



XVIII Congreso Virtual Internacional de Psiquiatría Interpsiquis 2017

DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL SÍNDROME ANSIOSO-DEPRESIVO EN ATENCIÓN PRIMARIA

Cristina Medina Sendra, Lorena Díaz Sánchez.

cristy-medina@hotmail.com

INTRODUCCIÓN

La ansiedad y la depresión son dos de los trastornos por los que más acude la gente a los servicios sanitarios, tanto en atención primaria como en los servicios de Urgencias.

Actualmente se considera que son dos entidades diferenciadas pero que usualmente pueden manifestarse juntas o de forma solapada. Existen estudios que hacen referencia a ambas patologías y a cómo discriminar los síntomas de una y otra (Ballenger et al., 2001), ya que es muy frecuente que dichas entidades clínicas se manifiesten conjuntamente dando lugar al diagnóstico del síndrome ansioso-depresivo.

A continuación, vamos a pasar a describir ambos trastornos por separado, dado que el síndrome ansioso-depresivo es una mezcla de síntomas provenientes de ellos, pudiendo manifestarse de diversas formas.

Trastorno depresivo mayor

La depresión es según la OMS uno de los trastornos mentales más prevalente, junto a la ansiedad y el consumo de alcohol.

Se calcula que un 12% de los hombres y un 26% de las mujeres presentarán un episodio mayor a lo largo de su vida. La edad de más riesgo es la comprendida entre los 20 y los 45 años. En la vejez aumenta de nuevo la prevalencia, considerando que la depresión es el trastorno psiquiátrico más prevalente en el anciano, especialmente entre los que están en centros residenciales para la tercera edad.

El DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) requiere para el diagnóstico la presencia de un episodio depresivo mayor (al menos cinco síntomas, siendo necesarios siempre entre ellos la tristeza vital y la anhedonia, durante al menos dos semanas, que provoquen malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes en la vida del individuo). También hay que descartar efectos de alguna sustancia, enfermedades médicas, la presencia de un duelo, trastornos psicóticos y episodios maníacos (esto último cambiaría el diagnóstico a trastorno bipolar).

Las causas de la depresión se atribuyen a:

- Factores biológicos: la noradrenalina y la serotonina son los dos neurotransmisores más relacionados con los trastornos del estado de ánimo. Cualquier depresión presenta descenso en los niveles de serotonina cerebral.

DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL SÍNDROME ANSIOSO-DEPRESIVO EN ATENCIÓN PRIMARIA

- Factores genéticos: se observa una concordancia del 50% en gemelos monocigotos. Se ha establecido la relación entre los síntomas depresivos y alteraciones en el cromosoma X que se heredan, siendo en el caso de antecedente materno en primer grado hasta 10 veces superior la posibilidad de padecer un trastorno depresivo. Además, esto explica que la depresión sea el doble de frecuente en el sexo femenino.
- Factores psicosociales: la existencia de acontecimientos vitales estresantes (desempleo, divorcio, boda de un hijo...) aumenta el riesgo de padecer una depresión.

La depresión puede clasificarse en endógena (justificada sólo por factores genéticos y que cursa como episodios recurrentes desde edades tempranas, siendo más frecuentes en primavera y otoño) y reactiva (justificada por acontecimientos vitales estresantes no adecuadamente afrontados por el sujeto por razones principalmente de personalidad).

La clínica de la depresión incluye:

- Alteraciones del humos:
 - Tristeza patológica: es un sentimiento cualitativamente distinto de la tristeza normal. Un enfermo deprimido puede ser incapaz de sentir tristeza por un acontecimiento que habitualmente le hubiera entristecido, lo que le hace sentirse culpable. Por otra parte, la tristeza patológica se acompaña de una serie de manifestaciones en los ámbitos cognitivo, somático y conductual, que no suelen acompañar a la tristeza normal. El paciente muchas veces no sabe identificar la causa de su tristeza o ésta parece insignificantes (depresión endógena) para el resto de personas.
- Alteraciones de la afectividad:
 - Anestesia afectiva (falta de sentimientos)
 - Anhedonia (incapacidad para sentir placer)
 - Abulia y apatía (falta de iniciativa)
- Alteraciones cognitivas:
 - Bradipsiquia (pensamiento lento)
 - No suelen tener ideas delirantes (excepto en las depresiones psicóticas en las que hay delirios en forma de ideas secundarias o deliroides)
 - Disminución de la capacidad para tomar decisiones
 - Incapacidad para concentrarse
 - Ideas de culpa, hipocondrías e ideas de muerte
 - Desesperanza
- Alteraciones somáticas:
 - Disminución del peso
 - Estreñimiento
 - Disminución de la libido

DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL SÍNDROME ANSIOSO-DEPRESIVO EN ATENCIÓN PRIMARIA

- Quejas somáticas
- Alteraciones psicomotrices:
 - Inhibición psicomotora
 - Inquietud/agitación en niños
 - Astenia
- Alteraciones de la conducta social:
 - Aislamiento social
 - Descuido en el aspecto externo
 - Retraimiento emocional
 - Conducta autolítica
- Alteración de los biorritmos:
 - Empeoramiento matutino
 - Alteraciones del sueño. El trastorno más habitual es el insomnio matutino o despertar precoz. La fase de latencia REM se acorta, disminuyendo el número de horas de sueño. El peor momento es la madrugada, cuando el paciente se despierta y no puede volver a dormirse. Es un momento crítico por el gran riesgo suicida que comporta.

El tratamiento de elección en la depresión son los antidepresivos, con las siguientes consideraciones:

- Existen varias familias de antidepresivos: tricíclicos (el más usado es la Clormipramina), ISRS (Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina; suben los niveles de serotonina y los más conocidos son la Paroxetina, Fluoxetina, Sertralina, Citalopram, Escitalopram...) y duales (combinan inhibidores de la recaptación de serotonina con Noradrenalina; son la Venlafaxina y Duloxetina).
- Los ISRS tardan en iniciar sus efectos terapéuticos aproximadamente 20 días y su pauta debe ser gradual para evitar los efectos secundarios (predominantemente digestivos). Los duales, que son de primera elección en los trastornos depresivos, tienen mayor eficacia terapéutica y menor latencia de inicio de efecto.
- Se recomienda que su mantenimiento nunca sea inferior a nueve meses.
- No se deben suprimir de forma brusca por los efectos secundarios que tienen y debe insistirse al paciente que no olvide ninguna toma.

La mayoría de las personas aquejadas de depresión pueden y deben ser tratadas de forma ambulatoria, sin embargo, debemos tener en cuenta una serie de circunstancias que no deben plantear la posibilidad de ingreso hospitalario.

Se recomienda psicoterapia de apoyo, orientada a favorecer la recuperación social y emocional del sujeto, así como conseguir una mejor colaboración y aceptación del tratamiento farmacológico.

DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL SÍNDROME ANSIOSO-DEPRESIVO EN ATENCIÓN PRIMARIA

Trastornos de ansiedad

Los trastornos de ansiedad son una de las patologías psiquiátricas más frecuentes. La edad más frecuente de aparición es entre los 20 y los 40 años, siendo más frecuente en mujeres.

La ansiedad se puede definir como una sensación vaga de incomodidad cuyo origen es con frecuencia inespecífico o desconocido para el individuo. Se experimenta de forma subjetiva.

Debemos tener presente que un nivel de ansiedad leve aumenta la capacidad de concentración.

Los trastornos de ansiedad que se recogen en el DSM-5 actualmente son los siguientes:

- Trastornos de ansiedad por separación. Miedo o ansiedad excesiva e inapropiada para el desarrollo del individuo, concerniente a su separación de personas por las que siente apego. Presentan malestar excesivo cuando prevé una separación del hogar o porque un acontecimiento adverso cause separación de una figura de gran apego.
- Mutismo selectivo. Fracaso constante para hablar en situaciones sociales sin que exista un trastorno de la comunicación. Presentan una timidez excesiva, miedo a la humillación y tendencia al aislamiento.
- Fobias específicas. Temor acusado y persistente que es excesivo o irracional, desencadenado por la presencia o anticipación de un objeto o situación específica.
- Trastorno de ansiedad social (fobia social). Se caracteriza por un miedo extremo a encontrarse o conocer nuevas personas o de ser avergonzado, humillado o juzgado por los demás. Son personas con miedo intenso al ridículo en situaciones sociales.
- Agorafobia. Las personas que sufren de agorafobia sienten un miedo intenso de quedar atrapados en lugares y situaciones, o a no poder encontrar ayuda si tienen un ataque de ansiedad o pánico. Los pacientes experimentan ansiedad anticipatoria ante situaciones como salir de casa, ir de compras, viajar, estar sólo...
- Trastorno de pánico o angustia. Es un trastorno crónico, episódico y recurrente, que se caracteriza por un pico brusco de ansiedad, que se expresa por una sintomatología vegetativa: hiperventilación, sensación de ahogo, parestesias, aumento de la frecuencia cardíaca y de la tensión arterial, sudoración, diarreas, vómitos, pérdida de la conciencia y opresión torácica, dolor precordial, desrealización, despersonalización, temblor, agitación psicomotriz, incapacidad para comunicarse y actuar...
- Trastorno de ansiedad generalizada. Es un estado crónico de ansiedad. Las personas que sufren de trastorno de ansiedad generalizada presentan ansiedad y preocupación excesivas sobre eventos o actividades cotidianas. Asimismo, la ansiedad que se presenta con este trastorno es difícil de controlar y causa complicaciones notables en situaciones de trabajo y sociales. Los síntomas del trastorno incluyen: tensión muscular, irritabilidad, hiperactividad vegetativa, hiperalerta y aprensión, insomnio y dificultad para concentrarse.

DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL SÍNDROME ANSIOSO-DEPRESIVO EN ATENCIÓN PRIMARIA

- Trastorno obsesivo-compulsivo. Es un trastorno de ansiedad caracterizado por pensamientos o imágenes persistentes, intrusivos e inadecuados (obsesiones) y comportamientos repetitivos o rituales que la persona siente que debe hacer (compulsiones).

Las opciones de tratamiento en los trastornos de ansiedad incluyen: tratamiento farmacológico, psicoterapia o una combinación de ambas.

La utilización de benzodiazepinas se ha mostrado eficaz para el alivio a corto plazo de la ansiedad asociada a enfermedades físicas.

En las crisis de angustia debe prestarse especial atención a controlar la hiperventilación del paciente por el riesgo de que la alcalosis respiratoria precipite una crisis de tetania. Por ello, se recomienda colocar una mascarilla que tape boca y nariz, cerrada, que permita reinhalar el CO₂. El uso de benzodiazepinas de administración sublingual permite controlar la crisis de forma rápida (alprazolam, lorazepam, diazepam...).

Las benzodiazepinas ayudan al enfermo a estar más tranquilo, lo que le permite pensar de forma más clara en su situación y en cómo modificarla. Además, ayudan a enfrentarse a situaciones ansiosas y, al eliminar los síntomas más molestos, permiten la iniciación de otros tratamientos. Las benzodiazepinas son soluciones a corto plazo. En todos los trastornos de ansiedad se iniciará, desde el diagnóstico, un antidepresivo tipo ISRS que es el tratamiento más eficaz a largo plazo y que permitirá reducir o suprimir la pauta de benzodiazepinas del paciente, evitando así el riesgo de dependencia de estos fármacos.

Además del tratamiento farmacológico, la psicoterapia ha demostrado una gran eficacia en el tratamiento de los pacientes con trastornos de ansiedad. Existen varios tipos de psicoterapias de tipo cognitivo-conductual que se han mostrado muy adecuadas para estos trastornos:

- o La detención de pensamiento que se aplica en los pensamientos obsesivos, consiste en que el enfermo cierre los ojos y deje fluir el pensamiento obsesivo. Tras haberse producido la imagen o pensamiento, se le dice la palabra "stop" para interrumpirlo. Tras la repetición del procedimiento, en la siguiente etapa, debe aprender a hacerlo él mismo o también puede enseñársele a distraer la atención mediante imágenes agradables.
- o La implosión (Boulougouris y Marks, 1969) intenta mantener un estado de relajación mientras el sujeto se expone a estímulos que producen ansiedad, hasta que se extingue la respuesta. El enfermo se enfrenta a la situación durante periodos y en ocasiones repetidas.
- o La desensibilización sistemática (Wolpe, 1958) se basa en el fenómeno de la inhibición recíproca. Se inicia con una exploración de todas las situaciones que provocan un estado de angustia y que originan una respuesta de evitación.

A lo largo de las sesiones, el enfermo aprende a utilizar una técnica de relajación. Se insta a la persona a que imagine "mientras está relajado" situaciones que le causan

DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL SÍNDROME ANSIOSO-DEPRESIVO EN ATENCIÓN PRIMARIA

ansiedad. En cada sesión se aumenta la potencia ansiógena hasta que llega a ser tolerable, permitiendo una fase posterior de exposición in vivo.

- Entre los diversos tipos de relajación utilizados están la relajación muscular progresiva (Jacobson, 1929) y el entrenamiento autógeno (Schultz, 1959).
- La biorretroalimentación son técnicas para controlar las respuestas fisiológicas.
- La exposición in vivo intenta entrenar al enfermo en habilidades, al enfrentarse al estímulo ansiógeno directamente, y aprender a controlar la ansiedad.
- En la prevención de respuesta el sujeto se expone al máximo estímulo nocivo y se le enseña una maniobra alternativa que sea compatible con los rituales que habitualmente realiza.
- Las intervenciones cognitivas de Beck y Clark, intentan el desarrollo de habilidades sociales en el enfermo (hablar en público, interacción social, etc.), a través de técnicas de aserción social que ayudan al enfermo a aumentar el control cognitivo de su conducta.

El tratamiento indicado en las agorafobias es el conductual, con técnicas de exposición in vivo, incrementando la dificultad de una forma gradual.

En las fobias sociales están indicados los antidepresivos ISRS y las psicoterapias comportamentales como la exposición in vivo, al estímulo fóbico o la terapia cognitiva.

En los trastornos obsesivos están indicados, desde el punto de vista farmacológico, los antidepresivos tricíclicos, y en particular, la Clormipramina. Las técnicas cognitivo-conductuales más utilizadas en estos casos son: la detención del pensamiento, la implosión, la desensibilización sistemática, la exposición in vivo y la prevención de respuesta.

Además, deben tenerse en cuenta la psicoterapia de apoyo y las terapias grupales en todos los trastornos de ansiedad, complementarias al tratamiento, para resolver problemas personales.

OBJETIVOS

El objetivo de nuestro estudio es evaluar la calidad de la asistencia del síndrome ansioso-depresivo en Atención Primaria (AP) teniendo el protocolo consensuado con el Equipo de Salud Mental (ESM) de zona y el registro en Diraya de las historias y la adecuación de las derivaciones al ESM de zona, llegando a este objetivo a través de un ciclo de mejora.

METODOLOGÍA

Se trata de un estudio descriptivo-retrospectivo.

MATERIAL Y MÉTODOS

Hemos incluido en nuestro estudio a pacientes mayores de edad seguidos en la consulta de Atención Primaria derivados al Equipo de Salud Mental de zona desde enero de 2015 a diciembre de 2015, ambos incluidos.

DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL SÍNDROME ANSIOSO-DEPRESIVO EN ATENCIÓN PRIMARIA

De los 292 pacientes del Centro de Salud de la Victoria (Málaga) que cumplían dichos criterios, tras muestreo aleatorio simple, se evaluaron 50 pacientes para nuestro estudio. Además fueron excluidas las derivaciones realizadas por médicos que hubiesen realizado sustituciones inferiores a dos meses de un determinado cupo y los pacientes que aparecieran en "pasivo" en Diraya, incluyendo al siguiente paciente de la lista.

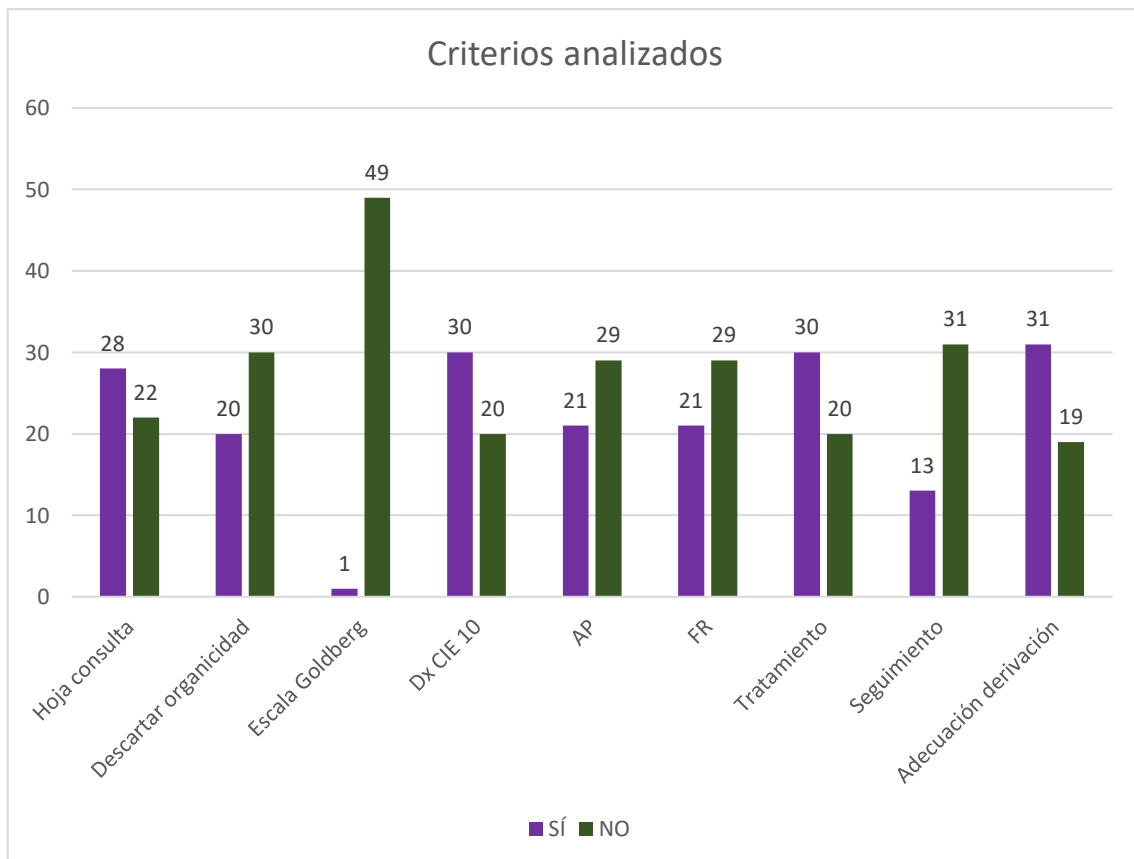
Las variables cualitativas obtenidas se analizaron con el paquete informático SPSS.

RESULTADOS

De los 9 criterios de calidad analizados, sólo 3 cumplen el estándar de calidad fijado al 60%. Dichos criterios son: el diagnóstico, el tratamiento y la correcta derivación al ESM de zona.

Lo cual significa que podemos considerar que estos criterios están bien implantados y bien desarrollados por los médicos de Atención Primaria; sin embargo, podemos ver cómo la gran mayoría de los criterios estudiados no superan el mínimo de calidad, por lo que aún hay mucho que mejorar en lo relativo a los pacientes con patologías propias de salud mental en las consultas de los centros de salud.

A continuación, exponemos el número de pacientes al que se le ha aplicado cada uno de los criterios incluidos en nuestro estudio:



DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL SÍNDROME ANSIOSO-DEPRESIVO EN ATENCIÓN PRIMARIA

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES

El manejo del paciente con ansiedad-depresión-somatización (en sus diferentes facetas de diagnóstico y tratamiento y, en caso de necesitarlo, derivación) no es todo lo adecuado que debiera ser en lo referente a la calidad asistencial.

Por ello, es necesario la implantación de protocolos en los centros de Atención Primaria y la formación de los profesionales de los centros de salud en relación con los pacientes con patologías de salud mental.

Es importante que médicos conozcan los recursos de los que disponen en su zona básica de salud para el tratamiento y seguimiento de estos pacientes, ya que una mala asistencia por parte de estos profesionales puede ocasionar que los afectados no tengan una buena adhesión al tratamiento.

Tan conveniente es el tratamiento médico como el tratamiento psicológico. En los pacientes con trastornos de ansiedad y depresión es fundamental el uso de las técnicas de relajación y de la psicoterapia mediante técnicas cognitivo-conductuales.

BIBLIOGRAFÍA

1. James C. Ballenger, M.D., Jonathan R. T. Davidson, M.D., Yves Lecrubier, M.D., David J. Nutt, M.D., Ph.D., and International Consensus Group on Depression and Anxiety (2001). *A proposed algorithm for improved recognition and treatment of the depression/anxiety spectrum in primary care*. J Clin Psychiatry; 3: 44-52
2. Boulougouris J. and Marks I. (1969). *Implosion (Flooding) - A New Treatment for Phobias*. Br Med J; 2(5659): 721-723
3. Wolpe, J. (1958). *Psychotherapy by Reciprocal Inhibition*. Stanford, Calif., Stanford University Press.
4. Jacobsen, E. (1929). *Progressive relaxation*. Oxford, England: Univ. of Chicago Press; 429 pp
5. Schulz J. y Lutke W. (1959). *Autogenic Training*. New York, Grane and Straften.