema. Con frecuencia se decide asociar otro fármaco con un mecanismo de acción diferente, o cambiar de tratamiento.

De estas dos posibilidades, la primera, asociar otro fármaco tiene un firme candidato, que es la mirtazipina. Las pegas son que es sedante, lo cual puede ser un beneficio si se pauta por la noche, y que produce con frecuencia aumento de peso.

La segunda posibilidad es cambiar a otro fármaco de más amplio espectro, en dicho caso nos encontramos con dos moléculas, la venlafaxina y la duloxetina.

Ambas moléculas tienen un efecto dual, sobre la serotonina y sobre la noradrenalina, lo cual hace que el espectro de acción sea mayor y no se precise combinar otro antidepresivo para incrementar la eficacia, salvo en muy pocos casos.

De la primera hay dos presentaciones la “normal”, y la forma retard que es mejor tolerada.

El problema de la Venlafaxina son sus posibles efectos secundarios cardiovasculares, sobre todo sobre la tensión arterial, así como un rango terapéutico excesivamente amplio que va de 75 a 225 mgrs en pacientes ambulatorios, y todavía mayores en ingresados. Ambas cosas hacen a esta molécula un tratamiento que puede ser complicado de usar en primaria.

La Duloxetina es más sencilla de usar, también es dual, su posología es de 60 mgrs (en ocasiones 120), y su tolerancia es muy buena, lo que permite al médico disponer de un fármaco de amplio espectro, bien tolerado y con indicación en depresión y TAG.

En la ansiedad. En el caso de disponer de psicólogo clínico el tratamiento va encaminado, tal como dice la *Guía del sistema nacional de salud para el manejo de pacientes con trastornos de ansiedad en atención primaria*, www.guiasalud.es/egpc/ansiedad/index.html, a dotar al paciente con recursos que pueda poner en marcha para aprender a controlarse en cuanto detecte un aumento de los síntomas de ansiedad.

Se recomienda la TCC por su eficacia en la reducción de síntomas de ansiedad, preocupación y tristeza, tanto a corto como a largo plazo. Aunque se deben tener en cuenta las preferencias del paciente, la intervención debe incluir reestructuración cognitiva, exposición, relajación y desensibilización sistemática.

Debe ser aplicada en unas 10 sesiones a lo largo de 6 meses como media, y se recomienda la aplicación de reconocimiento de pensamientos ansiogénicos y de falta de confianza, búsqueda de alternativas útiles y entrenamiento en acciones para resolución de problemas, así como técnicas para mejorar el sueño.

En varios estudios realizados en atención primaria con estas intervenciones apoyadas por psicólogos los resultados fueron muy satisfactorios.

En lo que respecta al tratamiento integrado, que veremos más a fondo en el siguiente capítulo, el TAG abordado de forma conjunta con tratamiento farmacológico y TCC resultó positivo en atención primaria con una menor derivación de pacientes a los especialistas a los seis meses.

Como principios generales se debe comenzar por unos buenos cimientos, haciendo un diagnóstico adecuado. Por lo general en primaria los cuadros son de intensidad leve o moderada y relacionados con estresores psicosociales.

Por todo ello los principios generales sobre terapéutica, para el médico de primaria, se deben enfocar a: aliviar los síntomas y aconsejar sobre solución de problemas.

Se puede escoger entre una amplia batería de herramientas farmacológicas, destacando: benzodiacepinas, ISRS, antidepresivos duales, o pregabalina.

A diferencia de lo que se piensa puede que los trastornos de ansiedad en general, y los de ansiedad generalizada en particular, sean más complejos de tratar que los depresivos.

El CT debe fundamentarse en una actitud empática con el paciente, usar un lenguaje claro, permitir que exprese sus dudas, y saber calibrar los estresores, así como las respuestas a ellos.

Si fracasaran las terapéuticas descritas debe remitirse al paciente al especialista, entre otras cosas por la tendencia a la encronización de estos trastornos, que sin resultar graves pueden mermar mucho la calidad de vida de los pacientes.

Con frecuencia, a la hora de escoger el tratamiento se tiene en consideración los síntomas o la comorbilidad predominante, siendo los principales síntomas los somáticos, la alteración del sueño, o la existencia de síntomas depresivos.

Si analizamos los primeros, debemos empezar a reconocer que los síntomas somáticos son la queja más frecuente de los pacientes con TAG, y que responden mejor a la pregabalina y a la duloxetina. Los trastornos del sueño remiten más rápidamente con las benzodiacepinas, asociación que frecuentemente se debe hacer durante las primeras semanas de tratamiento, hasta que el ISRS o el fármaco dual hagan efecto. Aquí la diferencia de la duloxetina la marca de nuevo su tolerabilidad y dosis, siendo también la pregabalina un fármaco eficaz.

Los síntomas depresivos siempre exigirán la toma de un antidepresivo como tratamiento de elección, con la salvedad de nuevo del uso de benzodiacepinas de forma sintomática al inicio, si la clínica así lo demanda.

Un tema de trascendental importancia es el de la duración del tratamiento. En todos estos trastornos, pero de forma especial en el TAG los tratamientos deben ser de por lo menos un año, para evitar las frecuentes recaídas.

En la depresión. De nuevo tenemos que hacer referencia a las guías del sistema nacional de salud, en este caso a la [Guía de práctica clínica sobre el manejo de la depresión mayor en el adulto](http://www.guiasalud.es/egpc/depresion/index.html), www.guiasalud.es/egpc/depresion/index.html, que establece en relación a la psicoterapia que el TCC, o la terapia interpersonal (TIP) como alternativa razonable, son eficaces en la depresión.

En las formas moderadas o incluso graves se deben aplicar entre 16 y 20 sesiones durante un período de seis meses, y debe recomendarse un tratamiento farmacológico que representa un tratamiento de primera línea, incluso los fármacos deben usarse en depresión leve si hay antecedentes de fases depresivas moderadas o graves, u otra comorbilidad psiquiátrica o médica. También si el paciente los solicita, pues hay que reconocer que no todos los pacientes tienen la suficiente motivación o tiempo para hacer tal número de sesiones

Hay que hacer una evaluación completa de los síntomas, para asegurar el diagnóstico, y determinar la intensidad. Es capital descartar las ideas de muerte y las ideas delirantes.

Un médico de primaria debe saber manejar dos o tres de los ISRS, así como los antidepresivos duales. Si se tiene un especial interés por el tema hay que conocer y saber manejar algún antidepresivo con otros mecanismos de actuación, como la mirtazipina.

A nivel del CT, con cierto interés y tiempo, el médico de primaria podrá ayudar al paciente; y si no mejora entre cuatro y seis semanas debe ser remitido al especialista, que valorara la pauta, así como la posible necesidad de una psicoterapia más específica con el psicólogo clínico.

En ambos (depresión y ansiedad). Como ya dijimos al principio del capítulo, en la clínica se presentan con frecuencia cuadros mixtos que nos pueden facilitar el abordaje farmacológico, pues los avances en el tratamiento de los trastornos afectivos y ansiosos siguen siendo una evidencia, incluyendo a las moléculas con efecto terapéutico en depresión mayor y ansiedad generalizada, que aproximan la realidad a la teórica existencia de unas bases comunes en muchos trastornos afectivos y de ansiedad.

El tratamiento psicoterapéutico sigue siendo una opción de primer orden, y con frecuencia asociado a un antidepresivo, con una salvedad, que las primeras semanas la pauta debe ser complementada con ansiolíticos.

En los últimos años se imponen nuevos fármacos para el abordaje de estos cuadros. En primer lugar los ISRS, luego destacan los antidepresivos duales, con efecto sobre la serotonina y noradrenalina. En este sentido la aparición de fármacos como la venlafaxina, y de forma más reciente una molécula como la duloxetina más fácil de usar, fueron dos armas poderosas para poder enfrentarnos con unos fármacos eficaces a los padecimientos de nuestros pacientes depresivos y con ansiedad generalizada.

También aquí con frecuencia se precisará del abordaje psicoterapéutico, sobre todo en los trastornos claramente reactivos a estresores psicosociales, que suelen ser los más numerosos.

Un tema que preocupa a los médicos y los pacientes es el de la recaída, pues el 50% de los pacientes tienen un segundo episodio, y la recurrencia sube al 70% tras dos episodios y hasta el 90% después de tres. Con esas cifras de recaídas una cuestión de capital importancia es el mantenimiento del tratamiento durante un tiempo prolongado.

Aunque no hay reglas fijas se recomienda el mantener el tratamiento entre seis y doce meses tras la recuperación, así como el hacer un descenso progresivo del mismo y nunca la supresión brusca pues se han descrito síndromes de supresión cuando se hace de forma brusca. En la práctica el tiempo medio de los tratamientos es de un año.

En los próximos capítulos de la obra se tocarán con más amplitud los trastornos depresivos y ansiosos, pero desde un posicionamiento realista, con algo de base teórica, pero con mucho componente práctico, que pueda ayudar a aquellos compañeros que tratan a sus pacientes a diario, en zonas alejadas donde la consulta de salud mental se encuentra a muchos kilómetros, y además dan cita tras muchas semanas de la petición.

Resumiendo, compañeros que sufren a diario los frecuentes trastornos psicopatológicos que padecen sus pacientes, en una sociedad donde el estrés y otras circunstancias psicosociales (algunas de ellas temporales y otras que han llegado para quedarse, dentro de los grandes cambios sociales producidos) incrementan el sufrimiento y la tendencia a la angustia del ser humano.

Bibliografía

- Chinchilla A. La depresión y sus máscaras. Madrid, Panamericana, 2008.
- Cuesta L. Guía para el diagnóstico y tratamiento de los trastornos psiquiátricos en asistencia primaria. Barcelona: Editorial Glosa, 2003.
- Lobo A, Campos R. Los trastornos de ansiedad en atención primaria. Madrid: Emisa, 1997.
- Vallejo J, Gastó C. Trastornos afectivos: ansiedad y depresión. 2ª ed. Barcelona: Masson, 2000.
- Vázquez-Baquero JL. Psiquiatría en Atención Primaria. Madrid: Biblioteca Aula Médica, 1998.

B. La medicación y la psicoterapia en los trastornos depresivos y ansiosos: el tratamiento integrado. El consejo terapéutico en atención primaria.

El concepto de **tratamiento integrado** es confuso, aunque aquí lo entendemos como el tratamiento de una problemática clínica en el que se combina un tratamiento farmacológico y uno psicoterapéutico.

Aunque parezca anecdótica esta forma de tratamiento también se conoce como tratamiento dividido. Se entenderá mejor, lo que parece un juego de palabras, si se hace hincapié en que el nombre de integrado se centra en la “integración” de la psicoterapia y del fármaco, y el nombre de “dividido” en que lo llevan a cabo dos profesionales.

De cualquier forma, a partir de este punto le llamaremos tratamiento integrado.

Es evidente que dicho tratamiento podría darse por una sola persona, en este caso un psiquiatra con buena formación en psicoterapia, y en ese sentido queremos destacar la labor del Prof. Manuel Gómez Beneyto, catedrático de psiquiatría de la Universidad de Valencia y maestro de la mayoría psiquiatras, y algunos psicólogos, de nuestra clínica, ejemplo de psiquiatra integral.

La mayoría de las veces por diversos motivos, entre ellos el que un buen número de psiquiatras no tienen suficiente formación en psicoterapia, el tratamiento integrado se lleva a cabo por dos profesionales que trabajan, codo con codo, en una misma clínica, un médico psiquiatra y un psicólogo clínico.

También sería, en algunos casos, posible hacer ese tratamiento entre dos profesionales que trabajen en clínicas separadas, pero la necesidad de intercambiar información y opiniones de forma frecuente, lo hace de hecho muy difícil, cuando no imposible.

Una vez realizada la aclaración hay que resaltar que dicha forma de intervención es relativamente moderna, y que los primeros datos científicos al respecto son de finales de la década de los 70, y proceden de EE.UU. También en esa época comenzamos nosotros a trabajar en esa línea en nuestra clínica.

En los treinta años transcurridos desde estas primeras aportaciones, los datos que nos dan las investigaciones en neurociencias, nos hacen entender como funciona el tratamiento integrado y qué es lo que sucede dentro de esa compleja estructura que es el cerebro humano. Sirva de ejemplo que el hipocampo que es vital para el aprendizaje y la memoria, produce células nuevas diariamente, y que la psicoterapia, que al fin y al cabo es un proceso por medio del cual los pacientes adquieren nuevos recursos para mejorar sus capacidades de afrontamiento, produce un cambio en la función y estructura cerebral.

El término psicoterapia se utiliza hoy en muy diversas acepciones, una de las más aceptadas establece que se trata de un proceso de comunicación interpersonal entre un profesional experto y un paciente, que tiene como objeto producir cambios para mejorar su salud mental.

En dicha definición se excluye a las intervenciones que persiguen otros objetivos como el autoconocimiento, el desarrollo personal, o el acceso a otras experiencias más o menos interesantes.

En último lugar la psicoterapia supone la posibilidad de construir una visión del problema presentado por el paciente, en el que éste aparece como implicado personalmente en el origen, el mantenimiento, o las posibilidades de resolución del mismo.

Llegados a este punto se podría hacer una crítica a la toma de medicación, y de hecho algunos “integristas” entre los que se cuentan tanto médicos psiquiatras como psicólogos clínicos, lo hicieron, y no nos engañemos lo hacen, aunque es una fracción cada vez más pequeña.

Su argumento es que la medicación fomenta una postura pasiva y dependiente en el paciente. Es evidente que cualquier clínico, sea médico o psicólogo, que se enfrenta al sufrimiento que los trastornos depresivos y ansiosos producen, independientemente de su formación, será un defensor del uso de la medicación por la importante reducción de síntomas que produce, por la mejora en las llamadas funciones autónomas (memoria, pensamiento, atención, y concentración) y por aumentar la seguridad en la relación terapéutica.

En nuestra experiencia muchos pacientes no se beneficiarían del tratamiento psicoterapéutico, que puede ser el principal, sin la ayuda que les da el fármaco, el cual en ocasiones puede ser solamente sintomático.

Seguro que también se unirán a dicha opinión los miles de pacientes que recibieron un tratamiento integrado y bien planificado tras un apropiado diagnóstico.

El análisis científico de los tratamientos de los trastornos depresivos y ansiosos con respecto a la eficacia de lo psicoterapéutico versus medicamentoso es difícil, en la mayoría de los casos hay importantes críticas metodológicas que hacen sospechar que existe interés en que los resultados sean unos u otros.

Frente a estos posicionamientos biológicos o psicológicos se encuentra el intermedio del tratamiento integrado, que como todo punto de equilibrio es difícil de encontrar, entre otras cosas por precisar una sintonía entre profesionales que no es fácil de adquirir.

Solamente el reconocimiento de la complejidad de los trastornos psíquicos, y sobre todo el interés por la mejoría de nuestros pacientes, así como la experiencia de muchos años de ejercicio interdisciplinar, permiten adquirir la experiencia y maestría necesaria, que repetimos, no es más que la máxima prueba de modestia de lo mucho que al respecto desconocemos todavía.

Una forma de demostrar la eficacia de un tratamiento son los metaanálisis de estudios, en este sentido en la actualidad existe total evidencia de la mayor eficacia del tratamiento integrado. Así tanto en los cuadros depresivos como ansiosos, en su globalidad, con inclusión de todas las categorías diagnósticas del DSM-IV TR, resultó mejor. Sin duda hay estudios en los cuales la farmacoterapia fue igual o mejor (los llamados cuadros más graves y endógenos) frente la psicoterapia (cuadros más leves y reactivos).

De cualquier forma hay que recordar que los términos de endógenos o reactivos (con la salvedad de los trastornos adaptativos) no se utilizan, aunque en la práctica son conceptos que tenemos interiorizados los clínicos que llevamos muchos años en el campo asistencial.

Por lo general el tratamiento integrado es ofrecido por el médico, por lo menos en nuestra clínica, pues la inmensa mayoría de los pacientes piden visita médica.

De cualquier forma una vez iniciado, tanto el médico como el psicólogo deben tener un buen conocimiento del papel que juega el tratamiento del otro, y poder responder de forma puntual, sobre las dudas, y también hay que decirlo, miedos del paciente. Así veremos en el último capítulo de nuestro libro cómo las personas tienen miedos infundados y prejuicios sobre lo que les pasa, y sobre la terapia. Y estas dudas frecuentemente son incrementadas por algún vecino, conocido o amigo que terminará de confundir, para perjuicio del propio interesado que puede iniciar un largo y doloroso camino de búsqueda de la “terapia milagrosa”, que le puede llevar al empeoramiento, cuando no desesperanza o encronización.

También es primordial que el conocimiento de la evolución del tratamiento psicoterapéutico por parte del médico sea frecuente, y sobre todo cuando tenga que pasar la visita de control, pues la opinión del psicólogo será una parte importante de la determinación terapéutica que tome el médico sobre el mantenimiento, la bajada, o el cambio de pauta; que a su vez tendrá que ser explicada al paciente.

Hay que resaltar que ningún tratamiento resultará efectivo sin una franca relación empática con ambos profesionales, y además el médico debe estar preparado para responder, o incluso explicar aunque no se le pregunte, sobre el tiempo de latencia (tema capital que retomaremos), los efectos secundarios, las dosis, el tiempo de la toma de tratamiento, el miedo a la dependencia, y otros temas que pueden llegar a agobiar al paciente. Algunos de estos temas serán abordados en un próximo apartado contestando a las dudas y cuestiones planteadas por nuestros pacientes.

Con frecuencia es preciso utilizar escalas de evaluación (en nuestra clínica la Hamilton de ansiedad y la Beck de depresión) que permiten objetivar psicométricamente la evolución del cuadro.

El tratamiento integrado llega a ser tal (de una forma plena) cuando una parte del mismo se centra en el conocido como enfoque terapéutico cognitivo para el cumplimiento farmacológico.

Esto es especialmente importante cuando se descubre, en estudios de principios del año dos mil, que entre un 50 y un 60% de los pacientes es, al menos, incumplidor. En este sentido se ha defendido la terapia cognitiva como idónea para mejorar el cumplimiento farmacológico.

Entre los factores del incumplimiento se encuentran: la calidad de la relación terapéutica, los efectos secundarios, ausencia de marcado malestar, y desconocimiento de los riesgos que se corre si el proceso continúa.

Es evidente que a este nivel el papel del psicólogo es primordial, pues tiene mayor número de visitas y de mayor duración, que las que tiene el médico.

Aunque el tratamiento integrado debería estar inmerso en todos los niveles de intervención, en la práctica solamente se hace a nivel ambulatorio, y curiosamente más en el sector público que en el privado, donde la integración del psicólogo es, trabajando “codo con codo” con el médico, la norma habitual.

A nivel privado es relativamente reciente y parcial, ya que la mayoría de los psicólogos privados trabajan en Gabinetes con otros psicólogos. Hay que resaltar que muchos de estos Gabinetes suelen tratar problemas de índole menor (autoestima, problemas de pareja, timidez, ansiedad y depresión leves...) y raramente entidades clínicas de cierto calado, lo cual dificulta a sus integrantes el formarse en el tratamiento integrado.

Es evidente que hasta la aparición del sistema PIR el psicólogo con inquietudes se formaba a través de una serie de Masters y Cursos en los que la práctica clínica era escasa, y de baja calidad, cuando no nula. Casi todo era teoría.

El sistema PIR permitió realizar una formación realista, en la que el psicólogo residente con una práctica supervisada se forma viendo, y tratando en equipo a multitud de casos en consultas ambulatorias, unidades de hospitalización, tanto de infanto-juvenil como de adultos, incluyendo especialidades como neurología, trastornos adictivos, alimentarios, etc.

Frente al sistema PIR, algunos profesionales de la Psicología optaron por integrarse en clínicas, donde, como es nuestro caso, se hacen cientos de primeras visitas al año de pacientes que cubren todo el espectro de la psicopatología con una gran presentación de los trastornos depresivos y ansiosos.

En este sentido la Clínica del Sistema Nervioso fue pionera hace veinte años pues realizó una apuesta de integración, mucho antes que la psicología fuese reconocida como carrera sanitaria, incluso cuando muchos psicólogos seguían apostando por un modelo psicosocial frente a una psiquiatría que se debatía entre dos polos, el psicobiológico y el psicosocial.

Afortunadamente estos enfrentamientos se encuentran superados y hoy en día, menos algún pequeño grupo inamovible, cualquier clínico abandonó los modelos de escuela, para aceptar un tratamiento integrado, basado en la realidad clínica, dentro de la llamada evidencia científica.

Una vez revisada la historia que nos permite entender el retraso de la implantación del tratamiento integrado, se haría un flaco favor al mismo si no se reconoce que tiene sus dificultades, y vamos a revisarlas:

1- En primer lugar, que se produzca un conflicto con respecto a quién es el gestor del caso. Si el problema que presenta el paciente es solamente de psicoterapia, se deriva al psicólogo y tema solucionado. No procede el tratamiento integrado. En algunos casos graves la ayuda del psicólogo es muy limitada y tampoco se presenta problema, pero muchos casos (la mayoría de los trastornos depresivos y ansiosos) se encuentran en “tierra de nadie”, o de todos. Aquí es donde pueden surgir dificultades con el tratamiento integrado. En principio, en nuestra clínica el médico ejerce, por lo general, como gestor del caso, aunque el psicólogo le ve más veces. El entendimiento entre los profesionales es la norma, y el beneficio del paciente el fin, por lo cual se superan fácilmente las posibles diferencias. También es verdad que hay un sesgo de selección que hace que nuestros pacientes tengan un nivel de afectación medio-alto, que muchos ya han pasado por manos de otros psicólogos, y que buscan en nuestra clínica el tratamiento médico farmacológico, o el integrado.

2- Para evitar el punto uno, es primordial la comunicación, ya sea personalmente, por teléfono, a través de notas, o por correo electrónico. Lo más importante de la comunicación es la repercusión de la misma en la terapia, y la única forma de mantener un nivel adecuado de comunicación es trabajar en el mismo espacio físico, e incluso compartir la misma secretaria, que también es una persona importante en los canales de comunicación de una clínica.

3-No olvidemos que en un trabajo como el nuestro, hasta los más pequeños detalles repercuten en el resultado final, pues pueden provocar problemas de transferencia y contratransferencia. En

ocasiones el derivar el médico al psicólogo puede ocasionar en el paciente angustia y que llegue a pensar en cierto rechazo o cansancio del médico. Lo mismo se podría decir en el caso contrario, cuando el psicólogo deriva al médico, y el paciente piense que se cansó de él, o peor todavía que tiene un “desequilibrio químico”. Todas estas cuestiones tienen que ser tratadas con especial esmero para evitar que en vez de ayudar acabemos perjudicando a los pacientes.

También se han aportado otros elementos de juicio que dificultan el tratamiento integrado. Así los posibles efectos negativos de la medicación sobre la psicoterapia serían por la reducción de síntomas que conllevaría una posible bajada de la motivación para la psicoterapia, y en otro sentido, pero también hay que decirlo, como posibles efectos negativos de la psicoterapia se apunta, sobre todo, el incremento de costos.

Creemos que ambos argumentos son éticamente muy discutibles por diversas razones y que no debemos entrar en ellos.

La evidencia a favor de la superioridad del tratamiento integrado de muchos trastornos, entre ellos un buen porcentaje de los trastornos depresivos y ansiosos, se han discutido y están por dilucidar los mecanismos (adición, sinergia, facilitación) y las condiciones en que se produce.

De cualquier forma dicha evidencia se basa, en la opinión de algunos autores en: a) La medicación puede facilitar el acceso psicoterapéutico, a través de mejorar las expectativas, actitudes y estigmatización. b) La psicoterapia puede facilitar la adherencia y adaptación al tratamiento farmacológico. c) La psicoterapia puede constituir en realidad un abordaje rehabilitador complementario del tratamiento farmacológico en algunos casos, y en otros será al revés el orden jerárquico.

Ahora bien el componente psicoterapéutico del tratamiento integrado con frecuencia no es fácil. Aunque el psicólogo sea la parte que soporta mayor peso asistencial sobre el caso se dan una serie de circunstancias, tanto en el ejercicio público como privado, que hay que tener en cuenta.

En lo público, el paciente tiene que acudir al centro de salud mental a lo largo de 20 sesiones, son consultas por la mañana que interfieren el trabajo habitual, que obligan a desplazamientos en ocasiones largos. Además la psicoterapia exige un cierto esfuerzo, y por lo general cuando empieza a producirse una franca mejoría del cuadro con el fármaco (entre tres y cinco semanas) el paciente puede perder cierto interés en continuar. En lo privado, a lo dicho hay que añadir un coste económico que hace bajar aún más la motivación.

Aquí es cuando la labor de equipo debe aflorar, y tanto el médico como el psicólogo deben apoyar dicho tratamiento, con la salvedad de que con frecuencia si no hay más psicopatología que la afectiva y ansiosa, el número de visitas puede ser menor, así como la frecuencia. En esta línea hay una clara divergencia entre la realidad clínica de los que hacemos tratamiento integrado en la práctica cotidiana y lo que se lee en algunos trabajos, tanto de base biológica como psicoterapéutica, que tratan con muestras muy sesgadas y que son para defender, en buena medida, los planteamientos teóricos de los autores.

Llegados al nivel del capítulo donde nos encontramos, se ve que el tratamiento integrado precisa de algo, que ya nombramos pero que hay que resaltar pues es capital, la comunicación.

Si algo debe saber un médico o un psicólogo que trabaje con pacientes depresivos y ansiosos es saber comunicar. Los profesionales sanitarios invertimos entre el 85 y el 90% del tiempo (y el tiempo es oro) en comunicarnos con nuestros pacientes o compañeros.

Se establece que la comunicación es buena para el paciente y para el profesional. En el caso del paciente mejora su satisfacción, también el cumplimiento terapéutico y el pronóstico. Recordemos que sobre un 50% de los pacientes no siguen de forma adecuada el tratamiento, y eso es por lo general por falta de confianza, la cual se relaciona de forma importante con la capacidad de comunicar y de empatizar con el paciente. De saber ponerse en el lugar del otro, en definitiva dejar que actúen las recientemente descubiertas neuronas en espejo. En efecto, si no se toma de forma adecuada, y para ello hay que saber comunicar con el paciente.

También el profesional se beneficiará de una buena capacidad de comunicación, pues aumenta la satisfacción personal, protege del síndrome del quemado, y disminuye los conflictos y demandas.

El problema es que aunque se puede mejorar, la capacidad de comunicación, como otras muchas capacidades de gran importancia en nuestro trabajo, tiene algo de caracterial y personal. Siempre existirá quien tenga más y mejor capacidad de comunicación que otros, peor dotados a ese nivel.

Para pasar del campo teórico al práctico vamos ya a realizar la formulación e implementación de un plan de tratamiento, y para ello usaremos como modelo de intervención los cuadros depresivos-ansiosos, pues en los siguientes capítulos del libro se podrán ver de forma separada ambos grupos de trastornos. Aquí los veremos de forma unitaria y global.

La cuestión de las relaciones entre la ansiedad y la depresión tiene unas dimensiones pronósticas y terapéuticas que sobrepasan el nivel teórico. No es raro observar depresiones con una gran carga de ansiedad o cuadros ansiosos acompañados de sintomatología depresiva.

A nivel clínico se han establecido tres respuestas teóricas:

- a) que sea un modelo unitario, en el que ambos trastornos difieren cuantitativamente,
- b) el modelo pluralista, que se inclina por una diferencia cualitativa.
- c) el modelo mixto que defiende un síndrome específico y diferenciado del síndrome depresivo y del síndrome ansioso.

Es evidente que las clasificaciones nosológicas tienen su utilidad, pero en la práctica el solapamiento de síntomas es frecuente, por lo que el humor depresivo no es raro en los estados de ansiedad y viceversa.

Incluso la estabilidad del diagnóstico es débil, sobre todo por la cuarta parte de pacientes con cuadros ansiosos que terminan en trastornos depresivos.

Lo que es sumamente frecuente son las marcadas relaciones clínicas entre la ansiedad y la depresión, especialmente en lo que concierne a las crisis de angustia y los trastornos depresivos, ya que la vinculación con la ansiedad generalizada precisa mayor delimitación y estudios más específicos.

Las diferencias entre las depresiones puras y las relacionadas con crisis de angustia es importante, pues aunque por lo general las primeras pueden tener mayor gravedad, también presentan mayor porcentaje de curación.

A modo de conclusión, el tratamiento integrado en psiquiatría parece conservar los beneficios de cualquiera de las dos formas de monoterapia. Así la farmacoterapia produce reducciones rápidas y fiables del malestar en la fase aguda del trastorno, y suprime la recaída durante la fase de continuación; mientras que la psicoterapia va potenciando los cambios necesarios y también potencia el funcionamiento social.

Con frecuencia la combinación de ambos tratamientos está indicada de forma especial en los pacientes donde los rasgos de personalidad premórbidos sean significativos, así como en aquellos que se objetiven desencadenantes psicosociales claros.

Por último, en aquellos en los que el tratamiento único no termina de dar una respuesta satisfactoria.

Es un campo todavía reciente pero parece que, frente a los doctrinalismos de escuela se impondrán las concepciones ecléctico-integradoras que permitirán ajustar el tipo de tratamiento a las características específicas de cada paciente, y el tratamiento integrado con las dos modalidades, fármaco y psicoterapia, lejos de competir entre sí, se complementen en un importante porcentaje de los pacientes depresivos y/o ansiosos.

Es posible que para ello los actuales sistemas de clasificación y el concepto mismo de enfermedad deban ser revisados a modelos más dimensionales que categoriales.

Frente al tratamiento integrado de los especialistas, el médico de primaria puede hacer, y de hecho muchos lo hacen desde hace infinidad de años, un abordaje de las patologías psiquiátricas moderadas y leves, entre ellas las depresivas y ansiosas, con tratamiento parecido al integrado a través del "counseling", o **consejo terapéutico** (C.T).

El C.T no es más, ni menos, que escuchar con especial atención al paciente y ayudar a dar sentido a su angustia, con el empleo de explicaciones; desarrollando una alianza terapéutica con el paciente, aceptándolo, comprendiéndolo y empatizando con su situación.

El C.T por parte del médico de primaria, forma parte de un cambio de modelo, que en cierta medida es nuevo, pero también tiene mucho de vuelta a los orígenes. Así en los últimos años la formación enfatiza que la actuación médica debe de cambiar de un abordaje centrado en el médico, al centrado en el paciente.

Un tratamiento centrado en el paciente pretende explorar el problema real, prestando más atención a las inquietudes del paciente, a sus preocupaciones, y a sus teorías sobre su enfermedad.

Todo ello se traducirá en una mejor comunicación médico- paciente (nuevamente sale la comunicación como factor clave), que llevará a una mejor cumplimentación del tratamiento, satisfacción, y a la postre, estado de salud.

Se han determinado como técnicas básicas para el C.T las siguientes:

- Capacidad de escuchar con sensibilidad.
- Capacidad de responder a los mensajes verbales y no verbales.
- Calor humano y sentir preocupación por los problemas de los demás.
- Empatía.
- Sinceridad.

Cada día hay más evidencia que el tratamiento de los trastornos psíquicos no debe únicamente estar dirigido a los síntomas mediante el uso de medicamentos, pues aunque los fármacos sean muy efectivos, el C.T puede incidir de forma muy positiva en la resolución de los problemas sociales y psicológicos asociados.

Se puede emplear con efectividad un amplio número de abordajes de C.T para ayudar a los pacientes durante un periodo conflictivo, o para que entiendan y sepan afrontar un problema puntual.

Se han descrito los principales problemas que en primaria pueden ser objeto de tratamiento con el C.T, y que a modo de resumen serían:

- Ajustes a pérdidas o duelos.
- Ajustes a enfermedades físicas, agudas y graves; o crónicas y con discapacidad.
- Ajustes a otros acontecimientos vitales.
- Ciertos problemas de relación.
- Depresión entre leve y moderada.
- Ansiedad o estrés situacional.

Como pudimos ver el médico de primaria que tenga interés por el tema del tratamiento integrado en muchos de los trastornos depresivos y ansiosos, podrá a través del C.T, ayudar a sus pacientes con garantías de estar aplicando un tratamiento que en la actualidad se considera como el más idóneo.

El problema por lo general no será de preparación o de ganas de hacerlo, el grave problema es la falta de tiempo.

Bibliografía

- Key J. tratamiento integrado en los trastornos psiquiátricos. Barcelona: Ars Médica, 2002.
- Chinchilla A. La depresión y sus máscaras. Madrid, Panamericana, 2008.
- Cuesta L. Guía para el diagnóstico y tratamiento de los trastornos psiquiátricos en asistencia primaria. Barcelona: Editorial Glosa, 2003.
- Lobo A, Campos R. Los trastornos de ansiedad en atención primaria. Madrid: Emisa, 1997.
- Vázquez-Baquero JL. Psiquiatría en Atención Primaria. Madrid: Biblioteca Aula Médica, 1998.

C.1. Clínica de los Trastornos Depresivos: sintomatología, epidemiología, evolución y tratamiento

De entre todos los trastornos mentales que hemos pretendido abordar de una forma breve y sencilla en este libro, son los trastornos depresivos lo más importantes por su frecuencia y por el sufrimiento que generan a nuestros pacientes.

Como se especifica en el subtítulo, hemos dividido el capítulo en varios apartados. Inicialmente haremos una pequeña reseña de la prevalencia de estos trastornos, continuando con las causas que pueden provocar en una persona la aparición de síntomas depresivos. Aunque pretendemos ser breves, hemos considerado que es importante destacar las causas, entre otros aspectos porque la culpabilidad debe siempre abordarse, y en la depresión no hay personas culpables, sino aspectos biológicos, psicológicos y sociales del paciente, su familia y su entorno que pueden haber intervenido. Posteriormente haremos una pequeña reseña de cuales son los síntomas y la forma de poder llegar a un diagnóstico, no sólo para profesionales de atención primaria sino también para los propios pacientes y familiares, que deben aprender a reconocer una recaída. Por último destacaremos los tratamientos generales de la depresión, tanto los psicológicos (terapia) como los farmacológicos, pero desde una perspectiva integradora. Consideramos los autores de esta obra, que somos los profesionales que en la fecha de la publicación trabajamos en el mismo equipo, que el tratamiento siempre debe integrar la psicoterapia y la farmacoterapia, es decir la mente y el cerebro.

C.1.1. Epidemiología

En nuestro medio, según el estudio europeo de epidemiología de las enfermedades mentales, los trastornos afectivos son muy frecuentes en la población general con una prevalencia a lo largo de la vida del 10,4% y una prevalencia anual del 4,0%. Por lo tanto, en un momento dado en España hay unos dos millones de individuos con depresión. Las cifras de prevalencia tanto si consideramos a lo largo de la vida como en un año en concreto, son el doble para las mujeres que para los hombres. Es decir, una de cada 6 mujeres y uno de cada doce hombres experimentarán un trastorno depresivo a lo largo de su vida. Habitualmente la edad de inicio de la depresión se sitúa entre los 20 y los 40 años, siendo además más frecuente (entre 1,5 y 3 veces) en aquellos sujetos con antecedentes familiares de depresión. Por otro lado también se ha observado que la depresión es más común entre personas separadas, viudas y divorciadas, si bien son los varones casados presentan menor riesgo que los que nunca se han casado, mientras que las mujeres casadas presentan mayores tasas que las que nunca se han casado.

La elevada frecuencia con que se dan las depresiones se refleja en que aproximadamente el 10% de consultas de adultos y el 15% de las de ancianos al Médico de Atención Primaria están relacionadas con la depresión. La depresión se asocia con más frecuencia a otras enfermedades mentales y médicas y de hecho con frecuencia la consulta está motivada por dolor, problemas de sueño, problemas gastrointestinales o irritabilidad que en realidad está enmascarando la depresión o el trastorno de ansiedad. Muchos pacientes con trastornos de ansiedad tales como el trastorno por estrés postraumático, el trastorno por crisis de angustia, el trastorno de ansiedad generalizada, el trastorno obsesivo compulsivo y la fobia social tienen además una depresión. Entre los pacientes con trastorno por estrés postraumático, un 48% sufrirán un trastorno depresivo en algún momento de su vida. Así mismo, más del 65% de los pacientes con crisis de pánico tendrán también un episodio depresivo. Entre los pacientes con un trastorno de ansiedad generalizada, el 42% tendrán un episodio depresivo en su vida. Aproximadamente 67% de enfermos con trastorno obsesivo compulsivo tendrán también una depresión y entre los pacientes con fobia social del 34% al 70% podrán experimentar un episodio depresivo.

Es importante tener en cuenta que la mayoría de pacientes con depresión van a presentar al menos otro episodio depresivo a lo largo de su vida. De hecho, el riesgo de recidiva de la depresión aumenta progresivamente con cada nuevo episodio depresivo de tal modo que incluso una vez tratados, el riesgo de recurrencia de un nuevo episodio es del 50% tras un primer episodio, mientras que el riesgo asciende al 70% tras dos episodios y al 90% tras 3 episodios. Esto es de gran importancia de cara a la prevención, máxime considerando que el riesgo de recaída disminuye a medida que se alarga el tiempo de remisión, y a la identificación precoz de los primeros síntomas de una recaída. Finalmente, es importante tener en cuenta que en la actualidad la depresión es considerada por la Organización Mundial de la Salud como la cuarta enfermedad causante de discapacidad en el mundo y para el 2020 las estimaciones es que sea ya la segunda causa, por lo que se ha convertido en una de las enfermedades que con más frecuencia encontramos en atención primaria y en las consultas privadas de salud mental.

C.1.2. Etiología de los trastornos depresivos

Muchos factores pueden contribuir a la aparición de depresión. Para algunas personas, un número de factores parecen estar involucrados, mientras que para otras, un solo factor puede causar la enfermedad. En algunas ocasiones, la gente se puede deprimir sin ninguna razón aparente. Sin embargo, la ciencia, a través de numerosos estudios defiende, como nosotros opinamos, que la depresión es una enfermedad mental con factores biológicos, psicológicos y sociales, en ocasiones propios del paciente pero en otras con influencias del entorno.

A continuación hacemos referencia a algunos de estos factores, recomendando actuar específicamente sobre cada uno de ellos cuando es detectado, y ¿por qué no?, hacer partícipe al paciente de ellos, si creemos en la alianza terapéutica. Los principales factores son:

- **Biológicos:** la depresión está originada por un desequilibrio de los neurotransmisores, especialmente serotonina, noradrenalina y en menor medida la dopamina. Está demostrado que cuando estamos deprimidos tenemos ese desequilibrio y que cuando tomamos la medicación adecuada, los neurotransmisores se equilibran y nuestro estado de ánimo cambia. Estos aspectos serán explicados de forma más amplia en el apartado de tratamiento farmacológico, para facilitar la comprensión de los mecanismos de acción de los antidepresivos.
- **Cognitivos:** Individuos con patrones negativos del pensamiento y baja autoestima tienen más posibilidades de desarrollar depresión. Existe una distorsión cognitiva, en la que el depresivo distorsiona la realidad viéndose de forma negativa así mismo, al mundo y el futuro.
- **Género:** Tal y como hemos especificado en el apartado de epidemiología, las mujeres sufren de depresión en un índice que es casi el doble que los hombres. Las razones de eso no están todavía muy claras, se incluyen los cambios hormonales por los cuales pasan las mujeres durante la menstruación, el embarazo, puerperio y menopausia.
- **Enfermedad Orgánica:** La depresión clínica tiende a ocurrir a la par de ciertas enfermedades, como las del corazón, cáncer, Parkinson, diabetes, Alzheimer y desórdenes hormonales.
- **Medicamentos:** algunos medicamentos pueden ocasionar depresión como efecto secundario, por ejemplo los corticoides.
- **Genética:** Historia familiar de depresión clínica aumenta el riesgo de desarrollar la enfermedad.
- **Situacional:** Eventos difíciles en la vida (divorcio, problemas financieros, muerte de un ser querido...) pueden contribuir a la depresión.

C.1.3. Sintomatología y Clínica

Todo el mundo parece tener una idea de en qué consiste la depresión. Su cercanía y su frecuencia hacen que haya un conocimiento bastante acertado de esta enfermedad mental. Sin embargo, consideramos oportuno la descripción de alguno de los síntomas más característicos:

Tristeza patológica: Se diferencia de la tristeza (que puede ser un estado de ánimo normal como la alegría), cuando alcanza un nivel tal que interfiere negativamente en la vida cotidiana, tanto en lo social como en lo familiar y lo personal. Aparece sin motivos o tras un acontecimiento significativo. Es una sensación muy profunda, en la que el paciente se siente, tal como si hubiera perdido el sabor, el placer de vivir. Se considera incapaz de brindar amor o afecto, lo cual aumenta sus sentimientos de culpa.

Desgana y anhedonia: el sujeto se torna apático, no tiene ganas de nada (en ocasiones ni siquiera de vivir) y nada le procura placer. En lo sexual, se llega a una acusada disminución de las relaciones sexuales; también disminuye y tiende a desaparecer el placer en el trabajo, en el deporte y en los juegos, y otras actividades que anteriormente le eran gratificantes.

Ansiedad: es la acompañante habitual del deprimido, que experimenta una extraña desazón, como un trasfondo constante.

Insomnio: al paciente le cuesta conciliar el sueño y, además, se despierta temprano e irritable. En algunos casos, que constituyen minoría, puede presentarse la hipersomnia (exceso de horas de sueño).

Alteraciones del pensamiento: imagina tener enfermedades de todo tipo; surgen ideas derrotistas, fuertes sentimientos de culpa, obsesiones. El pensamiento sigue un curso lento, la memoria se debilita y la distracción se torna frecuente.

Alteraciones somáticas: por lo común surgen dolores crónicos (musculares en cuello y espalda, etc). Se experimenta una persistente sensación de fatiga o cansancio.

Alteraciones del comportamiento: el paciente tiene la sensación de vivir arrinconado, rumiando sus pensamientos. Puede estar quieto, de manos cruzadas, o explotar en violentas crisis de angustia o en ataques de llanto por motivos insignificantes. Le resulta difícil tomar decisiones y disminuye su rendimiento en el trabajo.

Modificaciones del apetito y del peso: la mayoría de los pacientes pierde el apetito y, en consecuencia, provoca la disminución de peso.

Culpa excesiva: siente con exceso la carga de una culpa inexistente, lo cual puede desembocar en delirios, que en ocasiones pueden ser de ruina (estar convencido de que está arruinado sin ser cierto).

Pensamiento suicida: los pacientes presentan una preocupación exagerada por la muerte y alimentan sentimientos autodestructivos.

Disminución de la energía: se produce un cansancio injustificado, a veces con variaciones durante el día, muy a menudo más acentuado por la mañana. Las personas afectadas de depresión suelen sentirse más fatigadas por la mañana que por la tarde.

El rótulo de Trastorno Depresivo, es coincidente con una de las subcategorías de los trastornos del estado de ánimo recogidos en el manual de clasificación de enfermedades mentales DSM-IV-TR. En este manual se remarca que la característica fundamental sintomática de los trastornos depresivos viene determinada por el denominado **Episodio Depresivo Mayor**, cuyos criterios son:

A. Presencia de cinco (o más) de los siguientes síntomas durante un período de 2 semanas, que representan un cambio respecto a la actividad previa; uno de los síntomas debe ser: estado de ánimo depresivo o pérdida de interés o de la capacidad para el placer.

1. Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el propio sujeto (p. ej., se siente triste o vacío) o la observación realizada por otros (p. ej., llanto).
2. Disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día (según refiere el propio sujeto u observan los demás)
3. Pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso (p. ej., un cambio de más del 5 % del peso corporal en 1 mes), o pérdida o aumento del apetito casi cada día.
4. Insomnio o hipersomnia casi cada día.
5. Agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día (observable por los demás, no meras sensaciones de inquietud o de estar enlentecido)
6. Fatiga o pérdida de energía casi cada día.
7. Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes) casi cada día (no los simples autorreproches o culpabilidad por el hecho de estar enfermo).
8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada día (ya sea una atribución subjetiva o una observación ajena).
9. Pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor a la muerte), ideación suicida

recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse.

B. Los síntomas no cumplen los criterios para un episodio mixto.

C. Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

D. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) o una enfermedad médica (p. ej., hipotiroidismo).

E. Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo (p. ej., después de la pérdida de un ser querido), los síntomas persisten durante más de 2 meses o se caracterizan por una acusada incapacidad funcional, preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o enlentecimiento psicomotor.

Esta breve descripción de los cambios que caracterizan la entidad de Trastorno Depresivo, puede entenderse mejor clasificando la alteraciones en tres niveles:

- **Comportamental:** por una reducción de la actividad y del nivel general de respuesta de la persona.
- **Cognitivo:** disminución de la capacidad de procesamiento, de la forma de analizar la realidad, de la percepción de sí mismo y su entorno.
- **Emocional-Fisiológico:** en atención a la percepción de inutilidad, desesperanza, miedo, ira, etc.; y de la alteración de funciones tan básicas como el sueño, la alimentación, la actividad sexual, etc.

Por todo ello podemos afirmar que el Trastorno Depresivo afecta de un modo global a la persona, produciéndose cambios que alcanzan multitud de áreas de su comportamiento, lo que supone por parte del médico o psicólogo evaluar sistemáticamente multitud de aspectos, de entre los cuales estarán, aquellos aspectos que hayan podido *originar* y/o *mantener* el actual estado depresivo.

C.1.4. Diagnóstico

El diagnóstico de la depresión es clínico. Deben descartarse, en primer lugar, causas orgánicas, medicamentosas o tóxicas compatibles con un cuadro similar al de un trastorno depresivo, pero es en último término la entrevista clínica la que ofrece los datos necesarios para el diagnóstico, cuando se cumplen los criterios establecidos.

Una buena evaluación diagnóstica debe incluir *una historia médica completa*. ¿Cuándo comenzaron los [síntomas](#), cuánto han durado, cuánto de serios son?. Si el paciente los ha tenido antes, el médico debe averiguar si los síntomas fueron tratados y qué [tratamiento](#) se dio. El médico también debe preguntar acerca del uso de [alcohol](#) y [drogas](#), y si el paciente tiene pensamientos de muerte o [suicidio](#). Además, la entrevista debe incluir preguntas sobre otros miembros de la familia. ¿Algún pariente ha tenido depresión y, si fue tratado, qué tratamientos recibió y qué tratamientos fueron efectivos?

Así mismo, se recogerá información de aquellos contenidos objetos de evaluación relevantes para su tratamiento como pueden ser: el nivel de actividad actual de la persona, las habilidades personales y sociales que posee y las estrategias de afrontamiento en relación con el problema.

Existen también varios cuestionarios estandarizados que pueden ayudar a discriminar si existe o no un trastorno depresivo: como el [Inventario de Depresión de Beck](#), la [Escala de Depresión de Zung](#), el [Test de Depresión de Goldberg](#) o el [Test de Depresión de Hamilton](#).

De todos los cuestionarios utilizados para evaluar la depresión, el más ampliamente utilizado es el Inventario de Depresión de Beck (BDI, BDI-II), creado por [Aaron T. Beck](#) y que de forma habitual es utilizada por los autores de esta obra. Es un auto cuestionario que consta de 21 preguntas de múltiple respuesta. Es uno de los instrumentos más comúnmente utilizados para medir la profundidad de una depresión. Las versiones más actuales de este cuestionario están diseñadas para ser utilizadas en personas a partir de 13 años de edad. Está compuesto por ítems relacionados con síntomas de depresión como la desesperanza e irritabilidad, cogniciones como la culpa o sentimientos como estar siendo castigado, así como síntomas físicos relacionados con la depresión, como la fatiga, la pérdida de peso y de apetito sexual.

C.1.5. Tratamiento psicológico

Son muchas las ocasiones en que los enfermos llegan a Atención Primaria haciendo verbalizaciones del tipo: “me siento triste”, “¿por qué me pasa esto a mí?”, “qué pocas ganas tengo de hacer nada”, etc. La mayoría de personas han percibido alguna vez este malestar, pudiendo sentirse frustradas por no conseguir algo por lo que han estado luchando o por no alcanzar lo deseado. Sin embargo esta sensación suele ser temporal y no excesivamente intensa. Cuando las dificultades para afrontar este estado son excesivas -duran más de lo normal, son muy fuertes e incapacitantes en el quehacer diario y provocan un malestar emocional considerable- es cuando resulta necesario acudir a un especialista que valore el tipo de tratamiento más adecuado. En este apartado abordaremos el tratamiento psicológico como intervención profesional, basada en técnicas psicológicas en un contexto clínico.

El término “depresión” tiene un uso tanto mundano-popular, como técnico-clínico. En ambos contextos, apunta a una cierta experiencia de la vida que se podría definir como tristeza o desánimo. La gente utiliza el término depresión para dar cuenta de una variedad de condiciones, estado personal según sea la experiencia subjetiva vivida, por ejemplo “estar bajo” (bajo de ánimo, bajo de humor, bajo un peso o apesadumbrado), “no ver salida” (cuando el futuro se obtura, el tiempo se estanca y, entonces, uno no ve salida ni nada claro, sino todo oscuro) o “carecer-de-interés” (cuando nada llama la atención y todo aburre, uno aborrece de todo, en el sentido de no dejarse llevar por el entretenimiento común). Otras veces la depresión define, más que un estado personal, una reacción ante cierto evento, del que uno quiere protegerse o señalar su impacto (“me da depresión”, “me deprime”). Es importante señalar estas cuestiones para poder entender mejor la base en la que se van a sustentar los tratamientos psicológicos.

Los clínicos utilizamos el término depresión de una forma pretendidamente precisa. Forma parte de esta precisión la identificación de unos patrones definitorios y la clasificación del tipo de depresión, como puntos referenciales a la hora de plantearse la intervención terapéutica. Tanto los patrones definitorios de depresión como la clasificación en tipos de depresión han sido abordados en el apartado anterior, por lo que nos centraremos en describir los distintos tipos de tratamientos psicológicos que han demostrado una mayor eficacia científica y terapéutica dentro del ámbito de la depresión, haciendo un mayor hincapié en el tratamiento cognitivo-conductual.

La depresión puede ser tratada de muchas maneras, de acuerdo a la perspectiva teórica psicológica con que se aborde. A continuación, describiremos brevemente algunos de los tratamientos psicológicos que intentan dar razones a la depresión según la teoría en la que se basa.

Teoría conductual. Entiende la depresión como una falta de refuerzos que hace que el que la padece no actúe, la inactividad lleva al deprimido a no encontrar refuerzos en la sociedad y por lo tanto la depresión se perpetúa. Desde esta teoría el tratamiento consistiría en la programación de actividades que comienzan a dar al sujeto los refuerzos que necesita.

Tras el comienzo se establece una realimentación positiva. Pero, dado que uno de los problemas que plantea el paciente depresivo es que dice no tener fuerzas para hacer nada, que cuando se le cure la depresión y se sienta bien es cuando saldrá y hará las cosas que le apetecen, se trataría de plantearle lo contrario, *cuando te mueves te refuerzas y te sentirás bien y con ganas de seguir*. En este sentido, la programación de actividad física gradual (caminar, por ejemplo) puede suponer un estímulo positivo en la recuperación. Dentro de la terapia de Conducta se pueden reconocer seis procedimientos terapéuticos:

1. Programa de Actividades Agradables.
2. Entrenamiento en Habilidades Sociales
3. Curso para el Afrontamiento de la depresión
4. Terapia de Autocontrol
5. Terapia de Solución de Problemas
6. Terapia Conductual de Pareja

Teoría Cognitiva. Considera la depresión como el resultado de pensamientos inadecuados. La depresión se debe a una distorsión cognitiva, en la que el paciente se ve de forma negativa en la llamada triada cognitiva (el mismo, el mundo y el futuro). El tratamiento se centraría en detectar los pensamientos automáticos negativos, analizarlos y cambiarlos racionalmente. Del mismo modo, esta teoría aporta desde el punto de vista corporal que las sensaciones que sentimos son debidas a los pensamientos automáticos. Cuando pensamos mucho sobre un tema vamos reduciendo el pensamiento de forma que generalizamos y dejamos indicado el contenido y lo único que sentimos es la preparación para actuar que nos deja, es decir, la emoción y la sensación asociada. En el caso, del paciente deprimido se siente incapaz de actuar y esto le produce una sensación que le deja tan decaído que en efecto no puede actuar. Se puede decir que los efectos y la conducta de un individuo están determinados en gran medida por el modo que tiene de

estructurar el mundo, por lo que el objetivo de la terapia sería delimitar y poner a prueba falsas creencias y los supuestos desadaptativos del paciente.

La indefensión aprendida. La depresión es entendida como la incapacidad de resolver algún problema, la cuál se encuentra asociada a la teoría de la desesperanza. El problema reside precisamente en la pérdida de esperanza para conseguir los refuerzos. Así pues, las personas que ante sucesos negativos llevan a cabo atribuciones internas, globales y estables, es decir, se ven como responsables directos de los mismos, hacen prever una mayor probabilidad de padecer depresión. De este modo, la desesperanza, como estilo atributivo, en interacción con el manejo de terminados sucesos negativos llevaría a la depresión.

Teoría Biológica. La depresión, desde esta teoría, se debe a un desequilibrio de los neurotransmisores. Está demostrado que cuando estamos deprimidos tenemos ese desequilibrio y que cuando tomamos la medicación adecuada, los neurotransmisores se equilibran y nuestro estado de ánimo cambia. Ahora bien, no podemos quedarnos solamente en esta teoría, ya que si la depresión es reactiva a una situación hasta que no se solucione ésta se seguirán dando condiciones para que se perpetúe, aunque se tomen antidepresivos. De ahí la importancia de llevar a cabo una terapia integradora o combinada.

Teoría Interpersonal. La psicoterapia interpersonal (TIP) se desarrolla como si fuera una intervención psicosocial, puesto que entiende el trastorno depresivo desde una causalidad bio-psico-social y una limitación en la capacidad de adaptarse o manejar el estrés psicosocial o interpersonal. De manera, que el foco de intervención se centra en problemas sociales o dificultades interpersonales actuales, concomitantes al inicio de los síntomas. Para fines prácticos, la TIP se concentra en las conexiones entre patología y contexto psicosocial; otorga más importancia al presente que al pasado, examinando las relaciones personales del paciente en la actualidad e intentando intervenir en la formación de síntomas y en la disfunción social asociada al presente episodio depresivo o de otra índole. En esta psicoterapia lo "psicosocial" se refiere principalmente a los diferentes roles desempeñados por un paciente y sus interacciones ambientales, entendiéndose por rol el lugar de encuentro entre la forma de ser individual y lo que es presentado a los demás. De acuerdo con la TIP, los diferentes roles y relaciones se pueden ver alterados por sobrecargas emocionales o laborales, conflictos y pérdidas. La alteración por sobrecarga tiende a aminorar las fuerzas, los conflictos tienden a producir angustia y las pérdidas depresión. Usualmente las pérdidas a tratar en psicoterapia interpersonal son duelo, divorcio o desempleo. En TIP se asume que la aparición del trastorno ya modifica el contexto psicosocial e interpersonal del paciente.

Tras este breve repaso a los diferentes tipos de tratamientos psicológicos, cabe destacar que tres de ellos cuentan con suficientes estudios controlados como para poder afirmar que están bien establecidos: la terapia de conducta, la terapia cognitiva y la psicoterapia interpersonal. A continuación, pasaremos a determinar la intervención terapéutica dentro de un contexto cognitivo-conductual. Sin embargo, es importante considerar, antes de entrar de lleno en la descripción del tratamiento cognitivo-conductual, que sea cual fuere el tipo de teoría que soporte el tratamiento, el principal objetivo de toda intervención es establecer una adecuada relación con el paciente, de manera que la relación terapéutica le resulte gratificante y reforzante. Desde la perspectiva que nos ocupa, se considera prioritario atender en las primeras sesiones, sobre todo, los aspectos positivos del comportamiento de la persona. Identificar aficiones, aunque fueran pasadas, hablar sobre recursos personales, habilidades, etc., no sólo permite obtener información valiosa para el tratamiento, sino que contribuye a mejorar el estado de ánimo del paciente. Todo ello, dentro de un ambiente relajado, sin reproches, ni valoraciones sobre su comportamiento. Así pues, en los momentos iniciales de la intervención se dedicará mayor tiempo a hablar de estos aspectos y cuestiones positivas que de los aspectos negativos actuales con los que convive el paciente.

Una de las dificultades en el manejo clínico de la depresión es que, aunque la mayoría de los pacientes, independientemente del tipo de depresión, indican la desesperanza y la sensación incontrolabilidad y falta de poder, como elementos comunes, las causas que las derivan pueden ser muy variadas (conflictos de relación, pérdidas interpersonales, pérdidas relacionadas con el logro y el status, estresores, etc.). De ahí, que la intervención clínica sea habitualmente algo más compleja y algo menos sistematizable que en otros problemas psicológicos. Por lo tanto, además de determinar los aspectos y cuestiones más positivas del comportamiento del paciente, se encuentren en el presente o no, definir las causas que le han llevado a su estado anímico actual se convierten en los eslabones fundamentales en el proceso de recuperación emocional y "vital" del mismo.

Teniendo en cuenta estos requisitos, el primer paso en el tratamiento psicológico de la depresión consistiría en la evaluación de la situación emocional del paciente. Se recogerán todos los aspectos que puedan estar influyendo en la situación actual del paciente, con el fin de observar en qué medida se

cumplen los criterios que definen el cuadro y considerar el diagnóstico diferencial, para delimitar qué factores son los que están explicando los cambios observados.

Uno de los primeros aspectos a tener en cuenta es el *nivel de actividad actual* de la persona. Se ha de cuantificar y caracterizar dicha actividad, ya que va a ser el punto de inflexión en la intervención. Para delimitar el nivel de actividad de la persona, la información que se facilite en la entrevista resulta fundamental. Esta información nos va a permitir contextualizar no sólo el nivel, sino las peculiaridades del problema en la historia reciente del paciente: qué cosas que antes hacía ha dejado de hacer, qué cosas hace ahora y que no hacía en el pasado, etc. En suma, llevar a cabo un análisis de la funcionalidad actual del paciente. La actividad en sí es importante, pese a que su principal valor reside en su relación con el medio ambiente y el papel funcional que ésta aporta al paciente. Que la actividad sea percibida como agradable es el primer requisito para que permanezca y sea frecuente, de manera que resulta conveniente atender a estos aspectos con el objetivo de conseguir un “buen feed-back” paciente-terapeuta”. Del mismo modo, este análisis de la actividad es igualmente válido para conductas congruentes con el problema. Por ejemplo, conductas como quejarse de lo mal que uno se encuentra, llorar, etc. Pueden estar siendo reforzadas por el medio social. Estas conductas (actividades) también deben ser objeto de observación, puesto que servirán para dar cabida a otras más positivas. Cabe destacar que es mejor que existan estas conductas de queja, frente a la pasividad y desinterés por comunicar problemas a los demás.

El análisis detallado del comportamiento actual y pasado de la persona, así como del medio ambiente general nos permitirá conocer los *estímulos reforzadores disponibles, o los potencialmente disponibles*. Esta búsqueda de estímulos reforzadores útiles para movilizar el comportamiento de la persona, supondrá “rescatarlos” de su actual merma capacidad reforzadora. En el balance del ambiente general en el que vive actualmente el paciente, debe tenerse en cuenta la riqueza estimular y, sobre todo, en que medida es vivido por él. Se trataría de identificar la disponibilidad de estímulos positivos: atencionales, manipulativos, sociales, etc., a pesar de que el paciente no haya reparado en ellos.

Por otro lado, las *habilidades de la persona* sería un tercer elemento preciso en la evaluación. ¿En qué es especialmente competente el sujeto? Se explorarían sus distintos ámbitos de actuación. Trabajo, aficiones, vida familiar, etc., para identificar los recursos generales, no ligados al problema de la depresión, con los que cuenta la persona, realizando especial hincapié a las habilidades capaces de favorecer los refuerzos a la persona. Por último, y dentro del apartado referente a la evaluación, resulta del todo conveniente tener presente las *estrategias de afrontamiento del paciente frente a la solución de problemas*, puesto que éstas se encuentran a la base del origen y mantenimiento del problema. En este sentido, se ha de evaluar, en relación con el problema: las habilidades sociales, los recursos de control emocional, las estrategias de solución de problemas, los esquemas cognitivos, los pensamientos automáticos y cogniciones depresogénicas.

Finalmente, deben también evaluarse las ideas, planes o deseos suicidas del paciente. Esta evaluación debe hacerse cuidadosamente dado los efectos perniciosos que conllevan.

Una vez evaluada la situación actual del paciente, tanto en el plano personal con medioambiental, se pasaría a la intervención propiamente dicha, para tal caso exponemos de manera resumida algunas de las técnicas cognitivo-conductuales que son utilizadas en el manejo de la depresión. De lo que se trata es que la persona sea conocedora no sólo de qué le ha podido llevar a tal situación, sino que sea capaz de ejercer un control apropiado sobre la misma y de disponer en el futuro de sus propias herramientas para poder ejercerlo. De esta manera, que la persona tenga a su mano toda esta información le reportará un mayor conocimiento de sí mismo e indirectamente una mayor confianza y seguridad. Podríamos obtener una moraleja de todo esto, que independientemente de si se sufre un trastorno o no, el parar y tomarnos un tiempo de reflexión en determinados momentos en los que nos sentimos angustiados o bajos de ánimo, supondría evitar entrar una espiral mayor de desencanto emocional, ya que si somos capaces de detectar cuáles han sido las causas que nos han llevado a ella y qué estamos haciendo para intentar salir de ella (reforzadores) seremos conocedores de la realidad que vivimos en cada instante y podremos ser capaces de manejarla de una forma saludable.

Resulta conveniente suscitar una última reseña. Un factor importante tanto en el diagnóstico diferencial como en la intervención propiamente dicha de la depresión es su comorbilidad con otros trastornos y viceversa. Entre éstos se encontrarían los problemas de ansiedad (fundamentalmente, estrés postraumático, ansiedad generalizada y obsesiones), consumo de alcohol y drogas, trastornos de sueño, disfunciones sexuales y trastornos somatoformes. De manera, que cómo se apuntó en párrafos anteriores la intervención en depresión se torna compleja; sin embargo, aunque la variedad de dificultades es amplia, hay un patrón predecible de problemas que suelen tratarse en casos de depresión

La selección de técnicas cognitivo-conductuales que a continuación se enumeran pueden dar idea de los diferentes factores internos y externos que intervienen en el estado anímico de una persona, siendo labor del especialista, en este caso el psicólogo, la utilización de la técnicas más adecuadas a cada paciente. Lo que hace suscitar aquella premisa tan comentada entre los profesionales de la Salud: “no hay

enfermedades sino enfermos”, y esta premisa es si cabe más evidente y notoria en el ámbito de la Salud mental, ya que nuestra mente sustentada en esa “caja de sorpresas” que es el cerebro, es activa y dinámica por naturaleza siendo capaz de elaborar interpretaciones de la realidad tan diversas y únicas que, en ocasiones, son bastante divergentes del contexto real en el que se desenvuelve la persona.

Técnicas cognitivo-conductuales

1. Activación Conductual: La planificación gradual de actividades, de tareas y evaluación de las mismas, en función de “dificultad-placer” y, la planificación de actividades gratificantes. En este sentido, fomentar las actividades sociales y el ejercicio físico son actividades del todo recomendables como fuente de activación de la conducta, al tiempo que son elementos distractores, que permiten a la persona desviar su foco de atención problemático, al menos por un tiempo determinado.

2. Entrenamiento en toma de decisiones y solución de problemas: Se tratará de desarrollar pautas de acción planificadas y secuenciadas para la resolución eficaz del problema (definición del problema, objetivos que se persiguen para atajarlo, soluciones alternativas, etc.)

3. Entrenamiento en focalización de la atención en experiencias agradables: Potenciar la identificación de características placenteras de cada momento y aumentar el tiempo de exposición a las mismas. Cuestión, que por otro lado, me atrevería a recomendar a todo el mundo, con o sin trastornos, aprender a saborear la vida a través de como dicen los franceses “les petits plaisirs de la vie”.

4. Autocuidados : Enriquecer el medio en el que nos desenvolvemos, mantener hábitos de vida saludables (dieta, ejercicio físico, etc), entrenamiento en auto-refuerzo e higiene del sueño, etc.

5. Exposición gradual a los estímulos y situaciones dónde el sujeto realiza predicciones catastrofistas, negativas o de fracaso. En este sentido, las técnicas de respiración y de relajación muscular suponen un importante soporte a la hora de enfrentarse a dichas situaciones.

6. Entrenamiento en habilidades sociales. Importancia de la comunicación no verbal, manejo de las críticas, recibir y aceptar halagos ; en definitiva, favorecer una conducta asertiva, que favorezcan el contexto de negatividad en el que se ve inmerso el paciente.

7. Control de la ira. Identificar los estímulos internos/externos discriminativos, diferenciar los estados emocionales y llegar a la regulación de los mismos, la significación subyacente a éstos y su modo de afrontamiento más óptimo para el paciente

8. Registro de pensamientos. Autorregistros que determinen el tipo de pensamientos y su relación con la situación estímulo, las emociones asociadas a los mismos y las estrategias de afrontamiento.

9. Reestructuración cognitiva. Discurso socrático. Se trataría de suscitar preguntas que activen determinados pensamientos: « qué pasaría si... ? », ¿qué supondría que... ?, con el objetivo de identificar incongruencias y darles respuestas alternativas.

A modo de resumen afirmar que desde nuestro punto de vista el objetivo de la terapia cognitivo-conductual, dado que existe una distorsión de la información por parte del paciente depresivo, se debe atender al potencial de éste para percibir negativamente el ambiente y los acontecimientos que le rodean. Por tanto, los objetivos a conseguir serían en resumen: a) aprender a evaluar las situaciones relevantes de forma realista, b) aprender a atender a todos los datos existentes en esas situaciones, c) aprender a formular explicaciones alternativas para el resultado de las interacciones, d) poner a prueba supuestos desadaptativos para poner en marcha comportamientos diferentes que proporcionen más oportunidades en el repertorio de interacción con otras personas y a la hora de solucionar problemas.

Para concluir con este apartado sobre terapia de la depresión, es necesario tener en cuenta algunos aspectos en relación a las perspectivas o expectativas del mismo. Primero, que el tratamiento de la depresión sea uno de los campos de actuación dónde mayor consenso de intervención se da tanto entre los médicos como entre los psicólogos, hace que debamos actuar en colaboración interdisciplinar. Segundo, que ensayos clínicos hayan demostrado una eficacia similar entre el tratamiento psicológico y el farmacológico, supone tener recursos a la hora de combatir e incluso prevenir episodios graves de depresión, además de poder llevar a cabo una intervención lo más precoz posible evitando un sufrimiento innecesario al paciente. Además, cuando ambos tratamientos se combinan (farmacológicos y psicológicos) obtenemos la fórmula idónea en muchos de casos de depresión grave, ya que la terapia combinada ofrece al paciente las ventajas de los efectos a corto plazo de los fármacos y el mantenimiento de los mismos a largo plazo fruto del tratamiento psicológico. De esta manera, podemos plantear una más pronta recuperación, en el mejor de los casos y un alivio paliativo de la situación emocional del paciente en otros. Ambas cuestiones son igualmente importantes a la hora de mejorar la calidad de vida del paciente, evitando en la medida de las posibilidades perpetuar un estado de ánimo deprimido que, en muchas veces, termina convirtiéndose en una actitud o estilo de vida poco saludable.

C.1.6. Tratamiento farmacológico

La importancia del tratamiento de la depresión se basa en la necesidad del mismo, pues de lo contrario, con frecuencia, la enfermedad empeora. Así pues, tan importante es tratar la depresión como hacerlo bien, y a ese respecto debemos afirmar que el tratamiento más eficaz es el combinado: fármacos y terapia. En esta línea, se ha estimado que sin tratamiento únicamente un 40% de pacientes se recuperan, mientras que otro 40% permanecerán deprimidos y por lo tanto evolucionarán a la cronicidad. El 20% restante evolucionará a la recuperación pero incompleta, quedando lo que denominamos como distimia.

Los antidepresivos son un grupo extenso y muy diverso de fármacos utilizados debido a su amplio perfil farmacológico para un amplio abanico de indicaciones y que además del propio trastorno depresivo incluye entre sus indicaciones el trastorno de ansiedad generalizada, el trastorno obsesivo-compulsivo, el trastorno de pánico, la bulimia nerviosa o el trastorno por estrés post-traumático.

En cualquier caso una característica común de los antidepresivos es que todos ellos presentan un período inicial de latencia de aproximadamente 3-4 semanas hasta que empiezan aparecer sus efectos beneficios y durante el cual puede aparecer efectos secundarios específicos de los diversos tipos de antidepresivos. El desconocimiento de ello por parte de los pacientes les lleva al abandono del tratamiento.

El desarrollo de fármacos específicos para el tratamiento de la depresión comenzó a principios de la década de los '50, con el descubrimiento casual de la actividad biológica de un inhibidor de la monoaminoxidasa (MAO) hasta entonces utilizado en el tratamiento de la tuberculosis y que se observó que presentaba efectos sobre el estado del ánimo. En la misma época también apareció un antidepresivo tricíclico, aun utilizado hoy en día, la imipramina (Tofranil®). Sin embargo, la estructura química de un amplio número de antidepresivos tricíclicos era conocida desde finales del siglo XIX. A partir de la aparición de estos primeros antidepresivos, a lo largo de las siguientes dos décadas se desarrollaron los antidepresivos tricíclicos (TCAs) y los inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAOs). Los TCAs se caracterizan fundamentalmente por bloquear la recaptación de dos neurotransmisores que se han identificado como claves en la génesis de la depresión, la noradrenalina y la serotonina, mientras que los IMAOs inhiben la enzima MAO. Mientras estos cambios neuroquímicos ocurren rápidamente, la mejoría clínica no se observa hasta después de un par de semanas, tal como se ha mencionado anteriormente. Todo ello llevó a formular la llamada hipótesis *monoaminérgica* de la depresión, tal y como hemos adelantado en el apartado de etiología y causalidad, con el objetivo de explicar el origen neurobioquímico de la misma y el funcionamiento de los antidepresivos. Es decir, de una forma muy simplificada, la depresión se asociaría a un déficit de las aminas biológicas noradrenalina, serotonina, y/o dopamina fundamentalmente, y los antidepresivos ejercerían su efecto terapéutico y beneficioso corrigiendo esta anomalía.

La serotonina y la noradrenalina constituyen dos neurotransmisores claves en la etiología de la depresión, participando en un amplio espectro de síntomas depresivos. La serotonina y la noradrenalina envían proyecciones desde los núcleos de rafe (el principal centro serotoninérgico cerebral) y el locus ceruleus (el principal centro noradrenérgico cerebral), respectivamente a diversas áreas cerebrales como la corteza prefrontal (donde se regulan las conductas de inhibición) y al sistema límbico (relacionado con las emociones y el placer) donde parecen intervenir en los síntomas depresivos. Además, existen vías ricas en serotonina y noradrenalina hacia la médula espinal que modulan la percepción dolorosa. Algunos síntomas (por ejemplo el apetito o la atención) parecen depender más de un neurotransmisor que del otro. Mientras que otros síntomas (como la ansiedad) pueden estar mediados por cualquiera de los dos neurotransmisores. Otros síntomas (como las quejas físicas y dolor, pérdida de energía, función cognitiva, etc) parecen estar mediados por una combinación de ambos neurotransmisores. Por lo tanto, las alteraciones en el sistema serotoninérgico y noradrenérgico en el cerebro están asociadas con la depresión. Por su parte, la alteración de estos dos sistemas de neurotransmisión en la médula espinal ayuda a explicar la mayor percepción, así como la mayor presencia de síntomas dolorosos en pacientes deprimidos. La mayoría de fármacos antidepresivos eficaces ayudan restablecer el normal funcionamiento de estos neurotransmisores.

Los antidepresivos se clasifican en varios grupos químicos y presentan una amplia diversidad de acciones neurofarmacológicas. Se agrupan en función del mecanismo acción primario de acción que lleva al efecto antidepresivo, tal como se enumera a continuación:

Antidepresivos Tricíclicos. A dosis terapéutica, los antidepresivos cíclicos se distinguen unos de otros por su capacidad para inhibir la recaptación de neurotransmisores (noradrenalina, dopamina,

serotonina), sus efectos anticolinérgicos y antihistamínicos, así como, sus efectos sedantes, sin embargo sus efectos terapéuticos son muy similares. En nuestro país están comercializados los siguientes antidepresivos tricíclicos:

- Amitriptilina (Deprelío[®], Nobritol[®], Tryptizol[®]).
- Clomipramina (Anafranil[®])
- Dosulepina (Prothiaden[®])
- Doxepina (Sinequan[®])
- Imipramina (Tofranil[®])
- Nortriptilina (Paxtibi[®])
- Trimipramina (Surmontil[®])

Si bien presentan una eficacia ampliamente contrastada y durante décadas han sido los fármacos de elección para el tratamiento de la depresión, con la aparición de nuevos grupos de antidepresivos de eficacia similar pero sobre con muchos menos efectos secundarios, su utilización ha pasado a una segunda o tercera elección. De hecho, a menudo algunos de los efectos secundarios de los antidepresivos tricíclicos resultan intolerables y perduran en la totalidad del tratamiento, entre esto se incluyen además de boca seca y estreñimiento, puede aparecer retención urinaria, problemas sexuales, alteraciones en la visión (hay que tener especial atención en pacientes con glaucoma), y además pueden alterar el ritmo cardíaco.

Inhibidores de monoaminoxidasa (IMAO). Existen actualmente dos tipos de IMAO, según sea su acción inhibitoria de la monoaminoxidasa, por una parte inhibidores no selectivos de la monoaminoxidasa, de los que en España únicamente es disponible la Tranilcipromina (Parnate[®]) y por otra parte los inhibidores de la monoaminoxidasa tipo A del que disponemos la Moclobemida (Manerix[®]). Los IMAO se usan con menos frecuencia que los otros antidepresivos, debido en gran manera a que pueden causar efectos secundarios graves. Tomar un antidepresivo IMAO mientras se está tomando otro medicamento antidepresivo o ciertos medicamentos aparentemente inocuos (por ejemplo para el resfriado y la gripe que se obtienen sin prescripción médica) puede causar una reacción potencialmente peligrosa.

Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS). En la década de los 80 se desarrollaron los inhibidores selectivos de la recaptación serotonina (ISRS). Estos fármacos bloquean preferentemente la recaptación de la serotonina. Su éxito en el tratamiento de la depresión enfatizó el papel de la serotonina mientras que relegaron el papel de la noradrenalina. Posteriormente, aparecieron en primer los inhibidores selectivos de la recaptación de noradrenalina (ISRN) y después los llamados antidepresivos duales o inhibidores de la recaptación de noradrenalina y de serotonina (ISRN). Todos estos grupos de antidepresivos aportan un amplio perfil de eficacia evidenciado a través de múltiples estudios y una utilidad tanto para trastornos depresivos como para trastornos de ansiedad se han caracterizado por un clara mejor tolerabilidad en comparación con los antidepresivos tricíclicos o los antidepresivos IMAO.

Así pues, el grupo de los ISRS está compuesto por los fármacos cuya característica común es bloquear la recaptación de serotonina y por lo tanto de aumentar la cantidad de serotonina en la sinapsis. Éstos son en el momento actual:

- Citalopram (Prisdal[®], Seropram[®])
- Escitalopram (Cipralext[®], Esertia[®])
- Fluvoxamina (Dumirox[®])
- Fluoxetina (Prozac[®])
- Paroxetina (Seroxat[®])
- Sertralina (Besitran[®], Aremis[®])

Las diferencias entre los diversos fármacos de este grupo se deben a sus diferenciadas propiedades farmacológicas secundarias, que además permiten explicar los distintos perfiles de efectos secundarios, así como la diversidad de indicaciones entre los diversos fármacos del grupo. En cualquier caso estos medicamentos tienden a tener menos efectos secundarios que otros antidepresivos y la mayoría de ellos como la sequedad de boca, las náuseas, cefaleas o el aumento del nerviosismo del insomnio suele limitarse a las primeras dos semanas de tratamiento. Únicamente los problemas a nivel sexual, cuando aparecen, pueden perdurar durante meses.

Inhibidores selectivos de la recaptación de noradrenalina (ISRN). Los inhibidores selectivos de la recaptación de noradrenalina son otro grupo antidepresivos de segunda generación que como los ISRS inhiben selectivamente la recaptación de uno de los dos neurotransmisores más habitualmente implicados en la depresión, en este caso la noradrenalina. El único fármaco de este grupo disponible para

la depresión es la Reboxetina (Irenor[®], Norebox[®]). Sin embargo, existe otro fármaco ISRN, la Atomoxetina, que si bien carece de efectos antidepresivos se utiliza en el tratamiento del trastorno por déficit de atención con hiperactividad.

Inhibidores de recaptación de serotonina y noradrenalina (IRSN). Con la aparición de los conocidos como antidepresivos duales, es decir aquellos con acción tanto sobre la recaptación de serotonina y noradrenalina, se permite aglutinar en un solo medicamento una acción más amplia que la ofrecida por los fármacos de acción específica sobre unos de los sistemas de neurotransmisión. Todo ello sin aumentar los efectos secundarios y como ocurren en el caso de la duloxetina, simplificado en una dosificación sencilla, por lo que se han convertido en los antidepresivos de primera elección. En la actualidad en nuestro país se incluyen dos moléculas:

- Venlafaxina (Vandral[®], Dobupal[®])
- Duloxetina (Xeristar[®], Cymbalta[®])

La diferencia fundamental entre ambos fármacos, que comparten un mecanismo de acción similar, es que en la venlafaxina la acción sobre la noradrenalina no comienza a ser significativa hasta llegar a dosis medias-altas, entre 150 y 225 mg/d, mientras en el caso de la duloxetina desde el principio la acción se ejerce sobre serotonina y noradrenalina. Este efecto se traduce en una dosificación más sencilla, en la que es más fácil el aumento de dosis si es necesario, y en una mayor rapidez de acción y potencia a dosis más bajas. El uso de duloxetina permite equilibrar más fácilmente la acción antidepresiva y ansiolítica sin que las dosis más efectivas sobre los síntomas más graves de la depresión tengan que acompañarse de efectos de excitación, insomnio o nerviosismo a los que expone el empleo de dosis más elevadas.

En términos generales, la tolerancia de este grupo de fármacos es buena, siendo asimilable a la de los inhibidores selectivos de recaptación de serotonina. Algunos efectos adversos comunes a este grupo de fármacos –no necesariamente presentes– incluyen náuseas y pérdida del apetito, ansiedad y nerviosismo, dolor de cabeza, insomnio y cansancio, todo ello habitualmente autolimitado a las primeras dos semanas de tratamiento. En el caso de la venlafaxina, las dosis más elevadas –en torno a los 300 mg/d– se asocian a aumentos de tensión arterial, efecto que puede evitarse con duloxetina. La dosis utilizadas de duloxetina son de 60 a 120 mg, lo que facilita su posología.

Inhibidores de recaptación de noradrenalina y dopamina (IRND). Desde los años 60 se ha reconocido que, además de la noradrenalina y la serotonina, la dopamina también juega un papel importante en la neurofisiología de varios de los síntomas centrales de la depresión. De hecho, la dopamina se ha relacionado con la disminución de la capacidad para experimentar placer o recompensa, con la disminución de la motivación y del nivel de actividad, así como reducción de la atención. El bupropión es el único fármaco antidepresivo que además de aumentar la serotonina y noradrenalina también aumenta la dopamina en la sinapsis. Éste fármaco, en su formulación de liberación prolongada (Elontril[®]), es el único fármaco de este grupo que además de ser utilizado como antidepresivo de por sí solo, a menudo es utilizado para potenciar la eficacia y mitigar los efectos secundarios de los antidepresivos serotoninérgicos o de otros antidepresivos en general. Entre los efectos secundarios más habituales incluyen agitación, náuseas, dolor de cabeza, pérdida del apetito e insomnio.

Inhibidores de recaptación y bloqueadores de receptores combinados. Este grupo heterogéneo de fármacos incluye fármacos antidepresivos con acción sedante:

- Mianserina (Lantanon[®])
- Trazodona (Deprax[®])
- Maprotilina (Ludiomil[®])
- Mirtazapina (Rexet[®], Vastat[®])

Los efectos secundarios comunes de estos medicamentos son la somnolencia, además de sequedad de boca, náuseas y vértigo. El más representativo de este grupo es la mirtazapina que se utiliza con frecuencia en combinación con fármacos de los grupos anteriores.

Habitualmente se recomienda tomar el tratamiento antidepresivo al menos por un período de seis meses, sin embargo es práctica habitual de nuestro entorno mantener el tratamiento durante un año desde que se ha obtenido la remisión de los síntomas. En algunos casos, y en pacientes que han experimentado varias recaídas puede ser necesario prolongar el tratamiento durante varios años.

En resumen, la depresión es una de las enfermedades mentales más frecuentes y que con mayor prevalencia encontramos en nuestras consultas. Su etiología es multifactorial, con aspectos tanto

orgánicos como psicológicos. Es por ello que consideramos muy importante su diagnóstico, que permita después afrontar un tratamiento que en la mayoría de los casos debe ser integrado.

Bibliografía

- Beck AT, Rush JA, Shaw BF, Emery G. Terapia comitiva de la Depresión. Bilbao: Descclée de Brouwer. Biblioteca de Psicología. 1983
- Espada Sánchez, J.P.; Olivares Rodríguez, J.; Méndez Carrillo, F.J. Terapia Psicológica Madrid, Pirámide. 2007.
- Gabilondo A, Rojas-Farreras S, Vilagut G, Haro JM, Fernández A, Pinto-Meza A, Alonso J. Epidemiology of major depressive episode in a southern European country: Results from the ESEMeD-Spain project. J Affect Disord. 2009.
- García Higuera, J. La depresión: Tratamiento cognitivo conductual. Madrid: Colegio oficial de psicólogos.
- Heerlein, A. Interpersonal Psychotherapy in the Treatment of Major Depressive Disorder. Revista chilena de neuro- psiquiatría 2002: 4(1).
- Pérez Álvarez,M.; García Montes. Tratamientos psicológicos eficaces para la depresión. Psicothema 2001: 13 (3): 493-510.
- Stephen M Stahl. Stahl's Essential Psychopharmacology: Neuroscientific Basis and Practical Applications. New York. Cambridge University Press 2008.
- Vázquez, Carmelo; Nieto, Marta y cols. Tratamiento Psicológico en un caso de Depresión Mayor. En José Pedro Espada; José Olivares y cols. Terapia Psicológica. Casos Prácticos. Madrid: Ediciones Pirámide. 2007.
- Vallejo Pareja, Miguel A. Depresión. En Miguel A. Vallejo Pareja. Manual de Terapia de Conducta. Volumen I. Madrid: Ediciones Dykinson. 1998.
- Vallejo Pareja, M.A. Manual De Terapia de Conducta. Madrid: Dykinson-Psicología, 1998.

C2- Clínica de los Trastornos ansiosos: sintomatología, epidemiología, evolución y tratamiento

Los trastornos de ansiedad son uno de los trastornos mentales más prevalentes en la población general y, por tanto, motivo de consulta muy habitual tanto en Atención Primaria como en consultas de Salud Mental. En la Tabla se exponen los diferentes cuadros clínicos o trastornos de ansiedad, tomando como referencia los criterios establecidos en el “*Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV-TR)*”.

Clasificación de los Trastornos de Ansiedad

1. Crisis de angustia
2. Agorafobia
3. Trastorno de angustia sin agorafobia
4. Trastorno de angustia con agorafobia
5. Agorafobia sin historia de trastorno de angustia
6. Fobia específica
7. Fobia social
8. Trastorno obsesivo-compulsivo
9. Trastorno por estrés postraumático
10. Trastorno por estrés agudo
11. Trastorno de ansiedad generalizada
12. Trastorno de ansiedad debido a determinada enfermedad médica
13. Trastorno de ansiedad inducido por sustancias
14. Trastorno de ansiedad no especificado

En este capítulo nos vamos a centrar en los llamados trastornos por ansiedad, y dentro de ellos en un tipo de trastorno, el Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG).

Inicialmente se expondrá la prevalencia o frecuencia con la que estos trastornos se presentan. Posteriormente hablaremos de la sintomatología o clínica de los trastornos de ansiedad, para terminar con una aproximación terapéutica, tanto a nivel farmacológico como exponiendo las técnicas psicológicas más efectivas.

C.2.1 Epidemiología

Los trastornos ansiosos son muy frecuentes en la población general con una prevalencia muy alta. De hecho, Entre el 15 y el 20% de la población española sufre un episodio de ansiedad cada año, y entre el 25 y el 30% lo padece al menos una vez a lo largo de su vida. Además, de este grupo de población, aproximadamente un 20% desarrolla un trastorno de pánico con o sin agorafobia. Estos datos nos demuestran claramente, que este tipo de trastornos son muy habituales en la población. Para verlo de una forma más global, podríamos añadir que un 7% de la población general sufrirá a lo largo de su vida un trastorno de pánico y/o agorafobia.

Si consideramos su incidencia según el sexo, numerosas investigaciones indican que el porcentaje de mujeres respecto al de hombres, es el doble entre los pacientes con pánico, y casi el triple, en los casos de pánico con agorafobia. La edad de aparición de los trastornos de ansiedad, en general, se sitúa entre los 25 y los 30 años y parece darse en todo tipo de personas, independientemente de su condición socio-económica. En los trastornos de ansiedad nos encontramos con un grave problema, como es la alta comorbilidad, de manera que se estima que tan sólo uno de cada tres pacientes presenta un único trastorno, mientras que los otros dos tercios presentan más de un trastorno.

De una forma más detallada y centrándonos en el TAG, los datos disponibles en la actualidad sitúan la prevalencia del TAG en la comunidad en torno al 5%. Si hablamos de la prevalencia a lo largo de la vida las cifras oscilan entre el 5 y el 13%, mientras que si hablamos de la prevalencia actual las cifras están en torno al 3%. Se trata pues de un trastorno relativamente frecuente en la población y, por tanto, objeto de gran interés desde el punto de vista sanitario. Así pues, el TAG es la alteración de ansiedad más frecuente en atención primaria, estando presente en el 22% de los pacientes de atención primaria que sufren problemas de ansiedad. El índice de alto predominio de TAG en atención primaria (8%) comparado con población general (prevalencia 1,9-5,1%) sugiere que los pacientes con TAG son grandes consumidores de recursos de atención primaria. El TAG afecta a las mujeres con más frecuencia que a los hombres y la tasa de prevalencia es alta en población de mediana edad (10% para mujeres de 35 años de edad) y adultos mayores, pero relativamente baja en adolescentes.

Respecto a otro de los trastornos de ansiedad, el Trastorno Obsesivo-Compulsivo (TOC), las investigaciones más recientes nos demuestra que entre el 1'6% y el 2'5% de la población general sufre un trastorno obsesivo. La mayoría de los especialistas coinciden en admitir que probablemente la cifra real sea mayor, debido a que un gran número de personas con esta patología no suelen buscar ayuda o cuando lo hacen la buscan tarde. Así pues, se estima que acuden a consulta entre 8 y 10 años después de estar sufriendo el problema. Este trastorno, suele iniciarse a finales de la adolescencia y principios de la edad adulta, y se reparte igualmente entre hombre y mujeres.

Los estudios sobre Fobia Social indican cifras de prevalencia que van entre el 1'5% y el 3'5% de la población general. La edad de comienzo, que es anterior a la de otros trastornos de ansiedad, se sitúa entre los 15 y 20 años, sin embargo, este tipo de personas suelen solicitar ayuda tarde, tan tarde como entre los 7 y los 20 años de estar sufriendo el problema, ya que hoy en día en nuestra sociedad la timidez se considera algo normal. Por esto, se ha comprobado que acuden a consulta demandando ayuda para otro tipo de problemas muy relacionados con su problema: depresión, abuso de sustancias, etc.

En esta línea, según un estudio realizado sobre pacientes de atención primaria en España, siguiendo criterios del DSM-III-R, se han encontrado unos resultados de una prevalencia de 13.8% para trastornos de ansiedad. En cuanto a síndromes más concretos arrojan cifras de ansiedad generalizada de 7.3%, un 3% de trastorno de pánico y un 3% de trastorno obsesivo compulsivo.

C.2.2 Etiología

Respecto a los factores que se han demostrado relacionados con la aparición de trastornos de la ansiedad en general, y del TAG en particular, se han demostrado aspectos tanto biológicos como psicológicos y sociales (modelo bio-psico-social). Dentro de los biológicos destaca, alteraciones a nivel de los sistemas de neurotransmisión cerebral tanto serotoninérgicos como noradrenérgicos. Estas alteraciones, relacionadas también con la sintomatología depresiva y con el dolor, serán más ampliamente especificadas en el apartado de tratamiento farmacológico, por su importancia a la hora de elegir el tratamiento.

Así pues, además, existen cuestiones de carácter sociológico y de educación emocional que hacen que reacciones lógicas ante determinadas situaciones se conviertan en una vorágine de emociones incontroladas, negativas muchas veces, que hacen que quién se ve envuelta en ellas quede atrapado en una situación de angustia duradera en el tiempo. Las emociones juegan un papel importante en la regulación de los sistemas que afectan a la salud. En esta línea, los eventos emocionalmente estresantes inundan el organismo de cortisol, la hormona del estrés por excelencia. En dosis fisiológicas esta hormona nos pone en alerta y organiza nuestro comportamiento para que seamos capaces de defendernos. Pero en grandes dosis nos agota, debilita, desorganiza y nos deprime, cuestiones que en una gran mayoría de casos se encuentran a la base de los problemas de ansiedad.

En la sociedad occidental, las emociones no suelen amordazarse como ocurre en determinadas culturas orientales dónde las personas se ven obligadas a encerrar las emociones en una especie de camisa de fuerza de férreas restricciones sociales y religiosas. Esta "represión" lleva consigo la modificación del comportamiento y la actitud de vida de las personas, ya que se dejan al margen deseos y necesidades individuales. De esta forma, la cultura se infiltra en la piel y se convierte en agente regulador emocional, estableciendo patrones concretos de reactividad emocional, experiencias subjetivas o incidencia de determinados tipos de emociones y no otros.

Por el contrario, los países occidentales utilizan el potencial incontrolado de algunas emociones negativas, sobre todo el deseo codicioso y el miedo a la inseguridad, para hipotecar y lastrar a las personas con unas necesidades que les subyugan toda la vida. El comportamiento queda determinado, por tanto, por la búsqueda del bienestar en lo material y de la felicidad a través de la acumulación de bienes de consumo y propiedades. El modelo consumista en el que nos encontramos inmersos, se cimenta en los mecanismos que determinan las sensaciones de placer del cerebro: sentimos la necesidad hasta la saciedad de realizar la actividad que nos resulta placentera, comprar compulsivamente, por ejemplo, para satisfacer deseos fugaces o aminorar situaciones emocionales negativas puntuales. Así pues, podemos reprimir las emociones negativas que generamos, pero son como una bomba de relojería, un día sin más y, sin previo aviso estallan, a través de la ansiedad y de la enfermedad. Por tanto, resulta fundamental el modificar los entornos que generan ese exceso de emociones negativas, aprender a gestionarlas con inteligencia, pero sobre todo saber identificarlas para poder llevar a término todo lo anterior y establecer las bases de un tratamiento adecuado que palie las mismas en el supuesto que se conviertan en un handicap en nuestro día a día.

C.2.3 Dificultades de encuadre

Antes de comenzar a detallar cada uno de los trastornos de ansiedad, resulta interesante llevar a cabo algunas apreciaciones en relación a ciertos términos relacionados con éstos. Dichos términos pueden repercutir directamente en el establecimiento de un diagnóstico preciso.

En primer lugar, diferenciar entre *ANSIEDAD NORMAL* vs. *ANSIEDAD PATOLÓGICA*. En realidad, la ansiedad es comparable a otros impulsos de nuestro organismo como el hambre, el dolor o la necesidad de dormir. En circunstancias contextualmente adecuadas, cualquiera de estas sensaciones es deseable y cumple una función de primer orden para nuestra subsistencia. La ansiedad también es deseable en situaciones donde se nos plantea un reto o alguna dificultad. Este cierto nivel de ansiedad es el que nos prepara ante un examen, ante la resolución de un acontecimiento deseable para nosotros. Además, la ansiedad es un mecanismo de defensa ante situaciones potencialmente peligrosas. Sin embargo, cuando ese peligro no es real y si se produce una activación desproporcionada y duradera en el tiempo, la ansiedad pierde ese valor adaptativo y se convierte en un problema en la vida de quien la padece. En este sentido, los clínicos hablamos de trastornos de ansiedad cuando hacemos referencia a un grupo de trastornos que por sí mismos o, como respuesta a otras enfermedades o problemas, provocan una serie de sufrimientos y alteraciones en los pacientes. Sirva como ejemplo recordar a las personas aprensivas, las preocupadas continuamente por el futuro, las cavilosas, las agobiadas (“se ahogan en un vaso de agua”), las centradas en sí mismas, las de sentimientos siempre agitados, que van desde la impaciencia a la irritabilidad, el insomnio o la pérdida de concentración. También incluir a aquellas que limitan sus actuaciones por miedo a la aparición de mareos inexistentes o evitando determinadas situaciones de la vida diaria, como hacer cola, coger un transporte público, etc. Todas estas personas sufren fobias, temores irracionales y que no solo dificultan su día a día, sino que suponen un peso específico familiar, social y laboral. En este sentido, una intervención terapéutica se convierte en la elección de primer orden por parte del médico de atención temprana, como primer facultativo al que consulta el paciente afecto.

En segundo lugar, apuntar que hablamos muchas veces de *ANSIEDAD Y MIEDO* indistintamente, quizás por la proximidad de ambas emociones. Las reacciones que provocan son similares (sudores, temblor, estremecimiento, taquicardia, etc.) y la experiencia subjetiva de ambos es difícil de diferenciar tajantemente. Por ejemplo: ¿Cómo llamamos a la emoción sentida por un presentador minutos antes de comenzar su discurso? ¿Qué nombre recibe el sentimiento que un niño experimenta cuando no quiere dormir por la noche si no hay luz? Para poder establecer una distinción el criterio referencial es conocer si la sensación de apremio resulta de la amenaza producida por un objeto identificable y determinado. Si podemos responder afirmativamente a la existencia de ese peligro concreto, entonces daremos cabida al miedo. Por el contrario, la ansiedad resulta más indefinida, carece de un objeto en concreto, se refiere más a la incertidumbre existencial; es como un temor sin salida, similar al ejemplo anterior, en el que el niño anticipa un sentimiento de temor erróneo y poco justificado y que asocia erróneamente a una situación ambiental “peligrosa”.

En tercer lugar, sería difícil también establecer diferencias entre dos términos que se utilizan como sinónimos, *ANGUSTIA Y ANSIEDAD*. No obstante, puede decirse que ambas son manifestaciones distintas ante un algo común. En este sentido, cabe destacar que los instintos hacen que los animales reaccionen ante una situación de peligro con dos reacciones de defensa: sobresalto y sobrecogimiento. Por lo que se refiere a la especie humana, ambos instintos también se encontrarían en nuestro equipaje de reacciones de defensa, pero además añadimos una función mental asociada a ambos “la conciencia reflexiva”. De manera, que podemos plantear que mientras en la ansiedad hay más sobresalto, es decir, en

los animales ante la percepción de amenaza se reacciona a través del movimiento y respuestas motoras continuadas, a las que la especie humana incluye la creencia de ver que cualquier tipo de respuestas motoras son la solución al peligro o emoción que siente. Por el contrario, en la angustia, predomina el sobrecogimiento, la tendencia a la inmovilización y a la pasividad mientras dura la crisis. Otra diferencia entre estos términos puede verse en entender la ansiedad en el terreno de lo psíquico, mientras que la angustia estaría más en el terreno físico.

Por último, podemos diferenciar entre dos aspectos con una gran proximidad conceptual y práctica, *ANSIEDAD Y ESTRÉS*, ya que las situaciones de estrés nos llevan a sentir ansiedad. De cualquier modo, la ansiedad es una emoción, mientras que el estrés se produce siempre en una situación que conlleva una adaptación por lo que no se trata meramente de una emoción. En este sentido, cabe añadir que existe una percepción personal de las situaciones de estrés, que el estímulo es concreto y que cada persona siente respeto ante un determinado suceso. Por el contrario, en el caso de la ansiedad dónde el estímulo puede no ser tan concreto, el problema radica fundamentalmente en una interpretación poco ajustada a la realidad de ese estímulo, situación o suceso. Pero en ambos casos, tanto en el estrés como en el caso de la de la ansiedad se incrementa la activación del organismo más de lo que puede asimilar su capacidad de adaptación, en el caso del estrés, y perdura por más tiempo, en el caso de la ansiedad.

A continuación y antes de entrar de lleno en la descripción de los trastornos que nos ocupan, es conveniente recoger de manera general los síntomas que se encuentran a la base de cualquier trastorno de ansiedad. A tal efecto, los contextualizamos dentro de los ámbitos en que éstos se manifiestan, sin olvidar que tanto su descripción como su contextualización suponen el punto de partida en el proceso psicoterapéutico que se explicará en apartados posteriores. Brevemente, podemos resumirlos en tres aspectos:

- Lo que percibimos mentalmente como **vivencias o experiencias subjetivas**. En este ámbito nos encontramos con emociones de tono negativo como: intranquilidad, inquietud, temores indefinidos, expectativas catastrofistas (muerte, llegar a volverse loco o perder el control), despersonalización, desrealización (extrañeza ante el mundo externo, objetos percibidos sin vida, irreales, extraños o desconocidos), aparición de dificultades de concentración, lo que afecta secundariamente al rendimiento intelectual y memoria, y estados de bloqueo del pensamiento.
- Los **cambios fisiológicos** que sentimos a nivel físico o somático. Suelen darse una serie de cambios fisiológicos como consecuencia de la estimulación del sistema nervioso vegetativo, tales como: taquicardia, temblores, sequedad de boca, sudoración, sensación de opresión en el pecho, dificultad para respirar, sensación de nudo en la boca del estómago, náuseas, vómitos, temblor, estremecimientos, cefaleas, tensión muscular, sensaciones de inestabilidad, necesidad de orinar a menudo, diarreas, estreñimiento, etc. Todas estas sensaciones son motivadas por un estado de hipervigilancia (arousal) que actuaría en el sistema nervioso central y periférico e incluso en el sistema endocrino. Además, podemos encontrar otros aspectos disfuncionales en actividades primarias como: dificultades para conciliar el sueño, sueño poco reparador, pesadillas o sueños angustiosos que repercuten negativamente en el estado de ánimo, exceso de apetito (hiperfagia, bulimia), pérdida de apetito (anorexia) y disfunción o escasa satisfacción sexual.
- Las **conductas** realizadas como modo **de afrontamiento** ante determinadas situaciones. Las conductas, a diferencia de los anteriores grupos de síntomas, son claramente observables y suelen concretarse en: inquietud, desasosiego, hipermovilidad, movimientos repetitivos (restregarse las manos, alisarse los cabellos, morderse las uñas, etc.). En otro sentido puede producirse inactividad, dificultad para el contacto, apatía generalizada, o desinterés por el entorno, que puede llegar al extremo del bloqueo del habla y del movimiento, lo que repercute negativamente en la autoimagen e inunda al individuo de inseguridad. Aspectos que tienen como consecuencia a producir problemas de comunicación y de expresión de sentimientos y a depositar dudas de ser comprendido por los demás. En el extremo contrario nos encontraríamos la búsqueda continuada de comprensión de los demás, lo que lleva a la dependencia para compensar de alguna manera sus propias deficiencias.

C.2.4 Clínica

CRISIS DE ANGUSTIA O TRASTORNO DE PÁNICO

Se define brevemente como la experiencia de aparición brusca (súbita) de intenso miedo acompañado de síntomas fisiológicos. Así pues, se considera como característica principal de una crisis de angustia su aparición aislada y temporal de miedo o malestar intenso, en ausencia de peligro real y de un impulso a escapar. Su duración es variable alcanzando su máxima expresión en los primeros diez minutos, apareciendo durante la misma al menos cuatro de los síntomas siguientes: 1) Palpitaciones, sacudidas del corazón o elevación de la frecuencia cardiaca, 2) Sudoración, 3) Temblores o sacudida, 4) Sensación de ahogo o falta de aliento, 5) Sensación de atragantarse, 6) Opresión o malestar torácico, 7) Náuseas o molestias abdominales, 8) Inestabilidad, mareo o desmayo, 9) Desrealización o despersonalización, 10) Miedo a perder el control o volverse loco, 11) Miedo a morir, 12) Parestesias (sensación de entumecimiento u hormigueo), 13) Escalofríos o sofocaciones.

La valoración de gravedad de las crisis va a depender del número de síntomas experimentados y no de la intensidad de los mismos. Los criterios para el diagnóstico exigen también un número mínimo de crisis, o bien que tras la crisis se haya producido un mes de miedo persistente a la repetición de las mismas (ansiedad de anticipación). Una vez que el enfermo ha sufrido el ataque, su reacción inmediata es acudir a un servicio de urgencias, en el que tras descartar manifestaciones orgánicas, mediante la exploración física que incluye auscultación y electrocardiograma, se le diagnostica como crisis de angustia, se le administra un tranquilizante y se le envía al domicilio. En general, el paciente queda sobrecogido ante la incertidumbre y la duda de creer que su problema no ha sido valorado de forma adecuada.

La ansiedad característica de las crisis de angustia puede diferenciarse de la ansiedad generalizada, que describiremos más adelante, por su naturaleza intermitente y su gran intensidad. En relación a las crisis, podemos diferenciar tres tipos: a) Inesperadas (sin relación con estímulos situacionales). El individuo percibe el ataque de pánico como espontáneo y sin ninguna causa. b) Situacionales (desencadenadas por estímulos ambientales) y c) Predispuestas por una situación determinada. Similares a las situacionales aunque no siempre existe una asociación con el estímulo, ni el episodio aparece inmediatamente después de la exposición.

AGORAFOBIA

Se caracteriza por la aparición de ansiedad o comportamiento de evitación en lugares donde escapar puede resultar difícil, o bien donde es imposible encontrar ayuda en el caso en que aparezca en ese momento una crisis de angustia o síntomas similares. Los temores agorafóbicos suelen estar relacionados con un conjunto de situaciones características, entre las que se incluyen estar solo fuera de casa; mezclarse con la gente o hacer cola; pasar por un puente, o viajar en autobús, tren o automóvil. Estas situaciones se evitan (por ejemplo se limita el número de viajes), se resisten a costa de un malestar o ansiedad significativos por temor a que aparezca una crisis de angustia o síntomas similares a la angustia, o se hace indispensable la presencia de un conocido para soportarlas.

Las situaciones temidas por los pacientes con agorafobia comparten dos características comunes y relacionadas: por una parte, son situaciones que limitan los movimientos o la posibilidad de escape y, por otra, los agorafóbicos temen, no tanto encontrarse en una situación particular, sino el no estar con gente o no encontrarse en una situación que les proporcione una situación de seguridad.

Un aspecto a tener en cuenta a la hora del diagnóstico es la grave interferencia de este trastorno en el funcionamiento familiar, laboral y social del paciente, que ve circunscrita su movilidad a los límites de su casa o a situaciones en que pueda contar con compañía. Por tanto, no es extraño que se asocien otros aspectos psicopatológicos, siendo uno de los más prevalentes el TAG.

FOBIA ESPECÍFICA

Las fobias constituyen el trastorno psíquico más frecuente en el mundo, siempre que no incluyamos el criterio de gravedad. Gente de toda condición y edad sufren temores irracionales, excesivos y fuera de control que conducen a la evitación de la situación u objeto temido. La situación temida puede ser variada, pero las características que definen una fobia son las siguientes:

- La persona que la padece desarrolla un miedo muy intenso, llegando al pánico y al terror cuando está o imagina estar ante la situación que teme.
- El enfermo reconoce que el temor sobrepasa todos los límites razonables y por supuesto desborda la amenaza real que la situación fóbica plantea.
- La respuesta fóbica es automática, no controlable e invasiva; es decir, domina todos los pensamientos y sentimientos del sujeto dentro de un mundo imaginario de amenazas.
- La persona sometida al estímulo fóbico sufre todas las respuestas psicofisiológicas que se asocian a una situación de miedo extrema (palpitaciones, dificultad para respirar, temblor, sudoración y un deseo angustioso de salir de esa situación).

- La persona evita a toda costa enfrentarse al objeto y situación temidos, por lo que desarrolla una serie de comportamientos, a veces complejos, tendentes a eludir cualquier posibilidad de que el enfrentamiento tenga lugar.
- Los comportamientos de evitación, la anticipación ansiosa, o el malestar provocados por la(s) situación(es) temida(s) interfieren acusadamente con la rutina normal de la persona, con las relaciones laborales (o académicas) o sociales, o bien provocan un malestar clínicamente significativo.

La categoría diagnóstica de fobia específica puede incluir un gran número de fobias, las cuales no comparten necesariamente las mismas características clínicas. En este sentido, se han establecido diferencias entre las diversas fobias específicas en cuanto a edad, y tipo de comienzo, sexo, patrón de respuesta fisiológica, experiencia emocional subjetiva, antecedentes familiares y curso y respuesta al tratamiento. No obstante, podemos establecer cinco grandes grupos de entre las fobias específicas más comunes:

1. **Tipo animal.** El miedo es causado por uno o más tipos de animales, siendo los más temidos las serpientes, arañas, insectos, gatos, ratones y pájaros.
2. **Tipo ambiental.** El miedo es provocado por situaciones naturales tales como tormentas, viento, alturas, agua, oscuridad, etc.
3. **Tipo sangre-inyecciones-daño.** El miedo es inducido por la visión de sangre/heridas o recibir inyecciones u otras intervenciones médicas invasivas.
4. **Tipo situacional.** El miedo es inducido por situaciones específicas como: transportes públicos, túneles, puentes, ascensores, aviones, coches (conducir o viajar), lugares cerrados.
5. **Otros tipos.** Se incluyen situaciones como evitación fóbica de situaciones que pueden provocar atragantamiento, vómito o adquisición de una enfermedad; en los niños, evitación de sonidos intensos o personas disfrazadas.

FOBIA SOCIAL

El motivo último por el que una persona se engloba dentro de esta categoría diagnóstica es el miedo a sentirse en ridículo en presencia de personas desconocidas. A causa de estos temores, el sujeto restringe sus actividades de comunicación, tratando de no encontrarse en ningún momento frente a un grupo que lo observe. En este contexto, las situaciones peores para el fóbico social son tener que hablar en público, comer, beber o escribir en presencia de otros. Los criterios complementarios para el diagnóstico de fobia social son los que aparecen continuación: 1) La exposición a las situaciones sociales temidas provoca casi invariablemente una respuesta de ansiedad. 2) La persona reconoce que este miedo es excesivo o irracional. 3) Las situaciones sociales o actuaciones en público temidas se evitan o se afrontan con malestar intenso. 4) Las conductas de evitación, anticipación ansiosa o el malestar general por las situaciones interfieren en el funcionamiento diario del individuo, las relaciones interpersonales, y le producen un malestar significativo. 5) En personas menores de 18 años la duración del cuadro debe prolongarse como mínimo 6 meses. 6) El miedo o el conducta de evitación no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia tóxica o de una enfermedad médica y no pueden explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental y 7) Si hay una enfermedad médica u otro trastorno mental, el temor descrito no se relaciona con estos procesos, es decir, el miedo no surge ante el hecho de tartamudear, de sufrir un ataque de pánico, de temblar, etc.

Una cuestión que habría que especificar dentro de este cuadro clínico, es el hecho de si los temores se relacionan a la mayoría de las situaciones sociales, cabe la posibilidad de considerar también el diagnóstico adicional de trastorno de la personalidad por evitación. Además los síntomas psicofisiológicos presentes en la fobia social son la sudoración, el temblor, la taquicardia y, especialmente, el rubor facial. Son síntomas visibles y abiertos, por tanto, a la observación de los demás. Los pacientes tienden a percibirlos como señales de incapacidad, de defecto y, en última instancia de falta de valía personal, lo que conduce a devaluar su autoestima. De manera, que no es casual que estos síntomas fisiológicos se conviertan en el problema fundamental para el paciente, por lo que esto nos aproxima al concepto de que la fobia social tiene como núcleo el enfrentamiento con el temor al rendimiento ante los demás o, a la inversa, al fracaso.

TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO

El trastorno obsesivo-compulsivo (TOC), desde su descripción por Esquirol en 1863, ha constituido un reto para todos aquellos que han intentado descubrir sus causas, su evaluación y su tratamiento. El TOC no es una categoría homogénea. En El DSM-IV es clasificado como un trastorno de ansiedad, pero existe una amplia comorbilidad con diferentes trastornos, tales como ansiedad, depresión, anorexia nerviosa, trastornos por tic, trastornos de control de impulsos o del espectro autista (trastorno Asperger). Además, existe también una alta comorbilidad de los pacientes con TOC con trastornos de la

personalidad (el 75% de los pacientes asocian al menos un trastorno de personalidad). Sin embargo, podemos establecer un perfil característico en los pacientes con TOC: se trataría de pacientes con altos niveles de ansiedad, con facilidad para fatigarse y que evitan situaciones que puedan causarles daño.

El TOC es uno de los cuadros de ansiedad más frecuentes en el que, a diferencia de otros en los que el peligro percibido por el paciente es un objeto o situación externos, en el caso del TOC el suceso peligroso es un pensamiento, imagen o impulso internos que el individuo trata sistemáticamente de evitar sin demasiado éxito. En definitiva, se caracteriza por la presencia de obsesiones y compulsiones.

Las obsesiones se definen por pensamientos, imágenes o impulsos intrusivos que son considerados por el paciente como inaceptables, absurdos y disparatados y ante los cuales trata de resistirse y eliminar. Su aparición se asocia a altos niveles de ansiedad y a una necesidad imperiosa de neutralizar dicha obsesión y sus consecuencias. Las más comunes son: ideas de contaminación, impulsos agresivos hacia uno mismo u otras personas (sentir el impulso de matar), ideas sobre la ocurrencia de daños accidentales (“explosión de gas, producir un accidente de tráfico”), ideas sobre aspectos religiosos (“blasfemar, dudas religiosas”), pensamientos intrusivos de contenido sexual, necesidad de simetría y/o orden, tonadillas musicales pegadizas, contar objetos

Las compulsiones se definen por conductas y/o pensamientos que el sujeto realiza, en función de unas reglas preestablecidas, con el objetivo de neutralizar el contenido obsesivo y reducir, así, la ansiedad producida por su aparición. Las más comunes son: revisar, ordenar, arreglar, lavarse, limpiar. Es importante tener en cuenta que las compulsiones no son siempre conductas motoras, sino que pueden ser encubiertas, en el que el pensamiento neutralizante es idéntico a la obsesión. Del mismo modo, es posible encontrar la presencia de conductas ritualistas manifiestas sin que exista una obsesión precedente. En estos casos el paciente anticipa la aparición del pensamiento intrusivo y para evitar su aparición, realiza la conducta compulsiva como evitación del mismo.

TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO

Se describe como trastorno de ansiedad en personas que se ven sometidas, ya sea como protagonistas o como testigos de la situación, a un acontecimiento traumático muy poderoso que supera lo que normalmente se puede llegar a experimentar en la vida cotidiana: accidentes graves, desastres naturales, actos de violencia extremos, (torturas, campos de concentración, secuestros, violaciones, asaltos, actos terroristas) o, en general delitos con especial ensañamiento.

El cuadro clínico reúne síntomas que reviven la experiencia del trauma, asociados a la evitación de lo que recuerde aquella situación, junto con cierto distanciamiento de la realidad y pérdida de iniciativa, todo ello unido a una serie de síntomas de ansiedad que no existían antes de la experiencia traumática. En este sentido, el acontecimiento traumático es re-experimentado persistentemente a través de una (o más) de las siguientes formas:

1. Recuerdos del acontecimiento recurrentes e intrusos que provocan malestar y en los que se incluyen imágenes, pensamientos o percepciones.
2. Sueños de carácter recurrente sobre el acontecimiento, que producen malestar.
3. El individuo actúa o tiene la sensación de que el acontecimiento traumático está ocurriendo.
4. Malestar psicológico intenso al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático
5. Respuestas fisiológicas al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático.

De otro lado, se produce una evitación persistente de estímulos asociados al trauma y embotamiento de la reactividad general del individuo (ausente antes del trauma), tal y como se había indicado en el párrafo anterior, pero que quedan descritos en el padecimiento de tres o más de los siguientes síntomas: 1) Esfuerzos para evitar pensamientos, sentimientos o conversaciones sobre el suceso traumático. 2) Esfuerzos para evitar actividades, lugares o personas que motivan recuerdos del trauma. 3) Incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma. 4) Reducción acusada del interés o la participación en actividades significativas 5) Sensación de desapego o enajenación frente a los demás 6) Restricción de la vida afectiva (p. ej., incapacidad para tener sentimientos de amor) o 7) Sensación de un futuro desolador.

Por otro lado se observan síntomas persistentes de aumento de la activación (arousal), ausente antes del trauma, tal y como se indica a continuación, siendo necesario como punto de corte diagnóstico sufrir dos o más de estos síntomas: a) Dificultades para conciliar o mantener el sueño, b) Irritabilidad o ataques de ira, c) Dificultades para concentrarse, d) Hipervigilancia o e) Respuestas exageradas de sobresalto.

TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA

Por último, expondremos la clínica que caracteriza al trastorno de ansiedad más frecuente e importante, el TAG. La característica principal del TAG es tener una preocupación y ansiedad excesivas (expectativa aprensiva), persistentes (al menos 6 meses) y difíciles de controlar, sobre un número de sucesos o actividades tales como el rendimiento laboral o escolar. Las áreas más comunes de preocupación son: familia, amigos, dinero, trabajo, estudios, manejo de la casa y la salud. Se englobarían aquí enfermos que padecen síntomas de angustia de una manera permanente, que no se concretan ni en crisis de pánico, ni en fobias, ni en obsesiones, ni en ninguno de los síntomas descritos por el momento para otros diagnósticos de este grupo de trastornos. Por ello, la ansiedad patológica, libre (flotante y fluctuante), que se mantiene de forma permanente a lo largo de la vida, es la clave para establecer el diagnóstico de TAG.

La preocupación que padecen estos pacientes se puede definir como una cadena de pensamientos e imágenes con carga afectiva negativa y relativamente incontrolable, orientada hacia un peligro futuro y percibida como incontrolable. La ansiedad y la preocupación que vive el sujeto se asocia a tres o más de los seis siguientes síntomas:

1. Inquietud o impaciencia.
2. Fácil fatigabilidad.
3. Dificultad para concentrarse o tener la mente en blanco.
4. Irritabilidad
5. Tensión muscular.
6. Alteraciones del sueño (dificultad para conciliar o mantener el sueño, o sensación al despertarse de sueño no reparador)

De otro lado, la ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo. En el caso de los niños y adolescentes tienden a preocuparse excesivamente por su competencia o la calidad de su actuación en el ámbito escolar o deportivo. Otros temas de preocupación son la puntualidad, los acontecimientos catastrofistas (terremotos, guerra nuclear). Los niños con TAG pueden presentarse como perfeccionistas, conformistas, inseguros de sí mismos e inclinados a repetir trabajos por pura insatisfacción de no ser perfectos. También buscan demasiado la aprobación y ser tranquilizados en exceso en relación a su actuación y preocupaciones.

Como criterio último de diagnosis, las alteraciones que sufren los pacientes con TAG no han de deberse a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (drogas, fármacos) o a una enfermedad médica (por ejemplo el hipertiroidismo) y, no aparecer exclusivamente en el transcurso de un trastorno del estado de ánimo, un trastorno psicótico o un trastorno generalizado del desarrollo.

C.2.5. Tratamiento

C.2.5.1 Tratamiento psicológico

TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA

El tratamiento psicológico de elección para el TAG, de acuerdo con la evidencia empírica, es el cognitivo conductual. Considerando que el presente libro tiene el cometido de servir como guía sencilla y útil para el tratamiento de los trastornos depresivos o ansiosos, en las siguientes líneas nos centraremos en describir este tipo de tratamiento, sin detenernos en otros tipos de terapia que también pueden resultar eficaces para el tratamiento del TAG. La terapia cognitivo-conductual (TCC) es un tratamiento que suele incluir información adecuada sobre los procesos psicológicos que intervienen en el desarrollo y mantenimiento del TAG y el pánico, el entrenamiento en relajación, respiración controlada, reestructuración cognitiva, exposición interoceptiva, (auto)exposición en vivo y auto registros. El tratamiento psicológico de orientación cognitivo conductual, no solo se limita al empleo de las técnicas descritas en el apartado anterior, para que el paciente modifique sus conductas. Supone también, entre otras cosas, escuchar con atención lo que el paciente tiene que decir y buscar qué aspectos personales, sociales, familiares, etc., son responsables del problema. Esto es, comprender al paciente y su entorno. El médico o el psicólogo intervienen también para motivar al paciente, generar seguridad, así como conseguir su implicación en el tratamiento y contribución a alcanzar los objetivos terapéuticos.

El tratamiento es breve y focalizado en los problemas actuales. Breve se refiere al uso del tiempo adecuado para lograr los objetivos planteados, si bien la duración varía en relación al diagnóstico, la coexistencia de otros diagnósticos que compliquen el cuadro, la historia personal, el tiempo de evolución

de la enfermedad y los recursos personales. Además debe ser focalizado, porque trata directamente los problemas que perturban la vida del paciente, investiga los estímulos que los provocan y sus consecuencias y brinda a la persona herramientas y técnicas para ganar control sobre sus síntomas, iniciando así el camino para la erradicación de los mismos. El objetivo final es la recuperación de un estilo de vida y autonomía personal normales, libre de estados de ansiedad inapropiada o preocupación excesiva.

La TCC se basa en la Psicología Experimental, en las Teorías del Procesamiento de la Información y en las Teorías del Aprendizaje. Participa de una concepción multidimensional del TAG, según la cual estaría compuesta, al menos, por tres sistemas que pueden actuar de forma independiente: conducta motora, reactividad fisiológica y cambios subjetivos-cognitivos. Su eficacia ha sido estudiada y probada en numerosos estudios, oportunamente publicados en libros y revistas especializadas. Está dirigida a identificar y cambiar las ideas erróneas o pensamientos automáticos (aspectos cognitivos) y las conductas no deseadas, limitadas o condicionadas por la ansiedad o el temor (aspectos conductuales) que contribuyen a generar síntomas y circunstancias propicias para el desarrollo y mantenimiento del TAG. Debemos destacar que durante la intervención el paciente precisa implicarse activamente en el tratamiento, de tal forma que además de las sesiones con el terapeuta, debe desarrollar las diferentes tareas asignadas por el psicólogo.

En general, las estrategias de tratamiento de los trastornos de ansiedad, de acuerdo con la terapia cognitivo conductual, utilizan una serie de técnicas que suelen combinarse en su aplicación, atendiendo básicamente a dos consideraciones: la naturaleza del trastorno y las características del paciente. A continuación describimos brevemente las técnicas más utilizadas.

Técnicas cognitivas. Las técnicas cognitivas están basadas en la consideración de que el proceso de percepción -consciente o no- de los estímulos que generan ansiedad, así como las actitudes y estilos de vida del paciente, tienen un papel relevante en el origen y mantenimiento de los trastornos de ansiedad. Así mismo, se considera que instruir al paciente en el conocimiento sobre el propio trastorno, su origen y factores que contribuyen a su mantenimiento es una parte importante en el tratamiento. Por tanto, en su aplicación generalmente hay que comenzar por dar información sobre el trastorno, establecer compromisos para su implicación en el tratamiento y su consideración como sujeto activo en el proceso de curación. Básicamente se debe ayudar a identificar pensamientos negativos, errores en la interpretación de la realidad y tendencias individuales que generan ansiedad para después instruir al paciente a cambiar estas tendencias o procesos. Todo ello implica la plena participación del paciente en el proceso de tratamiento.

Técnicas de relajación y respiración. Enseñan a las personas a relajarse, contribuyen a disminuir la activación fisiológica, destensar los músculos y respirar correctamente. Requieren una práctica diaria. Existen diversos tipos de técnicas de relajación: muscular progresiva, respiración, imaginación y, la técnica más utilizada, la relajación muscular progresiva de Jacobson. Entrenar en técnicas de relajación puede acarrear beneficios en otros aspectos de la vida del paciente.

El Principio de la Exposición. El cambio de los patrones cognitivos por otros más adaptativos no es suficiente por sí mismo para el éxito en la terapia en determinados trastornos de ansiedad. Especialmente en los TOC, la Agorafobia, o las fobias específicas es necesaria la exposición a los estímulos temidos para obtener un éxito en el tratamiento. Algunas investigaciones demuestran que los tratamientos que no incluyen el ingrediente de la exposición, no muestran efectos perdurables. Durante la intervención se resalta la necesidad de exponerse a las situaciones temidas, acercándose a los estímulos que provocan la ansiedad (bajo situación de control), todo ello bajo el principio de aproximaciones sucesivas y progresando de menor a mayor dificultad. El principio del refuerzo es fundamental (premiarse por los éxitos, y corregir ante los fracasos, en lugar de castigarse).

Entrenamiento en Habilidades Sociales. Diversos estudios apuntan la existencia de una relación inversamente proporcional entre la ansiedad y el comportamiento socialmente hábil. Tal es así, que en las intervenciones realizadas con programas de entrenamiento en habilidades sociales, no sólo se obtiene de forma directa una mejoría de estas, sino que, de forma indirecta parecen facilitarse importantes reducciones de la ansiedad, incluso en sus manifestaciones clínicas. Principalmente la ansiedad social está muy relacionada con la falta de habilidades sociales. Terapéuticamente consideramos las habilidades sociales como conductas manifiestas; es decir, un conjunto de estrategias y capacidades de actuación aprendidas y que se manifiestan en situaciones de relaciones interpersonal, incluyendo comportamientos verbales y no verbales, específicos y discretos y están dirigidas a la obtención de reforzamientos sociales tanto externos como internos o personales (autorrefuerzo, autoestima). Las habilidades sociales se organizan en distintos niveles de complejidad, los cuales mantienen una cierta jerarquía, cuyas estructuras se desarrollan desde un nivel molar (p.ej: habilidades de interacción social), hasta llegar a uno molecular (p.ej: mantener contacto ocular), habiendo pasado por niveles intermedios (p.ej: decir "no").

TRASTORNO DE PÁNICO

Desde la perspectiva de la Terapia Cognitiva (TC) la persona que sufre Trastorno de Pánico (TP) recurrentes lo hace debido a una tendencia a interpretar de forma errónea y catastrófica las sensaciones corporales que experimenta (ej. estoy teniendo un ataque cardíaco, no podré respirar y me moriré, me estoy volviendo loco, voy a perder el control, etc.). Estas interpretaciones erróneas dan lugar a un incremento de la ansiedad, lo cual a su vez incrementa las sensaciones y se produce un círculo vicioso que culmina en un TP. El tratamiento de los TP incluye varios componentes todos ellos pensados para ayudar a la persona a identificar y someter a prueba la adecuación de sus interpretaciones y para ayudarla a sustituir tales interpretaciones por otras más realistas. Por una parte, un componente educativo en el que se explica a la persona lo que ocurre en un TP. Por otra un importante componente cognitivo en el que se ayuda a la persona a identificar y retar las interpretaciones erróneas. También se incluye la exposición controlada hacia las sensaciones temidas que pueden desencadenar un ataque de pánico, como la hiperventilación, o focalización de la atención hacia determinadas sensaciones corporales subjetivas, con el objeto de que el paciente recupere la seguridad pierda el miedo al pánico y cesen sus predicciones negativas acerca de las consecuencias de los síntomas.

Una intervención complementaria que aumenta la eficacia en el tratamiento, consiste en el entrenamiento en relajación aplicada. Se trata de una variación del entrenamiento en relajación progresiva de Jacobson. El entrenamiento suele durar unas 10-12 sesiones. Durante las primeras dos sesiones se explica a la persona la base lógica del procedimiento y de qué forma éste le podrá ayudar a vencer el TP. Se entrena a la persona en el procedimiento de tensión-relajación y, gradualmente, se introduce la relajación sin tensión (relajación por evocación), la relajación condicionada, la relajación diferencial y la relajación rápida. A lo largo de todo el proceso, se insiste en que la persona identifique los signos de ansiedad que desencadenan las situaciones temidas y que aprenda a utilizarlos como señales para poner en marcha la relajación. Al final, la persona tiene que ser capaz de poner en marcha la nueva habilidad que supone la relajación ante las situaciones tanto de pánico como agorafóbicas.

AGORAFOBIA

En el tratamiento psicológico de la agorafobia podemos destacar dos tipos de intervenciones eficaces: la exposición y/o autoexposición en vivo. El procedimiento de exposición se explicará con más detalle, por su similitud, en el apartado destinado a las fobias específicas, e implica que el paciente se exponga en la vida real y de un modo sistemático a las situaciones que teme y evita. Las variantes más utilizadas en el procedimiento de exposición no difieren en eficacia; y se utilizan en función de las características del paciente, unas implican una mayor asistencia por parte del terapeuta, mientras que otras son básicamente técnicas supervisadas de autoexposición.

Estas variantes son: a) Exposición prolongada, más o menos gradual, a cada situación, con la asistencia del terapeuta y permaneciendo en la misma hasta que la ansiedad se reduce significativamente. b) Exposición autocontrolada más autoobservación, el proceso es el siguiente: tras 2-5 sesiones con el terapeuta, de autoexposición gradual en la que se permite el escape temporal a un lugar donde el paciente se sienta más seguro (por ejemplo, abandonar un gran almacén, trasladarse a una zona menos concurrida o situarse cerca de la puerta) en el caso de experimentar una ansiedad excesiva; luego registra el tiempo pasado fuera y vuelve a la situación. c) Práctica programada, se siguen las pautas de la Exposición prolongada y graduada que sigue las pautas descritas, pero la asistencia del terapeuta durante la misma es realizada por el cónyuge o un amigo. El terapeuta mantiene unos pocos contactos con el paciente, éste lleva un diario de sus prácticas y cuenta, al igual que su compañero, con un manual de autoayuda, que es el elemento diferenciador más importante de esta variante.

En los tres supuestos se produce una progresión en función de los avances con la exposición a distintas situaciones y aumentando la dificultad hasta conseguir una autonomía normal en su vida cotidiana. No está del todo claro si es mejor una periodicidad diaria o semanal de la Exposición, aunque, evidentemente los pacientes que más y mejor cumplen con las actividades de autoexposición tienden a mejorar más. En líneas generales en todos los casos es conveniente experimentar algo de ansiedad cuando se afrontan las situaciones evitadas, pero no tanta que interfiera con el procesamiento emocional de las señales de miedo. En general puede ser recomendable, existen pacientes que no quieren ayuda o bien se determina que el paciente puede efectuar las tareas por sí mismo, implicar a personas significativas (cónyuges, padres) en la terapia con el fin de discutir y cambiar los patrones de interacción que pudieran estar impidiendo la superación de los problemas agorafóbicos. También suelen haber menos abandonos del tratamiento. En el caso de los adolescentes, los padres pueden ser incluidos en el tratamiento de un modo similar al descrito para el compañero.

FOBIAS ESPECÍFICAS

Las fobias específicas se definen como miedos persistentes e irracionales ligados a estímulos o situaciones específicas que pueden conducir a la evitación de dichos estímulos o situaciones. El miedo fóbico se manifiesta en respuestas motoras, cognitivas y fisiológicas que pueden diferir entre individuos. Así, mientras que unos son capaces de soportar la situación temida, aunque con un gran malestar subjetivo y fisiológico, otros se caracterizan principalmente por mostrar una marcada evitación de la situación a la que temen. Para el tratamiento de las fobias se utilizan distintas técnicas que tienen como elemento común la exposición al estímulo temido, ya que de las teorías explicativas conductuales se desprende que dicha exposición, en ausencia de las consecuencias temidas, tendrá como resultado la extinción de las reacciones fóbicas. Las técnicas de intervención difieren en alguno de los siguientes parámetros: a) en la forma en que se presenta el estímulo temido (directamente o indirectamente, tiempo y tasa de exposición, etc.); b) en el tipo de respuesta de los pacientes ante el estímulo fóbico; c) en el tipo de ayudas para la inducción de la respuesta del paciente (terapeuta presente, modelado del terapeuta, etc.); o d) en la utilización o no utilización de estrategias de control cognitivo para que los pacientes aprendan a modificar las respuestas cognitivas frente a los estímulos temidos.

La exposición in vivo es considerada como el tratamiento más potente para las fobias específicas. Sin embargo existen algunas excepciones. La elección de exposición en imágenes es preferible en aquellos casos donde la exposición real sea difícilmente manipulable por parte del terapeuta, como por ejemplo el miedo a las tormentas y, especialmente, a los truenos o relámpagos; miedo a viajar en avión, especialmente en aquellos casos donde el despegue ocupe un lugar predominante o el miedo se incrementa principalmente ante las turbulencias. Además, debemos considerar la exposición en imágenes como alternativa frente a la real en aquellos casos en que el paciente muestre serias reticencias a la terapia de exposición con estímulo fóbico real. También es apropiada cuando se advierte el posible abandono de la terapia si se les va a someter directamente al estímulo fóbico o ante la experiencia de pánico intenso que dificulta cualquier habituación con la presencia del estímulo fóbico real.

En líneas generales la exposición prolongada es mejor que la corta, el procedimiento habitual sería:

1. El paciente se compromete a mantenerse en la situación de exposición hasta que la ansiedad desaparezca y no escapar de la situación durante el tratamiento.
2. Se anima al paciente a aproximarse al estímulo fóbico lo máximo posible y a mantenerse hasta que la ansiedad disminuya o desaparezca por completo.
3. Cuando la ansiedad disminuye se le insta al paciente a que se aproxime más al estímulo fóbico, a que permanezca hasta que disminuya la ansiedad, y a que se vaya acercando lo máximo posible.
4. La sesión de terapia termina únicamente cuando el nivel de ansiedad se ha reducido un 50% del valor más alto, o cuando ha desaparecido por completo.

La exposición masiva y prolongada incrementa su eficacia si el terapeuta modela los primeros acercamientos y si es posible dar una información razonable al paciente del porqué del método, del propósito del tratamiento. En aquellas fobias donde la presentación del estímulo fóbico pueda realmente verse libre de *todo* peligro real, es decir, que la exposición al estímulo fóbico no es seguida de *ninguna* consecuencia temida, se incrementará la eficacia. Por ejemplo, la fobia a animales (arañas, gatos, perros, ratones, etc.), a las alturas, a lugares cerrados, son candidatos a que se aplique este tipo de exposición.

Lo característico de la mayoría de las terapias que incluyen componentes cognitivos a la terapia de exposición radica, justamente, en facilitar instrumentos que predispongan al paciente a tal exposición. Esto es, la preocupación de muchos terapeutas se centra en evitar posibles sabotajes que el paciente puede poner en marcha (consciente o inconscientemente) a la hora de tenerse que enfrentar a algo profundamente temido. Además, no podemos olvidar que algunos pacientes han tenido la experiencia de verse sometidos al estímulo fóbico, y no sólo no han salido de tal experiencia «curados», sino que, por el contrario, han incrementado y sensibilizado su fobia. La exposición debe ser una herramienta bien argumentada para pacientes con tales experiencias.

FOBIA SOCIAL

La fobia social es un trastorno que se caracteriza fundamentalmente por el miedo persistente y acusado a situaciones sociales o actuaciones en público por temor a que resulten embarazosas, exposición que tiende a producir invariablemente una respuesta inmediata de ansiedad (puede ser generalizada o específica a ciertas situaciones). Los aspectos esenciales de la fobia social son recogidos plenamente por el modelo cognitivo, que valora como núcleo central el contenido de los pensamientos que las personas que padecen este trastorno tienen, es decir, el miedo a tener una exposición inadecuada ante los otros, a hacer el ridículo, lo que les lleva a mantener también un estado de alerta y vigilancia ante este tipo de peligros. En la fobia social es el contenido de los pensamientos el elemento que más interés ha suscitado,

y los estudios sobre ese contenido muestran consistentemente la orientación cognitiva de los pensamientos y la distorsión de sus autopercepciones.

El abordaje terapéutico en este trastorno el tratamiento de exposición en estos casos es similar al de la mayoría de las fobias, pero la intervención cognitiva adquiere una dimensión especial y va dirigida fundamentalmente hacia las ideas irracionales, y pensamientos automáticos negativos, intentando cambiar los sentimientos de inseguridad y buscando incrementar su autoestima.

TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO

El trastorno por estrés post-traumático (TEPT) remite a una multiplicidad de consecuencias psicológicas, biológicas y sociales para el individuo. A diferencia de otros trastornos, el TEPT se encuentra claramente contextualizado: se trata de una pauta compleja de respuestas, «disparada» por un suceso estresante identificado en términos objetivos, que ocurre a una persona en un contexto histórico, socio-cultural y ontogénico concreto, de ahí que las intervenciones terapéuticas necesiten tomar en consideración objetivos distintos. En el proceso de intervención se debe considerar todos aquellos factores que puedan contribuir a la normalización de la vida del paciente.

En líneas generales son utilizadas las técnicas de exposición (en imaginación o en vivo), con el objetivo de evocar la ansiedad y promover la habituación y la reestructuración cognitiva, con el fin de modificar los supuestos, creencias y pensamientos desadaptativos; y las técnicas de manejo de la ansiedad como las descritas para el tratamiento del TAG y los ataques de pánico.

Concretamente, la exposición a los recuerdos traumáticos conducirá a una reducción de los síntomas, porque el individuo aprende que los estímulos que le recuerdan el trauma no le causan daño, y que recordar el trauma no implica revivir la amenaza. Asimismo, se produce una habituación a la ansiedad mientras el individuo paciente permanece próximo a los recuerdos temidos, y la experiencia de ansiedad no desencadena una pérdida de control. Con frecuencia, la depresión y la ideación suicida se presentan asociados a los TEPT, por lo hay que contemplar la conveniencia de un tratamiento específico previo para la depresión tal y como se ha explicado en el capítulo correspondiente.

TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO

El trastorno obsesivo compulsivo (TOC) es uno de los trastornos de ansiedad cuyo tratamiento puede considerarse como más difícil, además los pacientes no suelen reconocer lo excesivo de sus obsesiones o compulsiones y tienen poca conciencia de la enfermedad. Las obsesiones se definen, tal y como se ha explicado anteriormente, como pensamientos, impulsos o imágenes recurrentes que se experimentan como ajenos, intrusos e inapropiados y que causan ansiedad y malestar. Estos pensamientos, de mayor entidad que las preocupaciones más o menos excesivas de la vida normal, son combatidos por el paciente, quien, aun reconociéndolos como propios, se ve incapaz de controlarlos. Las compulsiones vienen definidas como comportamientos o pensamientos de carácter repetitivo, incluso reglado, a los que se ve impelido el paciente en respuesta a la obsesión y, con la finalidad de reducir la ansiedad y el malestar generado por ésta. Aun cuando la compulsión no está ligada de forma realista o proporcionada a combatir la ansiedad o el malestar percibido.

La exposición con prevención de respuesta ha demostrado ampliamente ser el tratamiento psicológico de elección para el TOC. La prevención de respuesta, es una técnica muy específica para los TOC, supone instruir al paciente para que demore la realización de la compulsión o ritual (generalmente de comprobación o limpieza) que va ligada a la obsesión, esta demora que en principio suele ser muy breve, progresivamente se va dilatando hasta conseguir la prevención total de las respuestas compulsivas.

Es importante señalar que la cronicidad no es un factor relevante de pronóstico, aunque el problema haya persistido durante años, puede desaparecer o paliarse en pocas semanas. El efecto terapéutico es menor en aquellos pacientes que inician el tratamiento deprimidos y ansiosos, o con una pobre adaptación social, conyugal o laboral.

C.2.5.2 Tratamiento psicofarmacológico

TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA

Antes de explicar el tratamiento farmacológico del TAG debemos conocer que tanto en los procesos de ansiedad como en los depresivos se encuentran un nivel disminuido de serotonina y noradrenalina en determinados circuitos anatómicos. La relación entre los trastornos de ansiedad y la depresión es ampliamente conocida, por lo que el abordaje de ambas patologías será similar en muchos puntos.

Por una parte, los fármacos serotoninérgicos actúan aumentando los niveles de serotonina a nivel de la amígdala y el núcleo del rafe. Pero en el caso de la ansiedad, lo que se produce es una

hiperactivación autónoma que provoca un aumento de la actividad noradrenérgica que se traduce en taquicardias, sudoración, mareos o hiperexcitabilidad, por lo que se han mostrado muy eficaces los fármacos, como la duloxetina, que a través de su acción dual también actúan sobre este sistema cerebral.

Además de la disregulación del eje del hipotálamo del TAG, cabe destacar que es frecuente la aparición de síntomas dolorosos de características psicósomáticas dentro de este tipo de trastornos. Estos síntomas mejoran con medicación de tipo antidepressivo, obteniendo mejores resultados que con la terapéutica analgésica habitual. Es por ello que los estudios recientes indican que en estos síntomas están implicados neurotransmisores como la serotonina y la noradrenalina, difiriendo de los mecanismos del dolor clásicos.

Así pues, las opciones terapéuticas que se manejan en la práctica clínica habitual son: benzodiacepinas, pregabalina, inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) y, de primera elección, los inhibidores de la recaptación de serotonina y noradrenalina (ISRN) como la duloxetina y la venlafaxina.

Es importante conocer que los TAG presentan una comorbilidad importante con trastornos depresivos y que el riesgo de recaídas es alto tras la retirada del tratamiento, sobretudo cuando éste se da durante un breve periodo de tiempo. Por tanto, el tratamiento se deberá prolongar, aunque exista una mejoría sintomática, ya que es muy frecuente observar en la práctica diaria recaídas mayores y más difíciles de tratar relacionadas con una retirada prematura de la medicación tras la mejoría clínica. En líneas generales se recomienda iniciar el tratamiento del TAG con ansiolíticos (benzodiacepinas) asociados a un antidepressivo. Posteriormente se reducirán las dosis de ansiolítico, si fuera posible por las características clínicas del paciente, y mantener el tratamiento antidepressivo durante un plazo que oscila entre 6 meses y un año.

Obviamente si la monoterapia no es efectiva se usará la combinación de varios antidepressivos para conseguir una mejoría de los síntomas del paciente, sin embargo esta opción es menos necesaria si desde el inicio se utiliza un antidepressivo dual.

Los pacientes deben conocer que los antidepressivos tienen un periodo de latencia entre dos y cuatro semanas tanto para el tratamiento de la depresión, del dolor, como del TAG. Por tanto el paciente presentaría una persistencia de sus síntomas durante este periodo, que posiblemente se podría incrementar por un síndrome de activación inicial (que apenas dura unos días) secundarios al inicio del tratamiento antidepressivo. Esto resultaría molesto para el paciente y es causa frecuente de discontinuación terapéutica en los primeros días de tratamiento. El modo más sencillo de minimizar estos efectos es usar a corto plazo fármacos de inicio de acción más rápido como benzodiacepinas, pero que deben posteriormente retirarse por su riesgo de abuso y su ineficacia como tratamiento etiológico del TAG.

Por último realizaremos unos consejos y especificaciones prácticas respecto a los tratamientos más utilizados.

Benzodiacepinas: Las benzodiacepinas tienen diversas indicaciones, siendo un instrumento clave en el manejo farmacológico de los trastornos de ansiedad por sus efectos ansiolíticos. Por tanto son fármacos de uso habitual en crisis de angustia, ansiedad somatizada, síntomas obsesivos o fóbicos. Además de estas indicaciones, las benzodiacepinas se usan como hipnóticos, inducción a la anestesia (midazolam), relajantes musculares o anticomiciales. Su efecto es agonista puro del receptor GABA, su metabolización es principalmente hepática y se eliminan a través de la orina. Hay que tener en cuenta cual es la vida media de la benzodiacepina a usar para calcular las tomas diarias. Salvo en excepciones concretas, siempre es preferible emplear aquellas que son de vida media larga o las formulaciones retard de algunas de vida media corta (alprazolam) para facilitar la cumplimentación y minimizar los posibles problemas de dependencia de benzodiacepinas. Se reservan las benzodiacepinas de vida media corta, en general, para su uso en ancianos, hepatópatas o cualquier situación que implique un enlentecimiento en su metabolización y por tanto su acumulación plasmática.

Es importante conocer que las benzodiacepinas se deben de retirar siempre de forma progresiva para evitar síndromes de retirada, ya que en casos de consumo importante en los que se retiran de forma brusca, se puede inducir cuadros graves de convulsiones, cuadros confusionales o muerte. Los efectos adversos más frecuentes de las benzodiacepinas son sedación, mareo, hipotonía muscular, fatiga, enlentecimiento psicomotor, sequedad de boca o estreñimiento. Hay que destacar especialmente la interacción de las benzodiacepinas con el alcohol, que podría ocasionar depresión respiratoria con graves consecuencias. Las sobreingestas voluntarias de benzodiacepinas son relativamente habituales, sobretudo en pacientes con intentos autolíticos de repetición; en estos casos se utiliza Flumazenil como antídoto.

Las benzodiacepinas más utilizadas en la práctica habitual agrupadas en función de su vida media, son las siguientes:

- Vida media muy corta (menos de 6 horas): Midazolam
- Vida media corta (6-14 horas): Loracepam y Alprazolam

- Vida media intermedia (12-24 horas): Bromazepam y Clonazepam
- Vida media larga (más de 24 horas): Diacepan y Cloracepato

Pregabalina. Es un medicamento análogo del GABA y su mecanismo de acción no es muy conocido aún. Es un fármaco que no se une a proteínas plasmáticas, se metaboliza en un pequeñísimo porcentaje y se excreta de forma prácticamente inalterada por vía renal. Las dosis oscilan entre 150 y 600 mg diarios, por lo general repartidos en dos tomas. Sus efectos adversos son, sobretudo al principio, frecuentes: mareos, somnolencia, cefalea o visión borrosa. Es necesario hacer el incremento de pauta lentamente e informar al paciente de dichos efectos, que por lo general desaparecen pronto.

Tiene, además de su indicación como tratamiento del TAG, otras indicaciones terapéuticas.

Antidepresivos. Los ISRS y los ISRN han demostrado que son el tratamiento eficaz y de elección a medio y largo plazo del TAG puesto que su acción es curativa, mientras que los ansiolíticos sólo alivian temporalmente. Los estudios realizados a largo plazo en el tratamiento del TAG con ISRS e ISRN apuntan a un mismo nivel. Por otra parte, dentro del grupo de los ISRN, la Duloxetina y la Venlafaxina, presentan eficacia similares y en ambos casos se recomienda emplear dosis variables de dichos fármacos (entre 75 y 300 mg diarios de Venlafaxina y de 60 a 120 mg diarios de Duloxetina). Sin embargo, en el caso de la Venlafaxina hay que tener en cuenta la existencia de HTA previa del paciente puesto que puede provocar aumentos de tensión arterial, además en nuestra experiencia la duloxetina es mejor tolerada por los pacientes, sobre todo en las franjas altas de las dosis.

Es importante hacer una buena exploración psicopatológica del paciente con TAG para diagnosticar y tratar patologías comórbidas como la depresión. Esto influirá a la hora de elegir el antidepresivo teniendo en cuenta su potencia antidepresiva y efecto sobre síntomas que no son propiamente ansiosos, pero que se asocian con frecuencia como la apatía, la anhedonia, anérgia o la hipotimia.

Trastorno de Pánico - Agorafobia

Desde el punto de vista farmacológico el tratamiento de primera línea serían los antidepresivos ISRS o ISRN, siendo cualquiera de ellos eficaz en el tratamiento del Trastorno de Angustia con o sin agorafobia asociada y empleándolos a las dosis antidepresivas habituales. Normalmente, y por motivos idénticos a los expuestos en el tratamiento del TAG, se usan las benzodiazepinas u otros ansiolíticos como coadyuvante durante el período de ventana.

Los antidepresivos tricíclicos, principalmente la clomipramina, son igualmente útiles en el tratamiento del Trastorno de Angustia. Su perfil de tolerancia no es tan bueno como el de los ISRS o ISRN, debido a sus efectos secundarios, siendo los principales los derivados de su acción anticolinérgica: estreñimiento, sequedad de boca, visión borrosa, mareos o somnolencia. Se recomienda iniciar el tratamiento con dosis bajas de estos fármacos e ir aumentando hasta la dosis óptima.

Respecto al tratamiento de mantenimiento, se recomienda mantener la medicación antidepresiva entre 6 meses y un año tras la mejoría de los síntomas. No obstante el plazo se puede prolongar en función de las características del paciente y de posibles estresores externos que puedan actuar como factores de mantenimiento del cuadro, teniendo en algunos casos que mantener la mediación antidepresiva de forma indefinida.

Trastorno obsesivo compulsivo

Se desconoce cuál es la base biológica del TOC y, aunque hay datos que apuntan a una posible base genética, estos genes no están identificados en la actualidad. Existen varias hipótesis en las que se implican diversos neurotransmisores, serotonina y dopamina, así como estructuras anatómicas cerebrales concretas. La hipótesis serotoninérgica relaciona esta patología con una disfunción de la serotonina. Esto se basa en estudios que demuestran una mejoría de los síntomas obsesivos con fármacos con efecto serotoninérgico, como la clomipramina y todos los inhibidores selectivos de la serotonina (ISRS). La hipótesis dopaminérgica se basa en que existe un porcentaje importante de pacientes afectados del TOC que no responden a ISRS y que, por tanto, habrán otros sistemas implicados. Estos sistemas, según estudios realizados, apuntarían hacia una disfunción dopaminérgica. También apoyado por el hecho de que un amplio porcentaje de pacientes con TOC responden bien a antipsicóticos. En la práctica clínica, se está utilizando igualmente la duloxetina, por su efecto sobre el sistema noradrenérgico, con resultados iniciales favorables.

Respecto a las estructuras anatómicas que se han relacionado con el TOC, se habla principalmente de los ganglios basales, lo cual justificaría el tratamiento neuroquirúrgico, reservado para casos muy concretos. Actualmente se conoce que los sistemas de neurotransmisores no son sistemas aislados y que existe una superposición de estructuras anatómicas implicadas, así como estos dos

neurotransmisores interaccionan y se regulan entre ellos. Un ejemplo de esto sería la regulación de los niveles de dopamina que ocurre mediante la serotonina según el tipo de vía.

Así pues, el tratamiento de elección son los antidepresivos serotoninérgicos. Los más utilizados, por lo general, son la clomipramina y los ISRS.

La **clomipramina** es un potente, aunque no selectivo, inhibidor de la recaptación de serotonina. Es un antidepresivo tricíclico de potente acción antidepresiva y antiobsesiva. Por contrapartida tiene efectos secundarios de tipo anticolinérgico (sequedad de boca, estreñimiento, visión borrosa, etc) que hace que su tolerancia sea regular en algunos pacientes. Las dosis que se emplean en el tratamiento del TOC estarían entre 150 y 300 mg diarios.

Los **ISRS**, tienen todos efecto antiobsesivo, teniendo cada uno de ellos sus peculiaridades individuales. Algunos pacientes responden mucho mejor a un ISRS que a otro, por lo que si con un determinado ISRS no se obtiene respuesta, una opción terapéutica sería cambiarlo por otro. Las dosis a las que se emplean los distintos ISRS y algunas particularidades:

- Fluoxetina: 40–80 mg. Muy buen perfil antiobsesivo.
- Sertralina: 200–300 mg. Es el ISRS de elección en el TOC en niños y en pacientes con insuficiencia renal.
- Citalopram: 40–80 mg. Actualmente se usa escitalopram por su mayor potencia y perfil prácticamente idéntico.
- Escitalopram: 20–40 mg. De elección en hepatopatías y sujetos polimedcados, presenta escasas interacciones farmacológicas.
- Paroxetina: 20–80 mg. Buen control de los síntomas ansiosos. Se asocia con más frecuencia que otros ISRS al síndrome de retirada.
- Fluvoxamina 150–300 mg. Presenta mayor número de interacciones.

Cuando la respuesta es parcial o no hay mejoría se pueden usar otras estrategias, siendo las más habituales las siguientes:

- Cambiar el antidepresivo usando otros fármacos de acción noradrenérgica asociada a la serotoninérgica como la Duloxetina o la Venlafaxina.
- Asociar ISRS a clomipramina (escitalopram y sertralina son los que con mayor facilidad se asocian).
- Añadir antipsicóticos atípicos a dosis bajas.
- Se podrán usar de forma concomitante benzodiazepinas u otros fármacos de acción ansiolítica para tratar otros síntomas ansiosos.

Es importante tener en cuenta ciertas particularidades y diferencias entre el tratamiento con antidepresivos del TOC y de la depresión, especialmente que el inicio de la respuesta suele ser más lento en el TOC que en la depresión y que las dosis eficaz de fármacos antidepresivos es mayor en el TOC que en la depresión.

Fobia Social

Se desconoce la base biológica de la Fobia Social, pero por el tipo de síntomas que aparecen en esta patología como son el temblor, las taquicardias y el rubor facial se sospecha de una hiperactividad noradrenérgica. En pacientes fóbicos sociales es importante, para poder identificar y tratar, investigar si existe consumo abusivo de alcohol, ya que muchos de ellos utilizan la capacidad desinhibir del alcohol para vencer su fobia.

El tratamiento de elección en general de la Fobia Social son los antidepresivos ISRS, aunque los ISRN también son una buena elección por las alteraciones noradrenérgicas pero, sobretodo, si existe clínica depresiva franca concomitante.

Los fármacos de acción beta-bloqueante son útiles para situaciones concretas que provoquen síntomas de Fobia Social autolimitados, por ejemplo hablar en público. Sin embargo, cuando el problema es generalizado, estos fármacos no son efectivos.

Fobia específica

Aunque por lo general el tratamiento es psicoterapéutico, principalmente basado en la exposición progresiva, en numerosas ocasiones es necesario recurrir a los psicofármacos para facilitar la terapia, por el malestar que genera la propia fobia o por presentar patología asociada. La pauta de tratamiento sería similar a la de la Fobia Social.

Trastorno por Estrés Postraumático

Las bases biológicas del TEPT se desconocen con exactitud, aunque diversas hipótesis apuntan a una hiperactividad noradrenérgica. También se ha relacionado con estructuras neuroanatómicas como el hipocampo.

Como ocurre en otros trastornos de ansiedad, identificar la existencia de patología comórbida es fundamental, principalmente descartar abuso de sustancias, incluido el alcohol. En este caso es relativamente frecuente encontrarnos con estos problemas y se han de tener en cuenta a la hora de pautar tratamientos.

En general, como en el resto de trastornos de ansiedad, los antidepresivos son de elección, especialmente los ISRN como la duloxetina por su efecto dual.

En cualquier caso, en la mayoría de los casos el tratamiento integrado dará mejores resultados, sobre todo en los que la clínica manifieste que el cuadro no es ni leve ni moderado.

Bibliografía

- Arnow BA, Hunkeler EM, Blasey CM y cols. Comorbid depression, chronic pain, and disability in primary care. *Psychosom Med* 2006;68(2):262-8.
- Caballo V. Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos: Trastornos de ansiedad, sexuales, afectivos y psicóticos. Madrid: Siglo XXI, 1997.
- Cano A. La ansiedad. Claves para vencerla. Málaga: Editorial Arguval, 2004.
- Chocrón L, Vilalta J, Legazpi I y cols. Prevalencia de Psicopatología en un centro de atención primaria. *Atención Primaria* 1995;16:586-90.
- Echeburúa E. Avances en el tratamiento psicológico de los trastornos de ansiedad. Madrid: Pirámide, 1992.
- López-Ibor JJ. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV-TR). Barcelona: Masson, 2002.
- Marks IM. Miedos, fobias y rituales. Barcelona: Martínez Roca, 1991.
- Punset E. Brújula para navegantes emocionales. Madrid: Aguilar, 2008.
- Roca E. Como superar el pánico (con o sin agorafobia). Valencia: ACDE Ediciones, 2005.
- Saiz J. La Ansiedad. Barcelona: EMEKA Editores, 1993.
- Stein D, Hollander E. Tratado de los trastornos de ansiedad. Barcelona: Ars Médica, 2004.
- Vallejo J, Leal C. Tratado de Psiquiatría. Barcelona: Ars Médica, 2005.
- Vallejo MA. Trastorno de Ansiedad generalizada. En: Manual de Terapia de Conducta. Vallejo MA (eds). Madrid: Ediciones Dykinson, 1998.
- Vázquez C, Nieto M y cols. Tratamiento Psicológico en un caso de Trastorno por Angustia. En: Terapia Psicológica. Casos Prácticos. Espada JP, Olivares J (eds). Madrid: Ediciones Pirámide, 2007.

D- Trastornos de personalidad del Grupo C: Por evitación, por dependencia, obsesivo compulsivo, o no especificado

D.1. ¿Qué es un trastorno de personalidad?

El estudio científico de la personalidad humana es una de las áreas de investigación y teorización psicológicas más importantes y con mayor tradición. Seguramente por esto, resulta bastante difícil encontrar una definición de “personalidad” que satisfaga a todos los profesionales. Con todo, la mayoría de especialistas coincide en destacar la complejidad de la “personalidad” humana, y en incluir en su concepto un amplio y variado conjunto de características (intrapsíquicas, comportamentales, biológicas y socioculturales), que se manifiestan en una amplia gama de situaciones y contextos, con los cuales interaccionan, y que hacen que un individuo sea él mismo, y no otro. Con todo una de las definiciones más aceptadas de la personalidad la describe como el conjunto de rasgos emocionales y conductuales relativamente estables y predecibles, que caracterizan a una persona en su vida diaria. Estos rasgos y conductas determinan la manera, que cada uno posee, de relacionarse con los demás y de enfrentarse con el mundo. La normalidad de la personalidad se refleja en la flexibilidad y adaptabilidad con que un sujeto se enfrenta al medio y en que la percepción y conductas típicas se traduzcan en un incremento de la satisfacción personal.

Uno de los elementos clave de la personalidad, es el hecho de que *permanece estable a lo largo de toda la vida*, aspecto importante, porque sirve para establecer un punto de partida fundamental, ya que cuando hablamos de una personalidad patológica o trastornada, hacemos referencia a todo el modo de ser de un individuo, y no a aspectos parciales. Por otro lado es a través de la interacción de la disposición constitucional de cada individuo y de las respuestas de su medio ambiente, que las personas van adquiriendo un repertorio de rasgos y conductas, profundamente grabados y difíciles de modificar. Es decir, que en la infancia el ser humano se comporta espontáneamente, según su *temperamento* y su *carácter*, mientras que va aprendiendo que conductas son recompensadas por su familia o personas significativas y cuáles no son permitidas, hasta llegar a cristalizar un repertorio de las mismas, predominantemente en un sentido. El *temperamento* hace referencia a la predisposición constitucional a reaccionar de un modo particular a los estímulos y consiste en la herencia o al conjunto de las bases biológicas de la personalidad y por lo tanto es difícil de cambiar o modificar. Por su parte, el *carácter* es la suma de los rasgos de la personalidad relativamente estables de una persona y sus modos habituales de respuesta que se forma a partir de los hábitos de comportamientos adquiridos durante la vida.

En lo que respecta a los trastornos de personalidad (TP), estos se definen como patrones permanentes de experiencia subjetiva y comportamiento que se apartan de lo esperado en la cultura del sujeto, se inician en la adolescencia o principio de la edad adulta, son estables y con ellos el paciente sufre o hace sufrir a los demás. Estos rasgos son rígidos e inadaptados. Los trastornos de la personalidad se definen por los extremos de los rasgos de la personalidad y la manera inflexible con que estos rasgos se manifiestan. Entre las características diferenciales de los TP frente a otros trastornos mentales se incluye su *omnipresencia*, es decir, las anomalías del individuo se hacen patentes en una gran variedad de comportamientos, sentimientos, experiencias internas y, además, en circunstancias muy diversas; es decir, el individuo siempre, o en la mayoría de las ocasiones se comporta o expresa de un modo muy similar, independientemente de lo que requiera la situación.

Muy frecuentemente se asocian a otros trastornos psiquiátricos, otros trastornos de personalidad o abusos de sustancias.

Como consecuencia de todo ello, el individuo presenta un repertorio de conductas limitado, reiterativo e inflexible, lo que resulta en una *capacidad limitada de aprender nuevos modos de comportarse*, de expresarse y de relacionarse con los demás. Esto explica por qué las personas que padecen un TP son excesivamente vulnerables ante el estrés, entendiendo por estrés una situación nueva que requiere el desarrollo de nuevas estrategias para afrontarla.

Finalmente, otro aspecto importante y a tener en cuenta, además del sufrimiento y malestar intenso que sufre el individuo, es el hecho de que *no suele haber conciencia de enfermedad*; es decir, el sujeto no es consciente de que su modo de ser es la causa fundamental de su malestar. Las personas con un trastorno de la personalidad no se sienten ansiosos por sus conductas desadaptativas, ni perciben el dolor

que producen en otros, por lo que hay dificultad en las relaciones interpersonales. Así mismo, pueden o no causar malestar psicológico en el individuo afectado. Por este motivo no es habitual que las personas con TP busque por sí mismas tratamiento psicológico o psiquiátrico por su problema, sino que son otros problemas o circunstancias sociales las que empujan o fuerzan al individuo a solicitar algún tipo de ayuda.

Características generales de los trastornos de personalidad

-
- Es omnipresente: se manifiesta en la mayor parte de las situaciones y contextos y abarca un amplio rango de comportamientos, sentimientos y experiencias.
 - Es inflexible, rígido.
 - Dificulta la adquisición de nuevas habilidades y comportamientos.
 - Hace al individuo frágil y vulnerable ante situaciones nuevas que requieren cambios.
 - Produce malestar y sufrimiento al individuo, o a quienes le rodean (social, familiar...)
 - Es egosintónico: el malestar es una consecuencia de la no aceptación por parte de los demás del modo de ser del individuo.
 - La conciencia de enfermedad es escasa o inexistente.
-

La versión cuarta del Manual Diagnóstico y estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV), los clasifica en el Eje II, y los caracteriza como “*pautas persistentes de experimentar y comportarse, que no se corresponden con lo que sería de esperar en función del contexto sociocultural del individuo, y que se manifiestan, como mínimo, en 2 de los de los ámbitos en los que se desarrolla la vida de la persona: cognitivo, afectivo, funcionamiento interpersonal, o control de impulsos*”

De forma simplificada los TP pueden agruparse en tres grandes conjuntos teóricos, con ciertas similitudes clínicas:

- **Grupo A: “Los extraños, raros o excéntricos”**, se incluye en este grupo el trastorno *paranoide*, el trastorno *esquizoide* y el trastorno *esquizotípico* de la personalidad. Se trata de sujetos con personalidades caracterizadas por conductas hurañas, inusuales, excéntricas o peculiares.
- **Grupo B: “Los dramáticos, emotivos, impulsivos o inestables**, en este grupo tenemos el trastorno *antisocial*, el *límite*, el *histriónico* y el trastorno *narcisista* de la personalidad. Se caracterizan por una marcada y en ocasiones extrema inestabilidad emocional extrema y dificultades para controlar los impulsos, así como por desajuste emocional, conducta errática y en ocasiones tendencia al dramatismo y a una gran emotividad.
- **Grupo C: “Los ansiosos o temerosos”**, con el trastorno de la personalidad por *evitación*, TP por *dependencia* y el trastorno *obsesivo-compulsivo* de la personalidad. Los sujetos con alguno de los diagnósticos de este grupo presentan un nivel de ansiedad y/o miedo exagerado, motivado por el temor a perder el control (de uno mismo, de otros significativos, de las situaciones, etc.)

D.2. Epidemiología de los trastornos de personalidad

Los trastornos de personalidad son trastornos crónicos y frecuentes, de modo que se estima que su prevalencia en población general se sitúa entre el 10 y el 20%, lo que implica que cinco a diez individuals en población general presentan un trastorno de personalidad. Esta tasa aumenta de modo sorprendente entre la población que presenta algún trastorno mental (entre el 20-40%). Los trastornos límite, por dependencia, evitador y esquizotípico son los que presentan las cifras más elevadas de prevalencia, siendo el trastorno dependiente de la personalidad el más frecuente (15%) a nivel global, mientras que los trastornos antisocial, narcisista, esquizoide son más frecuentes entre los varones y los trastornos histriónico, límite y dependiente son los más frecuentes entre mujeres.

D.3. Comorbilidad entre el Grupo “C” y otros trastornos psiquiátricos

Un aspecto importante que se debe tener en cuenta en cuanto es la elevada comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos que presentan los pacientes con un trastorno de personalidad del grupo C. Dentro de estas elevadas tasas de comorbilidad, necesario destacar en primer lugar el notable solapamiento existente, entre los TP y algunos trastornos mentales del Eje I. Cada vez más evidencias indican que en torno al 23% de pacientes con cualquier diagnóstico psiquiátrico presenta al menos un TP comórbido. Así mismo, cada grupo de patologías se suele asociar a un tipo de trastorno de personalidad y en este caso son los del grupo “C” los que asocian con la presencia de alteraciones emocionales (ansiedad, depresión o ambas), ante las relaciones sociales (evitador), la separación de otros significativos (dependiente) y la pérdida de control (obsesivo-compulsivo). Sería bueno recordar en este punto que el individuo con un trastorno de la personalidad por evitación se caracteriza básicamente por un patrón de conducta en el que destaca una excesiva timidez y gran sensibilidad al rechazo junto con una hipersensibilidad a la evaluación negativa, sentimientos de inadecuación e inhibición social. Por su parte el TP por dependencia se caracteriza por un patrón de necesidad general y excesiva de que se ocupen de uno, que genera un comportamiento de sumisión y adhesión y temores de separación. Por último el trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad destaca por un patrón de preocupación por el orden, el perfeccionismo y el control mental e interpersonal, a expensas de la flexibilidad, la espontaneidad y la eficiencia.

Los síntomas depresivos pueden aparecer en cualquier paciente con un TP. Sin embargo, los síntomas así como los rasgos de tipo afectivo forman parte de la presentación de determinados TP dentro de los grupos dramático (grupo B) y ansioso (grupo C). Mientras que la inestabilidad afectiva se corresponde con uno de los criterios diagnósticos del trastorno límite de la personalidad y la puesta en escena de de emociones rápidamente cambiantes es característica del trastorno histriónico de la personalidad, la sensibilidad al rechazo, un rasgo que a menudo se asocia con síntomas depresivos, es característica de dos de los TP del grupo C, el TP por dependencia y el TO por evitación. La clínica de un síndrome depresivo en un paciente con un TP a menudo resulta un reto diagnóstico de difícil resolución.

Los TP del grupo C, es decir los TP del espectro ansioso comparten unos rasgos conductuales que podrían estar relacionados con una mayor vulnerabilidad a la ansiedad. Así no sorprendería que la comorbilidad entre el TP por evitación y la fobia social puede llegar a ser del 90%, especialmente si consideramos que los individuos con TP por evitación se caracterizan por un exceso de ansiedad anticipatoria relacionada con la posibilidad de un hipotético rechazo futuro y de tal modo evitan las interacciones sociales. Por otro lado, en algunos casos concretos, como por ejemplo el trastorno obsesivo-compulsivo, el trastorno de ansiedad generalizada, el trastorno de angustia, la depresión mayor o la distimia, las tasas de comorbilidad con TP del grupo C también son especialmente altas. En general, su comorbilidad con trastornos de ansiedad (fobia social, ansiedad de separación y trastorno obsesivo-compulsivo) suele ser frecuente y, según algunos estudios, estos TP actúan como marcadores de vulnerabilidad para la aparición de los trastornos de ansiedad mencionados. Así mismo, la presencia de sintomatología depresiva (o un estado de ánimo disfórico o hipotímico), es una característica frecuente de estos individuos.

Finalmente, desde el punto de vista de los rasgos básicos de personalidad, los tres comparten la presencia del “neuroticismo” como el rasgo más característico.

D.4. Trastorno de Personalidad por Evitación

Características clínicas

El paciente con este trastorno, presenta conductas de inhibición en situaciones de interacción social, sentimientos de inferioridad, y sensibilidad excesiva a los juicios negativos que puedan hacer los demás de él.

El sujeto, hace todo lo posible para no tener que realizar actividades que impliquen relacionarse con otras personas, por miedo a ser criticado o rechazado. Le resulta difícil abrirse a los demás, por temor a sentirse avergonzado o ridiculizado. Se muestra tímido, retraído e inhibido en situaciones sociales novedosas, sobre todo con personas desconocidas. Tiene una visión negativa de si mismo, y se considera

inferior a los demás, socialmente inepto y poco interesante. Todos estos rasgos además típicamente deben haber comenzado al principio de la edad adulta,

Epidemiología, curso y etiología

La prevalencia estimada del trastorno en la población general está entre el 0,5% y el 1%, aumentando hasta el 10% en pacientes mentales ambulatorios. No existen diferencias entre mujeres y hombres.

El trastorno suele comenzar en la niñez en lo que sería una fase prodrómica con sentimientos exagerados de vergüenza, aislamiento, miedo a los desconocidos y a las situaciones nuevas. Poco a poco estos sujetos van volviéndose más vergonzosos socialmente, y a medida que van creciendo se vuelven más evitadores en cuanto a relaciones sociales, y el conocer gente nueva.

La investigación sobre su etiología es escasa, las principales aportaciones apuntan que se hallan involucrados factores de aprendizaje social de evitación, originados de experiencias tempranas de rechazo, críticas o desprecios sobre la valía del sujeto, (provenientes de adultos y pares), en una historia de carencia de refuerzos positivos, y junto a la presencia de características o rasgos de personalidad innatos, con una elevada carga genética, tales como la introversión y el neuroticismo extremos.

Perfil cognitivo específico

Se consideran socialmente ineptos e incompetentes en el estudio y el trabajo, considerando a los demás potencialmente críticos, desinteresados o despectivos. La principal estrategia que utilizan, consiste en evitar situaciones en las que se puede ser evaluado, por lo cual tienden a mantenerse al margen de los grupos sociales y evitar atraer cualquier tipo de atención.

El principal afecto es la disforia, una combinación de ansiedad y tristeza, relacionada con el temor a exponerse en situaciones sociales o de trabajo. Su baja tolerancia a la disforia les impide desarrollar métodos para superar la timidez y afirmarse eficazmente.

D.5. Trastorno de la Personalidad por Dependencia

Características clínicas

El paciente con un TP por dependencia presenta como aspectos definitorios la necesidad generalizada y desmesurada de ser cuidado o protegido por otros, lo que da lugar a una conducta de sumisión, apego, y miedo a poder perder el apoyo y protección de los demás. Con todo ello tiene una gran dificultad para tomar decisiones cotidianas, como por ejemplo elegir la ropa, decisiones relacionadas con el trabajo, los amigos, y hace todo lo posible para no tener que tomarlas sin el consejo y reafirmación de los demás. Cuando discrepa de las opiniones de los demás, suele ocultar los sentimientos de desacuerdo por temor a ser abandonado. Le resulta muy difícil panificar actividades o hacer cosas por si mismo, puesto que no confía en sus recursos personales y su deseo de los demás puede llegar a extremos de realizar tareas desagradables o incluso soportar malos tratos, si esto le concede las atenciones que anhela.

No soporta la incomodidad y el desamparo cuando se encuentra solo, y cuando finaliza una relación importante busca desesperadamente otra persona que ocupe su lugar.

Epidemiología, curso y etiología

La prevalencia estimada del trastorno es escasamente coincidente, ya que las cifras varían en un rango que oscila entre el 2 y el 48% en población clínica (con una media estimada del 19%), y cercana al 2% en la población general. Tampoco hay acuerdo en cuanto a la distribución de géneros, si bien algunos datos apuntan a una prevalencia doble o triple en mujeres que en hombres.

En cuanto al curso, tampoco hay muchos datos absolutamente concluyentes. En cualquier caso como ocurre con el resto de TP este en particular coincide con el resto en que se manifiesta sintomática al final de la adolescencia. En general, parece que el área de funcionamiento más afectada, es el de las relaciones sociales (muy limitadas y escasas), en donde puede haber historia de abusos y explotación por parte de las personas de las que dependen.

Por otro lado es importante destacar que, en la evolución del trastorno son relativamente frecuentes la aparición de trastornos mentales de gravedad variable como: episodios depresivos mayores, trastornos de angustia con agorafobia, fobia social y trastornos somatoformes (hipocondría) y disociativos, así como el abuso y dependencia de sustancias.

En realidad, hay pocos datos fiables que permitan establecer una clara patogenia del TP por dependencia. Puede que ciertos patrones de crianza, como enfermedades físicas crónicas o padres poco indulgentes que prohíben la conducta independiente, pueden ser importantes para el desarrollo del trastorno. Los factores genéticos/constitucionales (sumisión innata), también pueden contribuir a la etiología como sugieren algunos estudios con gemelos. Los factores culturales y sociales también pueden tener un papel importante: la dependencia es considerada no solo normal sino además deseable en algunas culturas.

Perfil cognitivo específico

Los individuos con TP por dependencia se perciben como necesitados, débiles, desvalidos e incompetentes, mientras que poseen un modo de ver al “cuidador” muy idealizado, fuerte, de apoyo y competente. La principal estrategia que utilizan, consiste en cultivar la relación de dependencia subordinándose a una figura “fuerte”, a la que tratan de agradar y apaciguar.

El principal afecto es la ansiedad, la preocupación por la posible fractura de la relación de dependencia. Esa ansiedad se acentúa periódicamente, cuando perciben tensiones reales en la relación. Si pierden la figura de la que dependen, se hunden en la “depresión”.

D.6. Trastorno Obsesivo-Compulsivo de la Personalidad

Se estima que la prevalencia del trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad es de aproximadamente 1 % en las muestras de población general y asciende al 3-10 % en los individuos que acuden a los servicios de salud mental. Como en el resto de TP, este patrón empieza al principio de la edad adulta o final de la adolescencia

La característica fundamental del trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad es una preocupación por el orden, el perfeccionismo y el control mental e interpersonal, a expensas de la flexibilidad, la espontaneidad y la eficiencia. Los sujetos con trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad tienen tantas dificultades para decidir qué tareas son realmente importantes o prioritarias o cuál es la mejor forma de hacer alguna cosa concreta, hasta tal punto que puede ser que nunca empiecen a hacer nada. Tienen tendencia a enfadarse en situaciones en las que no son capaces de mantener el control de su entorno físico o en sus relaciones, si bien les cuesta manifestar su malestar o su enfado de forma abierta.

Además otras características del trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad incluyen:

- Preocupación por los detalles, las normas, las listas, el orden, los procedimientos, la organización, o la programación hasta el punto de que se pierde el objetivo de la actividad.
- Perfeccionismo que acaba interfiriendo con la finalización de una tarea.
- Dedicación excesiva al trabajo y a la productividad que no está motivada por necesidades económicas, con exclusión de las actividades de ocio y las amistades.
- Excesiva terquedad, escrupulosidad e inflexibilidad en temas de moral, ética o valores.
- Incapacidad para tirar los objetos gastados o inútiles, incluso cuando no tienen un valor sentimental.
- Dificultad para delegar faenas en otros a menos de que dicten la forma exacta de como se debe hacer dicha faena y el otro así la vaya a acatar.
- Tacañería y avaricia (el dinero es visto como algo que debe ser acumulado para futuras catástrofes)
- Rigidez y cabezonería.

Si bien en ocasiones se ha descrito una asociación del trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad con el trastorno obsesivo-compulsivo descrito en el Eje I, parece que la mayoría de las personas con un trastorno obsesivo-compulsivo no tienen un patrón de comportamiento que cumpla los criterios para el trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad. De hecho, a pesar de la similitud de los

nombres, el trastorno obsesivo-compulsivo se suele distinguir fácilmente del trastorno de la personalidad del mismo nombre por la presencia de verdaderas obsesiones y compulsiones. Sin embargo, ambos trastornos pueden estar presentes en un mismo sujeto.

D.7. Tratamiento de los trastornos de personalidad del Grupo C

No existe, en el momento actual, un tratamiento específico para los paciente con un TP en general ni concretamente tampoco para los que estamos discutiendo, los trastornos de personalidad del Grupo C nos. No obstante, el abordaje psicoterapéutico está indicado en, prácticamente, todos los casos y constituiría el tratamiento de elección en estos trastornos. Las medicaciones presentan una eficacia limitada, aunque frecuentemente, se recurre a ellos con una indicación sintomática.

Diversos datos preliminares han sugerido que los fármacos inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina podrían ser beneficiosos en el tratamiento de pacientes con trastorno de ansiedad y TP de grupo C comórbido.

Las evidencias más sólidas, aunque la mayoría de ellas procedentes de estudios empíricos, sugieren la utilización de estrategias terapéuticas de tipo cognitivo-conductual. Hay que tener presente que por sus características clínicas nos encontramos ante un grupo de pacientes que requieren amplia experiencia y habilidades específicas por parte del terapeuta que deberá buscar una alianza terapéutica adecuada con el paciente.

Bibliografía

- Belloch, Amparo; Fernández-Álvarez, Héctor. Trastornos de la Personalidad. Madrid: Editorial Síntesis, Madrid, 2005.
- Beck, AT, Freeman A, Davis DD, et al. Terapia Cognitiva de los Trastornos de Personalidad. Ediciones Paidós, Barcelona, 2005.
- Cervera G, Haro G, Martínez-Raga J (Eds.). Trastorno límite de la personalidad. Paradigma de la comorbilidad psiquiátrica. Editorial Médica Panamericana, Madrid, 2005.
- Espada Sánchez, JP, Olivares Rodríguez J, Méndez Carrillo FJ. Terapia Psicológica. Editorial Pirámide, Madrid, 2007.
- Perris C, Blackburn IM, Perris H. Cognitive Psychotherapy: Theory and Practice. Springer-Verlag, London, 1998.
- Vallejo Pareja MA. Manual de Terapia de Conducta. Dykinson-Psicología, Madrid, 1998.

E- Dudas y cuestiones planteadas por los pacientes

Durante varios meses se ofreció en nuestra clínica a los pacientes con trastornos depresivos o ansiosos, el poder plantear por correo electrónico las dudas y cuestiones que consideraran de interés, haciéndoles saber que se trataba de sacar entre todas ellas las más interesantes para plasmarlas, junto a la respuesta, en un libro que se estaba elaborando.

Como anécdota hay que resaltar que se realizó una búsqueda en Google, a finales de Mayo del 2009, sobre “opiniones sobre la depresión y la ansiedad” dando 331000 y 336000 referencias. La búsqueda sobre “dudas y preguntas” de las mismas cuestiones, nos dieron 269000 y 390000. Cifras tan altas demuestran el interés que despiertan dichas cuestiones.

Con respecto a la calidad de las diferentes páginas, como es lo normal en Internet, existían páginas de gran nivel y otras en las que era muy bajo. Incluso algunas que representarían un verdadero problema en caso de que los pacientes les hicieran caso. Pero esas son las dos caras de la autopista de la información.

Los correos recibidos, casi medio centenar, fueron agrupados en varios apartados según las cuestiones que planteaban.

Al final los apartados son tres: 1) Origen de los trastornos. 2) Evolución y pronóstico. 3) Formas clínicas y tratamientos.

Vamos a realizar una síntesis de las preguntas de cada apartado, así como de las respuestas dadas por nosotros, esperemos que ello ayude a aclarar algunas de las cuestiones que los pacientes puedan plantear a los profesionales de atención primaria, y complemente la función didáctica y de compartir experiencias que el libro pretende.

E.1. Origen de los trastornos

E.1.1 La depresión como enfermedad hereditaria

Podríamos decir que la primera cuestión que planteamos es, por merito propio, “la primera de verdad” al ser un tema que preocupa a muchos de nuestros pacientes.

Quizás el llevar casi treinta años prestando asistencia hace que en algunos casos llegamos a tratar varias generaciones, lo cual crea en las personas miedos al respecto.

Sin duda hay una mayor prevalencia a padecer trastornos tanto depresivos como ansiosos en algunas familias.

Las investigaciones realizadas muestran que entre los familiares de sujetos con trastornos de ansiedad tales problemas son mucho más comunes que entre las familias control.

Los estudios con gemelos también sugieren una predisposición a sufrir ansiedad como síndrome y como síntoma. También hay influencias familiares y genéticas evidentes en el trastorno por angustia, agorafobia y fobias. Por último la concordancia es mayor entre los gemelos monocigóticos.

La relación entre esa tendencia y la presentación de trastornos específicos es compleja, pero existe.

Es un tema al que no hay que darle mayor importancia, y el clínico debe dar tranquilidad al respecto. Solamente en cuadros graves, con alta prevalencia de suicidios por ejemplo, se debe de valorar de forma especial y tener más control del caso, alargar más los tratamientos, etc, etc.

E.1.2 La ansiedad, depresión y el género. ¿es más frecuente en las mujeres?

Se estima que en los trastornos de ansiedad dos tercios o más son mujeres. Las mujeres experimentan también depresión con una frecuencia aproximadamente dos veces mayor a la de los hombres. Los factores hormonales podrían contribuir al índice incrementado de depresión en mujeres, particularmente factores como cambios premenstruales, embarazo, aborto espontáneo, periodo postparto, premenopausia, y menopausia. Hay que considerar que muchas mujeres se enfrentan a estresantes

adicionales, como responsabilidades en el trabajo y en el hogar, maternidad sola, y cuidar hijos y padres que envejecen.

Los parámetros de tipo socioeconómico o estado civil son poco relevantes.

E.1.3 Papel que juega la familia con vistas a ayudar a un depresivo

El papel que juega la familia en los trastornos ansioso o depresivos, puede entenderse desde dos perspectivas, una desde la influencia del entorno familiar en el desarrollo de estos trastornos y otra el papel que pueden desempeñar los familiares de quien padece ansiedad o depresión.

Con respecto al desarrollo de los trastornos esta comprobado que, ver como los padres reaccionan ante los estímulos de la vida cotidiana, si predomina un patrón de ansiedad, preocupación o desesperanza, tiene un efecto muy poderoso en el desarrollo de la ansiedad, a esta influencia la denominamos técnicamente aprendizaje vicario, y tiene unos efectos muy duraderos, pues desde niños nos impregnamos de los estilos de conducta de nuestros padres otros familiares o personas de influencia de nuestro entorno, sin apenas darnos cuenta.

Otra perspectiva muy interesante, es que papel pueden desempeñar los familiares que conviven con pacientes con trastornos ansioso depresivos. Aquí la estrategia puede variar, dependiendo de la persona y su situación anímica, afectiva, profesional etc. Pero existe un denominador común: **comprensión**. Nadie sufre porque quiere, si tenemos un familiar que sufre algún trastorno debemos proporcionarle nuestra comprensión, nunca hacerlo culpable de su trastorno, pues por esta vía estamos complicando su recuperación. La comprensión, que implica no necesariamente tener que entender lo que le pasa, sino simplemente el apoyo y transmitirle siempre que no debe desesperar, así como la colaboración con las indicaciones que, en su caso, se le proporcionen desde la intervención clínica, constituyen la mejor aportación para la recuperación.

E.1.4 Los factores psicosociales en la ansiedad.

Los factores personales y sociales tienen un efecto fundamental en el desarrollo y mantenimiento de la ansiedad. Las actitudes personales ante los síntomas, que incluyen tanto la vivencia de la propia ansiedad, como las estrategias de afrontamiento suponen un punto de partida básico para superarla. Durante la terapia integrada, conjuntamente con los fármacos que le administra el psiquiatra, el psicólogo le ayuda a identificar cuales son esas percepciones, como las vive, y a modificarlas en el caso de que éstas le provoquen la ansiedad. Los factores sociales son otro elemento fundamental a considerar en el desarrollo y tratamiento de la ansiedad, los contextos de convivencia familiar, o el ámbito de trabajo pueden convertirse en estímulos que faciliten y desarrollo y mantenimiento de la ansiedad. Aquí las estrategias de afrontamiento de estos problemas y buscar el manejo de las situaciones conflictivas o que se identifiquen como causantes, constituye una parte importante de la intervención terapéutica

E.1.5 Origen de las crisis de pánico.

No existe una causa única que explique el origen de las crisis de pánico, pero la experiencia clínica nos muestra que son muy frecuentes las apariciones de crisis durante la vivencia de situaciones de estrés que pueden ser de origen profesional, familiar, afectivo, o bien durante los meses posteriores a situaciones de estrés intenso. También aparecen muchos casos en los que las crisis se asocian a periodos de tiempo en los que se sufre agotamiento físico o psíquico.

E.1.6 La enfermedad orgánica y la depresión.

En años recientes, investigadores han encontrado que los cambios físicos en el cuerpo pueden estar acompañados por cambios mentales. Enfermedades médicas como los ataques cardíacos, apoplejía, cáncer, parkinson y trastornos hormonales pueden incrementar el riesgo de depresión.

El dolor crónico está asociado con la depresión. También los problemas crónicos del sueño están fuertemente asociados con la depresión.

E.1.7 Duelo soledad y depresión.

Algunas consideraciones expuestas en la A-3 y A-4, pueden ser de utilidad aquí. A pesar de que muchos teóricos hablan de un proceso estructurado muy similar para superar el duelo, la experiencia clínica muestra que existen muchas formas de superar o complicar el duelo. La personalidad y el estilo de vida previo así como el apoyo social pueden ser factores que protectores frente al desarrollo de la depresión.

E.1.8 Factores de riesgo en depresión.

Existen varios factores de riesgo en la depresión, lo cual no significa que tener alguno o varios de estos factores implique desarrollar necesariamente una depresión. A mayor número de factores más probabilidades.

Las personas con un historial familiar de trastornos depresivos tienden a estar en mayor riesgo de desarrollar depresión.

Un historial de uno o más episodios previos de depresión incrementa considerablemente el riesgo de un episodio posterior. Los acontecimientos estresantes en la vida pueden desencadenar un episodio depresivo. Tales eventos estresantes pueden incluir una pérdida grave, una relación difícil, trauma, o problemas financieros.

Tener pocas relaciones o que éstas no sean de apoyo puede incrementar el riesgo de depresión tanto en hombres como en mujeres. Sin embargo, se ha encontrado que los índices de depresión son más altos en mujeres que están en casa con niños pequeños, y aquellas personas que se describen a sí mismas como aisladas, en comparación con mujeres que trabajan o que tienen una red social de apoyo. En muchos casos, se ha descubierto que las redes sociales restringidas preceden el inicio de la depresión. Algunos factores psicológicos ponen en riesgo de depresión a las personas. Las personas con baja autoestima, quienes constantemente se ven a sí mismas y al mundo con pesimismo, o que se agobian fácilmente por el estrés, podrían ser propensas a la depresión.

Otros factores psicológicos, como el perfeccionismo y la sensibilidad a la pérdida o rechazo, podrían incrementar el riesgo de una persona para depresión. La depresión también es más común en personas con trastornos de ansiedad crónica y trastornos de personalidad límite.

E.1.9 Cambios de estilo de vida, “las crisis personales” y ansiedad.

Los cambios en el estilo de vida, especialmente aquellos que son sobrevenidos y no buscados por la persona, suponen un esfuerzo de adaptación adicional a las propias dificultades y problemas de la vida cotidiana. Estos cambios están asociados también a lo que denominamos “acontecimientos vitales estresantes”, esto es: situaciones que no por ser excepcionales significan un elemento ansiógeno adicional. Estos acontecimientos, como pueden ser una separación afectiva, la pérdida del trabajo, cambio de domicilio, la pérdida de un ser querido, si son varios tienen un efecto acumulativo que incide con más contundencia en el equilibrio psicológico.

Si además esto motiva, como suele ser habitual, una “crisis personal” durante las cuales, casi todos los aspectos de la vida de persona tanto en relación con el entorno, como las propias vivencias se cuestionan, tenemos un perfecto cóctel de vulnerabilidad psicológica que facilita la aparición de trastornos ansioso depresivo

E.2. Evolución y pronóstico.

E.2.1 La depresión y ansiedad como enfermedades crónicas

Una pregunta que apareció en múltiples correos es la relacionada con la evolución de los trastornos depresivos y ansiosos que muchas personas consideran como crónicos, en un porcentaje muy frecuente de casos.

Es importante destacar, en primer lugar, que la sintomatología depresiva y ansiosa acompaña a múltiples trastornos tanto orgánicos como psíquicos, y que en este último caso dicha asociación comórbida es más compleja por estar por medio los llamados trastornos de personalidad, que sí resultan crónicos.

Dentro de los trastornos depresivos sí que hay algunos casos con una recuperación incompleta, o con frecuentes recaídas tras abandonar el tratamiento farmacológico. En dichos casos se puede considerar que se cumplen los criterios de cronicidad, pero incluso en ellos, con tratamiento, la evolución es buena. El paradigma de ellos lo constituyen los llamados trastornos bipolares.

En el capítulo de los trastornos por ansiedad también pasa algo parecido con respecto a el TAG, y en cuanto a formas claramente de evolución más larga, y en ocasiones crónica, el ejemplo sería el trastorno obsesivo compulsivo.

En cualquier caso, independientemente de las formas graves y crónicas, que por desgracia las hay, la mayor parte de los trastornos que van mal y se cronifican, es por incumplimientos terapéuticos, pues ya vimos que el porcentaje de pacientes incumplidores del tratamiento es muy alto. En este sentido el tratamiento integrado ayuda también a una mejor respuesta, y a un importante descenso de malas evoluciones clínicas.

E.2.2 La gravedad de la depresión

La gravedad de la enfermedad depresiva es un tema que preocupa a los familiares, de forma que se han recibido preguntas al respecto hechas por familiares de nuestros pacientes. Los trastornos depresivos forman un grupo muy heterogéneo, y entre ellos hay formas que más que graves, podríamos calificar como difíciles.

A priori son pacientes que presentan cuadros depresivos mayores con gran melancolía e ideas suicidas, dentro de las formas depresivas con características endógenas (antecedentes familiares, afectación psicomotora, ritmo del sueño con insomnio tardío, ritmo estacional, entre otras) y que pueden precisar ingreso, así como terapias biológicas específicas, entre ellas la electroconvulsiva.

Sin llegar a ese extremo hay otras formas, que con frecuencia vemos en la práctica de nuestra clínica, que precisan la combinación de varios antidepresivos, pues un solo fármaco no consigue mejorarles, así como bastantes años de mantenimiento del tratamiento. También algunos de estos pacientes se benefician del tratamiento integrado.

E.3. Formas clínicas y tratamientos.

E.3.1 Las formas enmascaradas de depresión.

Muchos pacientes, no sabemos si por ser un tema que hablaron con sus médicos, preguntan por las depresiones enmascaradas. Nos han sorprendido dichas preguntas en pacientes que están en tratamiento, y por tanto tienen cuadros depresivos podríamos llamar “desenmascarados”.

Son formas en las que la afectación del estado de ánimo es secundaria o poco significativa, predominando otros síntomas como pueden ser los dolores y disfunciones en sistemas y aparatos, la irritabilidad, y el malestar difuso e inespecífico.

Solamente con una buena exploración psicopatológica, y para que engañarnos con la negatividad a múltiples análisis y pruebas, se puede llegar a la sospecha. Luego la buena respuesta al tratamiento constituye una confirmación diagnóstica.

E.3.2 La depresión y las malas épocas.

En ocasiones a los pacientes, sobre todo si han sufrido un cuadro previo de tipo depresivo, les cuesta diferenciar entre las llamadas “malas épocas”, que de hecho sufre cualquier persona, sobre todo si hay desencadenantes, y una fase depresiva.

En la práctica clínica esta diferenciación es clave a la hora de dar el alta a un paciente depresivo, pues sabemos que “el gato escaldado teme al agua” y que los pacientes pueden presentar auténtico horror a una recaída, pues los síntomas de una depresión mayor son de tal calado que se sufre de solo pensar que se pueden volver a presentar.

Los datos que damos para diferenciar dichos trastornos son que la depresión es un cuadro estable y progresivo, que va a más de forma casi diaria, que no depende del medio, que el paciente va sumando síntomas y que no antes de dos semanas puede hacerse el diagnóstico, que por otra parte siempre es clínico. En último lugar, y ante la duda, hay que consultar con el especialista.

E.3.3 Tratamiento integrado

Muchos pacientes nos preguntan por los criterios que usamos para ofrecer, o no, el tratamiento integrado, pues saben de personas que lo siguen (por ejemplo un familiar que tratamos nosotros) y a él, sirva de ejemplo, no se le ofreció.

Es quizás una de las respuestas más difíciles. Cuando uno de los médicos de la clínica ve un paciente tiene que tomar una serie de decisiones en cascada. La primera es que el tema por el que consulta el paciente tenga una repercusión psíquica, y que le pase algo sobre lo que se pueda actuar, sea sobre la causa, o sobre las consecuencias. En caso negativo hay que decirle al paciente que no procede por nuestra parte tratamiento alguno. Son pocos los casos en los que sucede algo así.

En caso de precisar ayuda hay que discernir si esa ayuda es solo farmacológica o precisa ayuda psicoterapéutica. La descripción que se termina de hacer, en la frase anterior, es un reduccionismo pues si los médicos psiquiatras nos dedicásemos solo a prescribir fármacos tendríamos uno de los trabajos más horribles de la medicina y es justo lo contrario. El médico aquí tiene que comprender lo que le pasa al paciente, empatizar con él, realizar un diagnóstico (que ya incluye tratamiento y pronóstico) y ver si además del tratamiento que como mínimo le mejorará, puede beneficiarse de una ayuda psicoterapéutica.

Dicha ayuda no es “charrar con un profesional”, es un tratamiento contrastado, con una técnica específica, llevada a cabo por un profesional entrenado, por lo general un psicólogo clínico, con muchos años de formación teórica y práctica supervisada...etc etc. No hay que confundir a los miles de licenciados en psicología que no ejercen la profesión, o lo hacen en otros ámbitos, sirva de ejemplo la selección de personal, con el psicólogo clínico.

A la hora de derivar, o no, se tienen en cuenta muchas variables, siendo las más importantes: el diagnóstico, la edad, el nivel cultural, así como el interés y la capacidad del paciente para entender y aceptar dicho tratamiento, que tiene sus costes de tiempo, esfuerzo, y económicos.

En cualquier caso un tratamiento integrado solo dará de sí todo su potencial en un equipo muy solidario y acostumbrado a trabajar así; donde los narcisismos y egoísmos de los profesionales se encuentren completamente superados, cosa que dicho sea de paso no es fácil, y precisa de equipos muy conjuntados.

E.3.4 Los efectos secundarios y perjudiciales de los fármacos.

Como es normal a mucha gente le preocupan los posibles efectos no deseados de los fármacos. No podemos obviar que en Internet hay miles de páginas centradas en el tema, y que hay muchos psicólogos y algunos psiquiatras que hacen de ello toda una causa.

Una de las cosas que tenemos gravadas en la memoria muchos psiquiatras son las manifestaciones que se suelen organizar en la puerta del congreso que la Asociación Americana de Psiquiatría organiza todos los años. Recuerdo especialmente una en 1995 en Philadelphia donde una avioneta con un cartel en la cola sobrevolaba el espacio con una pancarta que ponía “acabemos con los crímenes de los psiquiatras”, como ejemplo es demoledor.

Pues bien, en la actualidad los tratamientos modernos pueden dar efectos secundarios, que no todos los pacientes presentan y que no pasan de ligeras molestias, por lo general solamente las primeras semanas. Entre ellos hay que destacar la sensación de pesadez gástrica, las náuseas, la sequedad de boca, o la sedación.

Cuando el paciente mejora, cosa que suele suceder en dos o tres semanas, los efectos secundarios bajan y en la mayoría de los pacientes desaparecen del todo.

E.3.5 ¿Hay algún tratamiento farmacológico especialmente efectivo, o de primera elección?.

Hay muchos tratamientos efectivos en ambos tipos de trastornos, si empezamos por la depresión se podría decir que cualquiera de los múltiples ISRS sería un buen tratamiento, si se quiere ir más sobre seguro y tener más posibilidades de éxito a la primera, se puede dar un dual, y de ellos el más cómodo y fácil de usar es la duloxetina que presenta un perfil de efectos secundarios muy bajo, con un porcentaje de efecto terapéutico alto.

En el caso de la ansiedad generalizada las herramientas son más, pues además de los descritos (ISRS, Venlafaxina, y Duloxetina), hay que valorar a la pregabalina.

En cualquier caso, en el inicio de la pauta, sea la que sea, puede ser necesario el uso de benzodiacepinas que pueden controlar el trastorno ya en las primeras 24-48 horas, pauta que se irá reduciendo según mejore el paciente con el otro tratamiento.

De nuevo hay que romper una lanza por el tratamiento integrado en muchos de los pacientes.

E.3.6 “Vivan las Benzodiacepinas”.

Algunos pacientes nos dicen que “vivan las benzodiacepinas” pues ni otros tratamientos, incluidos de forma previa la psicoterapia, ni sola, ni como tratamiento integrado, les ayudó en nada.

Incluso algunos de estos pacientes tuvieron desagradables efectos secundarios con pautas alternativas a las benzodiacepinas.

Lo cierto es que aquellos que llevamos muchos años en la práctica clínica, debemos de decirles a estos pacientes que tienen toda la razón, que hay casos que solamente responden a las benzodiacepinas, las cuales fueron en muchas ocasiones “satanizadas”, y que pueden y deben seguir con su pauta, por supuesto con su control médico.

E.3.7 Llevo 20 años con antidepresivos, ¿es normal?

La cuestión la planteaba un paciente que tomaba Seroxat, y que estaba en control con su red de salud mental, era acompañante de un paciente de la clínica y nos hizo esa pregunta. Hay algunas más en esa línea, en los tratamientos de mantenimiento largos, o muy largos.

Con la dificultad que lleva el responder de forma general a cuestiones complejas, pero para orientar a las muchas personas que puedan verse reflejadas en esa pregunta, la contestación es que con los controles pertinentes no hay problema alguno. Casos como el descrito en el enunciado no son frecuentes pero, tampoco excepcionales.

Hay cuadros de tipo depresivo, que sin ser graves, deterioran la calidad de vida de muchas personas por su persistencia. Muchos de ellos responden a fármacos seguros y eficaces, con pocos efectos secundarios (como es típico con la paroxetina el paciente refería una afectación moderada en su potencia sexual) que permiten a muchas personas llevar una vida confortable con esa mínima pauta.

E.3.8 ¿Cómo se diagnostica la depresión?

Podemos decir que casi todo el mundo sabe lo que son los síntomas que definen la depresión, para diagnosticarla como trastorno debemos considerar, sobre todo, dos variables: la intensidad y persistencia en los síntomas. Así pues la predominancia de manifestaciones de apatía, desesperanza, incapacidad para disfrutar, tristeza, etc. que se manifiestan de una manera intensa, duradera y que predominan sobre otros síntomas indican la presencia de depresión.

En cualquier caso, los síntomas no suelen manifestarse nítidos en un sentido. En muestras de población de atención primaria, el 96% de los pacientes con trastornos psiquiátricos manifestaban un síndrome de ansiedad-depresión que no podía ser fácilmente subdividido. Otras muestras comunitarias de pacientes con trastornos psiquiátricos, alrededor del 65% presentaban ansiedad más depresión que no podían ser diferenciados. También en los estados de ansiedad se observan episodios depresivos breves en un 44%. Los síntomas de ansiedad y depresión aparecen también asociados en trastornos específicos.

E.3.9 ¿Hay una depresión en la tercera edad?

Los ancianos tienen riesgo particularmente más alto de depresión por múltiples factores que se pueden presentar. La depresión es un trastorno que se puede presentar a cualquier edad y merece

tratamiento serio. En el caso de los ancianos hay que tener cuidado con las interacciones farmacológicas al ser pacientes polimedicados.

F. Conclusiones.

F.1 Sobre el origen.

La dicotomía sobre el origen biológico o psicológico de los trastornos depresivos y ansiosos es falsa, hay una amplitud tal de trastornos, y dentro de ellos una variabilidad sintomática tan grande, que no permiten calificarlos, en su origen, como tales.

Por otra parte los sensibilizantes y desencadenantes añaden complejidad al tema, ya resuelto por los avances neurocientíficos, que establecen una visión ecléctica de dichos trastornos, los cuales se consideran como más endógenos o reactivos, en un modelo teórico psicobiológico de la enfermedad.

F.2 Sobre la epidemiología y realidad clínica.

Son formas muy frecuentes de presentación en la clínica diaria, en ocasiones de forma clara y en otras encubierta, tanto en atención primaria como especializada.

Quizás por la enorme problemática que el hombre moderno tiene en su vida cotidiana dichos trastornos se presentan más en las sociedades desarrolladas.

En primaria un buen porcentaje de los trastornos son encubiertos y se presentan como trastornos orgánicos poco claros, o en el mejor de los casos como psicosomáticos, y preferentemente reactivos.

Las formas más graves, que se tratan en especializada, parecen estar más relacionadas con factores endógenos, pero aun en ellas, con frecuencia tienen un papel importante los llamados factores estresantes desencadenantes.

F.3 Sobre los avances en el tratamiento.

La psicología clínica con la terapia cognitivo conductual (TCC), en los cuadros leves-moderados, puede resolver muchos casos de trastornos depresivos y de ansiedad generalizada.

En ocasiones será conveniente el apoyo farmacológico con antidepresivos a dosis bajas, pudiendo ser necesario comenzar con benzodicepinas si hay ansiedad, sobre todo en el TAG, durante las primeras semanas.

En los casos que presenten síntomas de más intensidad hay que recurrir al incremento de la prescripción, o tratamientos más potentes y eficaces, que por otra parte son fáciles de usar, como la pregabalina para el trastorno por ansiedad generalizada (TAG), y los ISRS, o los antidepresivos duales, tanto para el TAG como en los cuadros depresivos. También aquí, al inicio, pueden ser útiles las benzodicepinas.

Para terminar un mensaje optimista, la inmensa mayoría de los pacientes responden bien al tratamiento siempre que sea el adecuado a cada caso, pues aquí cada persona es un mundo y la individualidad en el abordaje es primordial.