

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

Escuela Académico Profesional de Medicina Humana

**“ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PACIENTES DE CONSULTA
EXTERNA PSIQUIÁTRICA DEL HOSPITAL
HIPÓLITO UNANUE DE TACNA”**

TESIS

Presentado Por:

BACH. FABIOLA CONTRERAS CORNEJO

**Para optar el Título Profesional de:
MÉDICO CIRUJANO**

DIRECTOR DE TESIS: DR. JAVIER LANCHIPA PICOAGA

TACNA - PERÚ

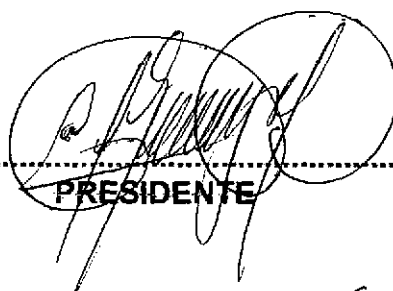
2006

**UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA**

**ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PACIENTES DE CONSULTA EXTERNA
PSIQUIÁTRICA DEL HOSPITAL DE APOYO HIPÓLITO UNÁNUE DE
TACNA**

APROBADO POR EL JURADO INTEGRADO POR :

DR. CLAUDIO RAMIREZ ATENCIO



PRESIDENTE

DR. OSCAR CÁCERES MOSCOSO.....



PRIMER MIEMBRO

DR. JAIME MIRANDA BENAVENTE



SEGUNDO MIEMBRO

DR. JAVIER LANCHIPA PICOAGA.....



DIRECTOR DE TESIS

Agradezco a Dios por la fortaleza en los momentos más difíciles , a mis padres por el amor y apoyo incondicional y a mis docentes por la orientación y conocimientos brindados.

Esta investigación está dedicada a mis padres , a mi sobrina Cassandra y a todo los que contribuyeron en su realización.

RESUMEN

El presente trabajo de investigación se llevo a cabo en el Hospital Hipólito Unánue de Tacna en la especialidad de psiquiatría , con el objetivo de conocer la prevalencia e incidencia de la ansiedad y depresión en los pacientes que acuden a consulta externa psiquiátrica , para llevarlo a cabo se revisaron las historias clínicas de aquellos que se atendieron durante los años 2004 y 2005.

Los criterios de inclusión fueron : tener diagnóstico de trastorno mixto ansioso depresivo ,independientemente si es nuevo , continuador o reingreso ; que sus edades fluctúen entre 16 a 65 años y que sus historias clínicas contengan datos completos que requiere el instrumento de evaluación. Durante el lapso establecido se registraron 3468 pacientes que fueron atendidos en consultorio de psiquiatría de los cuales 88 constituyeron el grupo a estudiar .

Obteniendo una incidencia de 1.2% para el año 2004 duplicándose a un 2.9 % en el 2005 ,la prevalencia fue de 2.25 % para el año 2004 incrementándose a 2.83 % en el siguiente año.

Esta patología se presentó frecuentemente en mujeres entre edades de 16 y 25 años en un 39.66% en comparación con el sexo masculino que se presentó entre 26 y 35 años en un 38.64%, así mismo el estado civil conviviente, nivel de estudios secundarios, procedentes del cercado de Tacna y ocupación de comerciante obtuvieron 44.32 %, 55.98%, 82.97 % y 30.68% respectivamente siendo los más representativos en sus categorías.

La razón del estado emocional de estos pacientes fueron en primer lugar problemas conyugales seguido de problemas de salud y familiares. La mayoría de ellos son nuevos en la consulta psiquiátrica y de sexo femenino. Se asocia a dicho trastorno la cefalea tensional con 17.05% y los problemas gástricos con 14.77%. En menor porcentaje están los trastornos neuróticos y de pánico.

El diagnóstico del trastorno mixto fue definitivo en la mayoría de los casos, de intensidad leve en 71.59% ,llegando a complicarse un 11.33% solo con nivel moderado , del cual el 50% presentó trastorno depresivo mayor . Además el 5.68 % de los casos se hospitalizó siendo su causa principal el intento de suicidio seguido de agresividad.

El tratamiento que recibieron los pacientes diagnosticados con trastorno mixto ansioso depresivo fue principalmente único en un 67.05% del cual el 50.85 % es de tipo psicoterapéutico siendo la psicoterapia individual de

primera elección. En segundo lugar con un 49.15% estuvo el tratamiento farmacológico donde el uso de benzodiazepinas es frecuente.

Los trastornos emocionales constituyen las alteraciones psíquicas más comunes en la población general , padeciendo de depresión y ansiedad clínicamente significativas, aunque son pocos los que acuden a consultar al especialista, sin embargo su prevalencia va en aumento y se hace necesario su reconocimiento en la atención médica .

ABSTRACT

This psychiatry research was held at Hipolito Unanue Hospital focused on finding out the prevalence and incidence from anxiety and depression which was undertaken by checking up on clinical treatment records belonging to the period from 2004 to 2005.

The criteria of inclusion were : having an anxiety – depression mixed disorder diagnosis, without considering it if new, continuous or readmitted ; with an age range between 16 to 25 years and treatment records with full information that required by the testing instrument as well. During the fixed period were 3468 patients registered who were assisted in the psychiatry office out of them 88 made up the group to study.

Obtaining and incidence of 1.2% for 2004 and reaching to 2.9% that is about two fold in 2005, the following year. This pathological disorder was present in women, which ages within 26 and 35 years in 38.64 %. Unmarried spouses, with high school education, residents in the center of Tacna and business people as well , who obtained 44.32%, 55.98%, 82.97% and 30.68%, respectively as the most representative in their groups.

The effect on the emotional condition of these patients was produced by marriage conflicts, health problems and family matters. Most of them are new for psychiatry service and female cases.

Associated with this disorder are the stress migraine at 17.05% and gastric disorders at 14.77%, in lower percentage are the neurotic diseases and the panic.

The mixed disorder diagnosis was definitive in most cases, of slight intensity at 71.59 % becoming complicated at 22.33% just only at moderate level, from which 50% of them showed mayor depression disorder .Besides 5.68% out of the cases were in hospital because of suicide as the main cause along with aggressiveness.

The treatment given to patients diagnosed with anxiety – depression mixed disorder was mainly unique at 67.05% out of which 50,85% belongs to the psychotherapy of first choice. On the second place with 49.15% was the pharmacological treatment where the use of benzodiazepine is frequent.

Emotional disorders are the most common psychical alterations in the whole population , suffering from clinically significant depression and anxiety even thongs few are those people who look for professional assistance, their prevalence is increasing which requires medical observation.

CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	1
CAPITULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	5
1.1.1 ENUNCIADO DEL PROBLEMA	5
1.1.2 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA	5
1.1.3 JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA	7
1.2 OBJETIVOS	9
1.2.1 OBJETIVO GENERAL	9
1.2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	9
1.3 DISEÑO METODOLÓGICO	10
1.3.1 TIPO Y DISEÑO METODOLÓGICO	10
1.3.2 UNIVERSO Y MUESTRA	11
1.3.2.1 UNIVERSO	11
1.3.2.1 MUESTRA	11
1.3.2.1 UNIDADES DE ESTUDIO	11
(a) POBLACIÓN ENFOCADA	11
(a) POBLACIÓN ESTUDIADA	12
(a) CRITERIOS DE INCLUSIÓN	12
(a) CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	13

1.3.3	TÉCNICA E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	13
1.3.4	PROCESAMIENTO Y PRESENTACIÓN DE DATOS	14
1.3.5	ANÁLISIS Y OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLE	14

CAPITULO II: MARCO TEÓRICO DE LA INVESTIGACIÓN

2.1	ANTECEDENTES DE LITERATURA	19
2.2	ASPECTO TEÓRICO DE LA ANSIEDAD Y DEPRESIÓN	25
2.2.1	DEFINICIÓN	25
2.2.2	ETIOLOGÍA	27
2.2.3	CLASIFICACIÓN Y CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS	38
2.2.4	SÍNDROMES ANSIOSOS-DEPRESIVOS	47
2.2.5	ACTITUD DEL MÉDICO GENERAL	63
2.2.6	TRATAMIENTO	68
2.2.7	ORIENTACIONES TERAPÉUTICAS GENERALES	76

CAPITULO III: ANÁLISIS ESTADÍSTICO

3.1	ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PACIENTES DE CONSULTA EXTERNA PSIQUIÁTRICA DEL HOSPITAL DE APOYO HIPÓLITO UNÁNUE DE TACNA 2004-2005	80
-----	---	----

CAPITULO IV: DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

DISCUSION	117
CONCLUSIONES	126
SUGERENCIAS	130
BIBLIOGRAFÍA	132
ANEXO	136

INTRODUCCIÓN

El hombre como ser biopsicosocial, se enfrenta con dificultades de adaptación al medio que conlleva a una serie de cambios en su estado de ánimo a veces no pudiendo superarlos manifestándose en el desarrollo patologías.

En el campo de la psiquiatría, la ansiedad y depresión son patologías que cada año se hacen más frecuentes en la población mundial, en muchos de los casos hay una estrecha relación entre ambas, sin embargo existe predominio a favor de la depresión es así que el 9.5% de la población estadounidense padece de enfermedades depresivas.

Los trastornos de ansiedad y depresión interfieren con el funcionamiento cotidiano del paciente, causando dolor y sufrimiento no sólo a quienes lo padecen, sino también a sus seres queridos, puede destruir tanto la vida de la persona enferma como la de su familia.

El presente estudio tiene como objetivo establecer la prevalencia e incidencia de estas patologías en los pacientes de nuestro hospital, lo cual es frecuente en la consulta externa psiquiátrica, demostrando su distribución como trastorno mixto según sexo, edad, procedencia

,ocupación ; además de las características de la misma patología como intensidad, complicaciones, asociación con otras enfermedades , de igual forma el tipo de tratamiento .

La importancia de la comorbilidad ansiedad-depresión en la clínica diaria se basa e las complicaciones que ocasiona si no es controlada a tiempo , a pesar de la variabilidad según los diferentes estudios , en muchos casos esta coexistencia implica por lo general una mayor gravedad, mayor tendencia a la cronicidad, peor respuesta al tratamiento y mayor deterioro psicosocial , lo que sería fundamental investigar en un tema tan controversial y pronosticado en aumento , sin embargo su solapado inicio hace difícil establecerlo, teniendo el umbral diagnóstico un papel tan discutido y criticado , es decir que cuando la intensidad de la psicopatología presentada es menor, la evidencia de solapamientos ansiedad-depresión todavía es más marcada constituyendo probablemente la razón por la que este proceso siga su curso y ocasiona daños mayores en la persona , por tal motivo se hace necesario conocer sus características más importantes , que nos orienten a controlar los factores asociados para disminuir su incidencia y prevalencia.

En nuestro medio no se han realizado trabajos de investigación de esta índole que estudien estos aspectos de estas patologías correlacionadas entre si . Por otro lado , se debería tener en cuenta como

diagnóstico diferencial en las diferentes patologías psiquiátricas en las cuales ambas entidades pueden constituir un síntoma o un síndrome.

Consideramos que la realización del presente trabajo de investigación contribuirá al conocimiento de la prevalencia e incidencia de estas patologías para analizar la magnitud del efecto en nuestra población y características en la forma de presentación, así como ser un aporte para el desarrollo de posteriores estudios específicos.

El trabajo de tesis consta de cuatro capítulos, teniendo en el primer capítulo el problema de investigación donde se establece el enunciado, la descripción y la justificación del mismo donde se exponen las razones por las que se realiza el presente trabajo.

En el segundo capítulo puntualizamos el marco teórico de ansiedad y depresión, incluyendo los antecedentes de estas patologías asociadas, representadas en estudios anteriores, lo que fortalece la orientación de nuestra investigación.

En el tercer capítulo se exponen los resultados de la investigación a través de cuadros y representaciones gráficas, así como el análisis e interpretaciones correspondientes, facilitando la comprensión de los datos obtenidos.

En el cuarto capítulo nos ocupamos de la discusión de los resultados anteriormente expuestos, donde se analiza con mayor profundidad el porque de los resultados en nuestra realidad, haciendo comparaciones con

estudios anteriores para consolidar las ideas que constituirán las conclusiones de nuestro trabajo.

Finalmente llegamos a establecer las conclusiones correspondientes para terminar el trabajo de investigación señalando algunas recomendaciones , asimismo se presenta la bibliografía consultada y los anexos.

La Autora

CAPÍTULO I

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1.1 ENUNCIADO DEL PROBLEMA

¿Cuál es la prevalencia e incidencia de ansiedad y depresión en los pacientes que acuden al consultorio externo de psiquiatría del hospital del apoyo Hipólito Unánue de Tacna durante 2004-2005?

1.1.2 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

La depresión y la ansiedad son consideradas entidades independientes suele ser raro encontrarlos en estado puro. Lo más habitual, en la práctica médica, es la presentación de síntomas ansiosos y depresivos mezclados en mayor o menor grado en un mismo paciente.

La depresión y la ansiedad son los trastornos psiquiátricos más prevalentes, calculándose que más del 20% de la población general sufrirá alguno de ellos en algún momento de sus vidas.

En virtud de estos datos y la frecuente asociación de éstas patologías se vuelve a considerar depresión y ansiedad en una visión dimensional del trastorno ansioso-depresivo. Estos pacientes tienen mayor riesgo de

desarrollar trastornos psiquiátricos severos. Acompañándose de una alta comorbilidad con trastornos de la personalidad.

El reconocimiento por parte de los médicos de estos pacientes sería bajo, complicado por los estilos de interacción y los rasgos desadaptativos de personalidad.

El hecho que se cuente con definiciones recientes y que todavía se discuten ha significado un retraso en el desarrollo de investigaciones sobre terapéutica. No conociéndose si estos pacientes se benefician de los tratamientos farmacológicos o psicológicos utilizados en los casos de trastornos ansiosos o depresivos ,sobre todo los de tipo leve.

Es relevantes destacar el reconocimiento de estas patologías en las consulta externa para orientar un manejo terapéutico que ayude a solucionar el estado por el que el paciente acude o en todo caso este inmerso en el curso de otra patología sea psiquiátrica o no, evitando las consecuencias de las mismas si siguieran su curso sin ninguna intervención.

Respecto a este planteamiento es necesario conocer la realidad de nuestra población , y la tendencia que tiene este trastorno de afectar a las personas.

En nuestro medio no contamos con datos que nos demuestren esta realidad, lo que motiva a investigarlas y considerarlas al momento de la atención ambulatoria .

1.1.3 JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

En la práctica clínica la comorbilidad entre trastornos depresivos y de ansiedad es la norma y no la excepción. Tres de cada cuatro casos de depresión se acompañan de ansiedad ; de igual modo, los trastornos crónicos de ansiedad suelen complicarse en algún momento de su evolución con sintomatología depresiva.

Es relevante destacar que se ha sugerido que ciertos trastornos psiquiátricos primarios, cuando son suficientemente impactantes, pueden también operar como estresantes que promueven depresión secundaria. En este caso, los trastornos de ansiedad tiene más posibilidades que otros trastornos de alcanzar una depresión secundaria relacionada con el estrés.

Las consecuencias de la ansiedad y la depresión clínica son importantes. En los pacientes depresivos con síntomas ansiosos en las escalas clínicas, la depresión es más grave, más incapacitante , la recuperación más lenta, tiene un peor desenlace y existe una peor respuesta terapéutica. Otra

consecuencia bien establecida en los estudios es el elevado riesgo de suicidio de la depresión ansiosa.

A pesar de contar con estos datos, muchos pacientes con trastornos simultáneos de ansiedad y depresión reciben tratamientos inadecuados.

Es más, se concluye que el tratamiento psicológico debiera ser el tratamiento de elección en algunos trastornos depresivos.

De todos modos, se discuten ciertas limitaciones en el tratamiento, sin embargo otros estudios señalan cifras de prevalencia variables, según las poblaciones estudiadas y los criterios diagnósticos utilizados .

Por tal motivo el presente trabajo es determinar la prevalencia e incidencia de la ansiedad y depresión como trastorno mixto en los pacientes que acuden a consultorio externo psiquiátrico , estableciendo aspectos en su presentación , importantes para conocer el efecto de estas patologías en la población así como verificar la acción terapéutica brindada.

Además la falta de trabajos de investigación sobre el tema motiva para desarrollar el presente trabajo , esperando que los resultados obtenidos aporten al conocimiento en base a datos reales de nuestra población , asimismo contribuir e incentivar a posteriores investigaciones que

disminuyan la incidencia y prevalencia de las mismas, así como sus terribles consecuencias.

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 OBJETIVO GENERAL

- Determinar la prevalencia e incidencia de ansiedad y depresión en pacientes de consulta externa psiquiátrica del hospital de apoyo Hipólito Unánue de Tacna durante el período 2004-2005.

1.2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar la incidencia en consulta externa psiquiátrica de ansiedad y depresión como trastorno mixto .
- Caracterizar la prevalencia del trastorno ansioso depresivo en la población estudiada.

- Establecer la distribución del trastorno ansioso depresivo según edad, sexo, estado civil, ocupación y procedencia del paciente .
- Establecer la frecuencia de complicaciones que presenta la ansiedad y depresión .
- Establecer la comorbilidad de la ansiedad y depresión en pacientes de consulta externa psiquiátrica.
- Verificar el tipo de tratamiento y acción preventiva para ansiedad y depresión que reciben los pacientes que acuden a consultorio externo de psiquiatría .

1.3 DISEÑO METODOLÓGICO

1.3.1 TIPO Y DISEÑO METODOLÓGICO

El presente trabajo de investigación es de tipo descriptivo, retrospectivo y transversal porque que estudia la patología que ocurren en condiciones

naturales, concierne y es diseñado para describir la distribución de las variables de un hecho que sucedió en un tiempo determinado.

1.3.2 UNIVERSO Y MUESTRA

1.3.2.1 UNIVERSO

Pacientes con ansiedad y depresión atendidos por consultorio externo de psiquiatría del Hospital de Apoyo Hipólito Unánue de Tacna en los años 2004 y 2005, que hacen un total de 88 pacientes.

1.3.2.2 MUESTRA

Pacientes atendidos con ansiedad y depresión atendidos por consultorio externo psiquiátrico del Hospital de Apoyo Hipólito Unánue de Tacna en los años 2004 y 2005, que son el 100% de la población estudiada.

1.3.2.3 UNIDADES DE ESTUDIO

(a) POBLACIÓN ENFOCADA

El marco poblacional estará conformado por todos los pacientes con ansiedad y depresión

atendidos en días hábiles por consultorio externo de psiquiatría del Hospital de Apoyo Hipólito Unánue de Tacna durante el período comprendido entre el 01 Enero del 2004 a 31 Diciembre del 2005.

(b) POBLACIÓN ESTUDIADA

Pacientes atendidos en consulta externa psiquiátrica en el Hospital de Apoyo Hipólito Unánue de Tacna en los años 2004 y 2005 que cumplan con los criterios de inclusión.

(c) CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Los pacientes que serán incluidos en el presente trabajo de investigación deberán requerir los siguientes criterios de inclusión.

- Población total de pacientes con ansiedad y depresión que acuden al consultorio externo de psiquiatría del Hospital de apoyo Hipólito Unánue de Tacna independientemente si es nuevo,

continuidad o reingreso dentro del período de estudio.

- Pacientes que tengan diagnóstico de trastorno mixto ansioso depresivo .
- Pacientes cuyas edades fluctúen entre 16 a 65 años
- Pacientes que cuenten con los datos completos que requiere el instrumento de evaluación.

(d) CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Pacientes que posean información solicitada incompleta para el estudio
- Todos los demás datos que no se establecen en los criterios de inclusión.

1.3.3 TÉCNICA E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

La información se obtuvo mediante la revisión y recolección de datos provenientes de las historias clínicas de pacientes atendidos en días hábiles por consultorio externo de Psiquiatría del Hospital de Apoyo Hipólito Unánue de Tacna durante los años 2004 y 2005.

Respecto a la recolección de la información requerida se utilizó como instrumento una ficha de recolección de datos , permitiendo el estudio ordenado de las variables que el presente trabajo de investigación requiere para su ejecución. Se realizarán las aclaraciones que fueran necesarias para el llenado completo del instrumento de recolección de datos.

1.3.4 PROCESAMIENTO Y PRESENTACIÓN DE DATOS

Con los datos obtenidos y ordenados se procedió a procesarlos por computadora a través del programa Excel versión 6.0 empleándose funciones estadísticas como promedio, contar si ,frecuencia ,entre otros que facilitaron el análisis de los resultados.

1.3.5 ANÁLISIS Y OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLE

Se registraron los datos de las historias clínicas de los pacientes que posean los criterios de inclusión para el estudio y se analizaron las variables que son de escala nominal con categoría de la manera que a continuación se presenta , especificándose en el anexo.

Definición Conceptual De La Variable Estadística :

Ansiedad y Depresión

Grupo de síntomas de ansiedad y depresión en los que ninguno predomina sobre el otro lo suficiente como para justificar el diagnóstico por separado. Se presenta con criterios clínicos de depresión como: ánimo deprimido; alteraciones del ritmo del sueño o alteraciones del apetito; astenia o apatía; alteraciones motoras como pueden ser la lentitud o la agitación; disminución de la concentración o de la atención; abandono del autocuidado o pensamientos de muerte e ideas autolíticas . Este síndrome depresivo está acompañado por un cortejo de síntomas somatomorfos muy dispares (trastornos digestivos, mareos, palpitaciones) propios de la ansiedad , que suelen producir la hiperfrecuentación a diferentes especialistas si no se encuadran en este trastorno.

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE		INDICADOR	CATEGORIA	ESCALA
	EDAD	16-25 25-35 35-45 45-55 55-65	Si/ No Si/ No Si/ No Si/ No Si/ No	Nominal

CARACTERÍSTICAS GENERALES DEL PACIENTE	SEXO	Carácter Sexual	Femenino Masculino	Nominal
	PROCEDENCIA	Lugar de donde proviene	Ciudad Distrito	Nominal
	ESTADO CIVIL	Condición ciudadana de las personas .	Soltero Casado Conviviente Viudo	Nominal
	GRADO DE INSTRUCCIÓN	Nivel de conocimientos adquiridos por la persona	Analfabeto Primaria Secundaria Superior	Ordinal
	OCUPACIÓN ACTUAL	Tarea en que se emplea el tiempo, o profesión	Comerciante, ama de casa, albañil, profesor ,etc	Nominal
	DESEMPLEO	Persona que no ocupa el tiempo en ninguna tarea o profesión.	Si/ No	Nominal
	TIPO DE PACIENTE	Clase de paciente según la frecuencia en la que acude a consultorio externo	Nuevo Continuador Reingreso	Nominal

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS	Enfermedades anteriores	Psiquiátricas No psiquiátricas	Nominal
CAUSA DEL ACTUAL ESTADO PSICOEMOCIONAL	Acontecimiento de relevancia para la aparición y evolución de la enfermedad	Consumo de sustancias , situación de estrés, problemas conyugales , parto , pérdidas familiares , etc	Nominal
REFERENCIA DE OTRO CONSULTORIO EXTERNO	Paciente que ha sido atendido en otro consultorio externo del cual es derivado	Medicina, Neurocirugía , neurología , etc	Nominal
ENFERMEDADES ACTUALES	Enfermedad diagnosticada que padezca en el momento de la consulta	Psiquiátricas No psiquiátricas	Nominal
CARACTERÍSTICA DE LA PÁTOLOGÍA	Tipo de diagnóstico según criterios de certeza para establecerlo.	Presuntivo Definitivo	Nominal
	Grado de intensidad de los síntomas	Leve Moderada	Nominal

	Complicaciones de la patología	Trastornos de la personalidad , trastornos depresivo , trastornos ansioso , intento de suicidio, etc	Nominal
	Hospitalización	- Razón por la que se hospitaliza. - Número de veces que ingresa a hospitalización.	Nominal
TIPO DE TRATAMIENTO	Forma de manejo de la enfermedad	Único Combinado	Nominal

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO DE LA INVESTIGACIÓN

2.1 ANTECEDENTES DE LITERATURA

Para muchos profesionales, tanto la ansiedad como la depresión son consideradas de gran importancia debido a que se trataría de los dos más comunes motivos de consulta en el ámbito psicológico, psiquiátrico y psicoanalítico. Según esta concepción ambas entidades, aparecen como sentimientos que se encuentran íntimamente relacionados, llegando a considerar que los trastornos de ansiedad anteceden casi siempre a un episodio depresivo.(11)

Aproximadamente el 20% 25% de los pacientes que acuden a consulta del médico general sufre algún tipo de trastorno mental, generalmente trastornos afectivos de carácter habitualmente leve. (11)

La depresión y la ansiedad son los trastornos psiquiátricos más prevalentes, calculándose que más del 20% de la población general . Según estudios realizado en los Estados Unidos a través de encuestas en una población 43.000 adultos de 18 años de edad se reveló una prevalencia 5.28% y se estableció una relación del Trastorno depresivo mayor con los correlatos sociodemográficos , de esta manera ser mujer, nativo de América; de mediana edad; viudo, separado, o divorciado; y tener un renta baja aumenta el riesgo de padecerla . Igualmente se asoció perceptiblemente a otros trastornos psiquiátricos específicos, dependencia a sustancias, pánico y

trastorno de ansiedad generalizada, y varios trastornos de la personalidad. Este amplio examen sugiere un predominio más alto de los trastornos a partir de los años 80 y 90. (12)

En Estados Unidos, los trastornos depresivos afectan aproximadamente a 18.8 millones de americanos adultos. Aproximadamente 12 millones de mujeres en Estados Unidos experimentan depresión clínica cada año. Una de cada ocho mujeres se espera que desarrolle depresión clínica durante su vida. La depresión ocurre más frecuentemente en mujeres entre 25 y 44 años. Por otra parte, más de 2 millones de americanos mayores de 65 años sufren alguna forma de depresión. (14)

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) la depresión es la principal causa de discapacidad. En la actualidad, 121 millones de personas sufren depresión y la carga que representan las enfermedades depresivas está aumentando. La OMS advierte que una de cada cinco personas llegará a desarrollar un cuadro depresivo en su vida, y este número aumentará si concurren otros factores como enfermedades médicas o situaciones de estrés. A nivel mundial, la incidencia de esta enfermedad es de 17% siendo dos veces más alta en las mujeres que en los hombres. También se observa que la depresión afecta cada vez más a los jóvenes. (14)

La dependencia del alcohol y de otras sustancias, así como los suicidios son problemas graves y cada vez más difundidos que guardan estrecha relación con la depresión; a nivel mundial, 70 millones de personas sufren trastornos relacionados con el consumo de alcohol. Cada año se suicidan más de 800.000 personas. Los jóvenes son los que corren mayor riesgo ya que muchos de los casos de suicidio corresponden a este grupo.(14)

La salud mental de los adolescentes británicos ha empeorado considerablemente en los últimos 25 años. Ellos son más propensos a presentar problemas de comportamiento y ellas de tipo emocional, según señala una investigación que se publicará en «Journal of Child Psychology and Psychiatry» . (20)

La investigación, realizada por un grupo de expertos del Instituto de Psiquiatría del King's College de Londres y de la Universidad de Manchester, analizó tres generaciones de adolescentes: la de 1974, 1986y 1999. Los datos obtenidos revelan que, en esta población, la tasa de problemas emocionales como ansiedad y depresión ha aumentado un 70% con el paso del tiempo.

El estudio apunta que los problemas de comportamiento fueron aumentando periódicamente durante los 25 años de estudio mientras que los de tipo emocional fueron estables hasta 1985, momento en el que comenzaron a incrementarse. (20)

En España, la prevalencia de la depresión es del 10% y de ansiedad un 7 % de la población y afecta a casi 4 millones de ciudadanos, siendo un problema de salud pública ya que es el trastorno mental más frecuente. Afecta a menos personas que en otros países de nuestro entorno, como el Reino Unido o Irlanda, donde alcanza tasa del 17% y el 12,8%, respectivamente.(21)

Además, la ansiedad y depresión son problemas interrelacionados, así como concomitantes más frecuentes en los enfermos que padecen otros trastornos, como demencias. En España las depresiones leves (52%) y las moderadas (36%) son las más frecuentes, aunque las depresiones graves, más discapacitantes y difíciles de tratar, afectan a un 11% de todos los pacientes con depresión. El 1% restante tendría depresión no clasificada por nivel de gravedad. (4)

El estudio ESEMED/MEDEA (European Study of Epidemiology of Mental Disorders/Mental Health Disability: a European Assessment in the year 2000) evalúa la incidencia y abordaje de los trastornos mentales en varios países de Europa, entre ellos España. Según este estudio el 14% de los europeos desarrollará una depresión mayor en algún momento de su vida y el 16% padecerá un trastorno de ansiedad. Tres de cada cuatro europeos con un trastorno mental no recibe ningún tipo de tratamiento y muchos de ellos no están ni siquiera diagnosticados. (8)

Un estudio del Epidemiologic Catchment Area (ECA) realizado por el National Institute of Mental Health (NIMH), basado en un seguimiento de más de 18.000 adultos de cinco estados de los Estados Unidos, halló que la prevalencia anual del trastorno depresivo mayor era del 2,6%, y de ansiedad del 1.7 % mientras que la prevalencia solo de depresión a lo largo de la vida fue del 4,4%. La edad media de inicio fue de 27 años, observándose muy pocas diferencias entre ambos sexos. (14)

En Chile se hicieron dos investigaciones en el año 2000 sobre el trastorno ansioso depresivo con metodología y poblaciones diferentes. Teniendo los siguientes resultados :

- Estudio OMS: prevalencia de 3,6% en dos consultorios del área oriente de Santiago.
- Estudio de síntomas psicológicos en el gran Santiago: prevalencia 13,6%
- Mayor frecuencia en mujeres: alrededor de 1,5 veces más. (14)

En investigaciones nacionales realizadas en el Hospital Honorio Delgado de Arequipa durante el año 1998 la prevalencia de la ansiedad es de 10.45 % y para la depresión 21.39 %. La mayor proporción de pacientes concurrentes al servicio de psiquiatría son continuadores en el orden de 58.21 % pero que tienen mayor carga de síntomas depresivos que de ansiedad. (5)

En cuanto al tratamiento de la ansiedad y la depresión durante mucho tiempo estuvo basado en la farmacoterapia. Las primeras investigaciones sobre el éxito de las psicoterapias realizadas con anterioridad a 1952, hasta entonces de corte psicoanalítico, su efectividad no superaba el 44 %, y resultaba menos eficaz que el "no tratamiento". Durante las primeras décadas (años 50 y 60) se desarrollaron las técnicas conductuales o de modificación de conducta. Más recientemente, este conjunto de procedimientos terapéuticos se han enriquecido con el desarrollo de las técnicas cognitivas. Hoy en día a este conjunto de tratamientos se les conoce como técnicas cognitivo-conductuales. (21)

En cuanto al tratamiento de trastornos de ansiedad "Barlow (1992), Clark y Salkovskis (1991) y Magraf, Barlow, Clark y Telch(1993) concluyeron que del 81% al 90% de los pacientes con trastornos de pánico que recibieron tratamiento cognitivo-conductual se veían libres de síntomas en el seguimiento entre uno y dos años, frente al 50%, 55% para los pacientes con ansiedad tratados farmacológicamente, y el 25% que mejoraban recibiendo terapia de apoyo. Resultados semejantes aparecen en el tratamiento de pacientes con ansiedad generalizada y fobias sociales (Hollon y Beck, 1993). Hay un alto índice de éxito del 80%, en pacientes con ansiedad, que estaban libres de síntomas después de 1-2 años, a menudo acompañado de una mejora importante en otras dimensiones." (13)

En nuestro departamento y en el Hospital de Apoyo Hipólito Unánue no se cuentan con trabajos de Investigación actuales sobre la prevalencia e incidencia de ansiedad y depresión lo que motiva el desarrollo del presente proyecto de investigación.

2.2 ASPECTO TEÓRICO DE LA ANSIEDAD Y DEPRESIÓN

2.2.1 DEFINICIÓN

DEFINICIÓN DE ANSIEDAD

La ansiedad es la activación del sistema nervioso, consecuente con estímulos externos o como resultado de un trastorno endógeno de las estructuras o de la función cerebral. La activación se traduce como síntomas periféricos derivados del sistema nervioso vegetativo (aumento del tono simpático) y del sistema endocrino (hormonas suprarrenales), así como la estimulación del sistema límbico y de la corteza cerebral que se traducirán en síntomas de ansiedad ,traduciéndose en un estado de tensión física o psicológica, que ocurre ante los inconvenientes de la vida diaria y ante temores reales o imaginarios, adquiriendo proporciones exageradas afectando la vida negativamente. (7, 2 ,5)

DEFINICIÓN DE DEPRESIÓN

Constituye una categoría psicopatológica que puede adoptar la forma de síntoma , de síndrome y de enfermedad. El síndrome se define como un complejo sintomático que presenta un trastorno del estado de ánimo, manifestado por un tono emocional prolongado que domina las actitudes del individuo caracterizado por tristeza acompañada de temor, de inhibición de los pensamientos, de inhibición o agitación psicomotora , así como de trastornos somáticos. (9)

La presentación de la ansiedad y depresión mezclados en mayor o menor grado en un mismo paciente es frecuente y se vuelve a considerar el concepto en una visión dimensional del trastorno ansioso-depresivo que la 10.^a Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades Mentales de la OMS define como un síndrome con una mezcla de síntomas depresivos y ansiosos de igual importancia asociado, al menos, con algún síntoma somático. (18)

El trastorno mixto ansioso-depresivo se presenta con una prevalencia de 1-2% (media 1,3%) y según estudios recientes esta combinación de síntomas ocurre entre el 5-15% aproximadamente de los pacientes vistos en la práctica médica general. (13)

2.2.2 ETIOLOGÍA

FACTORES PREDISPONENTES

GENÉTICA

Esto se deduce de los trastornos de pánico ya que la patología se observa con una incidencia aproximada de 30-40% de familiares de primer grado de sujetos afectados frente aun 2-4% de sujetos controles, siendo mayor riesgo si ambos progenitores padecen el trastorno. En algunos tipos de fobias la incidencia familiar es del 65%. (3)

La predisposición hereditaria responsable de la depresión endógena hace que esta enfermedad tenga una cierta presentación familiar. Entre los progenitores, los hermanos y los hijos de un depresivo endógeno suele haber entre el 15 y el 20 por ciento de individuos afectados por la misma enfermedad. Cuando el vínculo de parentesco consanguíneo con el depresivo es menor, así entre los tíos, los primos y los sobrinos, el riesgo de contraer la enfermedad depresiva experimenta un notable descenso. (6)

Por otro lado las mujeres sufren dos veces más de depresión que los hombres. Aunque las razones no son claras, existen diferencias genéticas y hormonales que pueden contribuir a la depresión (3,6,18)

ANSIEDAD DE SEPARACIÓN

Esto se presenta en algunos niños por temor a separarse de sus progenitores (más en la madre) y puede acompañarse de preocupaciones exageradas y constantes referentes a la ausencia física, con expectativas catastróficas y trastornos de conducta. (8)

OTRAS ENFERMEDADES

Como Alzheimer, cáncer, diabetes, afecciones al corazón, desórdenes hormonales, mal de Parkinson o trombosis. Así como también otros trastornos mentales como la ansiedad y desorden en las comidas. (8)

ABUSO DEL ALCOHOL O DROGAS

Cuando se tiene problemas de consumo de alcohol y otras drogas se tiene mayor probabilidad de desarrollar una depresión mayor. (8)

PERSONALIDAD

Las personas que se describen como preocupadas y nerviosas y que pierden el sueño ante cualquier contrariedad, aquellas personas con inadecuada capacidad de afrontamiento y baja asertividad, son las más predispuestas a desarrollar algunos trastornos de ansiedad y depresión. (8)

FACTORES PSICOLÓGICOS

TEORIA PSICODINÁMICA

El creador es Freud. Dijo que la angustia es más un proceso biológico (fisiológico) insatisfecho . Según esta teoría la angustia procede de la lucha del individuo entre el rigor del superyó y de los instintos prohibidos (ello) donde los estímulos instintivos inaceptables para el sujeto desencadenarían un estado de ansiedad.(1,18)

TEORIA CONDUCTISTA

El conductismo se basa en que todas las conductas son aprendidas y en algún momento de la vida se asocian a estímulos favorables o desfavorables adoptando así una connotación que va a mantenerse posteriormente. Según esta teoría la ansiedad es el resultado de un proceso condicionado de modo que los sujetos que la padecen han aprendido erróneamente a asociar estímulos en un principio neutros, con acontecimientos vividos como traumáticos y por tanto amenazantes, de manera que cada vez que se produce contacto con dichos estímulos se desencadena la angustia asociada a la amenaza. La teoría del aprendizaje social dice que se puede desarrollar ansiedad no solo a través de la experiencia o información directa de acontecimientos traumáticos, sino a través del aprendizaje observacional de las personas significativas al entorno.(18)

TEORIAS COGNITIVISTAS

Considera la ansiedad como resultado de "cogniciones" patológicas. Se puede decir que el individuo "etiqueta" mentalmente la situación y la afronta con un estilo y conducta determinados. Por ejemplo cualquiera de nosotros podemos tener una sensación física molesta en un momento determinado, si bien la mayoría de nosotros no concedemos ningún significado a esta experiencia. No obstante existen personas que interpretan ello como una señal de alarma y una amenaza para su salud física o psíquica lo cual provoca una respuesta neurofisiológica desencadenando así la ansiedad.

(18)

FACTORES NEUROBIOLÓGICOS

La coexistencia de síntomas apoyaría la idea de que ambos trastornos, que son expresiones fenotípicas diferentes, pudiesen compartir un mismo desequilibrio neuroquímico. Se ha propuesto el modelo del desequilibrio serotoninérgico, en el que en un extremo se situarían los estados puros de ansiedad que serían el resultado de una excesiva actividad serotoninérgica, mientras que en el otro se situarían los estados depresivos puros, resultado de una deficiencia de serotonina. Situado en el medio se encontrarían los estados mixtos ansioso-depresivos caracterizados por síntomas crónicos subsindrómicos de los dos trastornos. (18)

Otro neurotransmisor implicado tanto en la depresión como en la ansiedad es la noradrenalina. Se supone que los pacientes con trastornos de ansiedad tienen una disregulación del sistema noradrenérgico que sería la causante de las ocasionales explosiones de actividad en las crisis de pánico. Los cuerpos celulares de las células noradrenérgicas se encuentran situados en el locus coeruleus desde donde emiten prolongaciones al cortex cerebral, sistema límbico, tronco cerebral y médula espinal, lo que explicaría la magnitud sintomatológica de los estados de ansiedad.

Por otra parte, existe una clara correlación entre respuesta clínica antidepresiva y la regulación a la baja de los receptores β -adrenérgicos que indica una evidente intervención de este sistema neurotransmisor en la depresión. (18)

HIPÓTESIS GABAÉRGICA

El GABA es un neurotransmisor de carácter inhibitorio. Posee un receptor en la membrana neuronal asociado a los canales de cloro, de modo que al unirse el GABA junto al receptor ingresan los iones cloro produciendo así una despolarización y por tanto se inhibe la neurona. Se dice que hay una sustancia endógena que actúa como ansiógena en los enfermos, o bien la posible alteración en la configuración o funcionamiento del receptor del GABA, este último se ve apoyado por hechos que como un antagonista benzodiacepínico (flumazenil) es capaz de provocar frecuentes y graves

crisis de angustia en pacientes que sufren algún trastorno de pánico pero no en controles sanos. (18)

FACTORES PSICOSOCIALES

SALUD : Por ejemplo enfermedades físicas aguda o crónica o injurias ya sea del paciente o de alguien cercano, enfermedad mental en miembros significativos .Un desorden físico consignado como tal causa una considerable tensión en la vida del paciente.

DUELO :Por ejemplo muerte de padres, miembros de la familia u otras personas significativas.

AMOR Y MATRIMONIO :Por ejemplo separación, divorcio , discordia marital persistente.

PATERNIDAD : Por ejemplo embarazo, nacimiento de un hijo, problemas de conducta del niño.

ESTRESORES FAMILIARES: Por ejemplos riñas familiares agudas o crónicas con parientes colaterales, cambios en la interacción familiar.

RELACIONES SENTIMENTALES : Por ejemplo término de una amistad estrecha , término de actividades organizadas, ruptura seria de las relaciones sociales.

TRABAJO : Por ejemplo ascenso o descenso en el trabajo, cambios significativos en las condiciones de trabajo , dificultad con sus jefes , jubilación , falta de oportunidad o pérdida de trabajo.

ESCUELA : Por ejemplo el inicio o cambio de escuela en el programa de entrenamiento , falla en el logro de una meta académica importante , concluir o suspender la asistencia a la escuela o a un programa de enseñanza.

FINANCIERO : Por ejemplo disminución significativa de los ingresos, deudas o hipotecas, vencimiento del plazo para el pago de las mismas.

LEGAL :Por ejemplo citaciones a la corte, juicios mayores , arrestos, sentencias ,etc.

VIVIENDA /AMBIENTE : Por ejemplo cambios de residencia , deterioro significativo delas condiciones de vida, embargo o amenaza de ella.

MISCELÁNEA: Por ejemplo ser víctima de un delito o asalto, en enfrentar una nueva cultura.

Cambios o dificultades en la vida, tales como divorcio, jubilación, la muerte de un ser querido, pérdida del trabajo, cambio de país y estilo de vida, crecientes presiones en el trabajo o incremento en la pobreza.

Sentimientos de pérdida de control sobre nuestras vidas. (5)

FACTORES EPIDEMIOLÓGICO

EDAD : Se ha demostrado que la depresión se incrementa con la edad. En las últimas décadas se ha reportado que está aumentando dramáticamente en edades jóvenes , con su saldo de suicidio. (5)

SEXO : En todo los tipos de depresión las mujeres presentan más frecuencia que los varones ; la relación varía de 1.5 a 3 mujeres por cada varón. Las posibles razones de estas frecuencia , se ha especulado y estudiado tengan relación con : un factor genético transmitido en el cromosoma X o una interacción diferencial entre genotipo y ambiente. Se ha estudiado su relación con las fluctuaciones hormonales, pero los estudios se inclinan a pensar que son los factores socioculturales , que no permiten a la mayoría de mujeres desarrollar adecuadas repuestas a la vida

agitada y las dificultades. Incluso el psicoanálisis tiene una interpretación característica de su metodología.

Se ha demostrado que el matrimonio protege a los hombres de la depresión, no así a las mujeres, quizás por los roles limitados de ellas. La insatisfacción o la desilusión matrimonial crónica, originada por la falta de afecto del compañero, las responsabilidades de la mujer en la educación de los hijos. También se ha relacionado con la viudez con la aparición de depresiones reactivas. (5)

NIVEL EDUCATIVO : Hay estudios que han encontrado alguna relación entre niveles educativos bajos y depresión pero aún no se aceptan conclusiones definitivas. (5)

RAZA : Los reportes sobre diferencias raciales en la incidencia de la depresión, no ha definido haya vulnerabilidad racial. También se afirma que es más prevalente en familias judías.(5)

CULTURA Y ETNICIDAD : Se ha destacado la influencia cultural sobre la sintomatología etiología de las enfermedades afectivas. Ciertos grupos culturales tienen mayor tendencia a presentar síntomas corporales como manifestación de la depresión. Las variables que en este campo tiene

importancia son : tipo de familia, grado de represión y tolerancia , hostilidad , imagen corporal propia y religión. (5)

CLASES SOCIALES E INGRESOS : Se ha reportado que el índice de enfermedades afectivas mayores , están asociadas con las clases sociales altas .La manera de presentar los síntomas pueden tener particularidades en cada estrato social.

Hay gran tendencia en los grupos económicos de bajos ingresos hacia las enfermedades en general . Se manifiesta la existencia de una clara relación entre índices de suicidio, los ingresos a hospitales psiquiátricos y los cambios económicos. (5)

RELIGIÓN : En países en desarrollo no se ha encontrado diferencias significativas en la tendencia a la depresión en la relación con la religión. Las tasas de suicidio han sido reportadas como bajas en los católicos y judíos. (5)

OCUPACIÓN : La tendencia a la depresión es más alta en los niveles extremos de ocupación. La calidad de trabajo que se realiza está sumamente correlacionado con los niveles de depresión. (5)

Cada mujer se identifica con un rol ,si este es pobre o hay desacuerdo o pérdida de sus funciones , tiene consecuencias sobre la estima. El empleo

fuera de casa parece ofrecer protección aliviando el aburrimiento , incrementando la estimación personal y los contactos sociales. (5)

MIGRACIÓN : Las migraciones de un país a otro , de las zonas rurales a las urbanas y viceversa , generan sentimientos de desarraigo y pérdida del soporte , frustración , desadaptación , transculturación. Pero el problema es más complejo , se discute la importancia en la dificultad para asimilar la cultura del país huésped y la tendencia de ciertos individuos con depresión , a emigrar. En migraciones masivas tienen importancia las causas económicas y sociales que las motiva. (5)

TIEMPO DEL AÑO : La mayoría de estudios encuentran predominio de la depresión en la primavera .Sin embargo hay otros que lo hallan en navidad la curva de incidencia anual es máxima en los meses de verano. Esta diversidad de resultados nos muestran que no existe una tendencia uniforme en alguna época del año. En relación a los eventos que producen estrés se ha encontrado que están más claramente asociado las presiones sociales del matrimonio y la paternidad, presiones financieras y problemas de trabajo.

Otro elemento para medir el bienestar o riesgo de la personas para hacer estrés, es la llamada capacidad de adaptabilidad , que se conceptúa como

un conjunto de actitudes en las relaciones sociales , función ocupacional y uso del tiempo libre. (5)

2.2.3 CLASIFICACIÓN Y CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

Tanto la depresión como la ansiedad presentan trastornos subsindrómicos.

Entre los más frecuentes tenemos :

TIPOS DE DEPRESIÓN

DEPRESIÓN SEVERA.

Combinación de síntomas que interfieren con la capacidad para trabajar, estudiar, dormir, comer y disfrutar de actividades que antes eran placenteras.

Un episodio de depresión muy incapacitante puede ocurrir sólo una vez en la vida, pero por lo general ocurre varias veces de la vida. (19,18)

DISTIMIA.

Menos grave, incluye síntomas crónicos que no incapacitan tanto, sin embargo impiden el buen funcionamiento y el bienestar de la persona.

Muchas personas con distimia también pueden padecer de episodios depresivos severos en algún momento de su vida. (18)

TRASTORNO BIPOLAR

Otro tipo de depresión es el trastorno bipolar, llamado también enfermedad maníaco-depresiva. No es tan frecuente como los otros trastornos depresivos. Se caracteriza por cambios cíclicos en el estado de ánimo: fases de ánimo elevado o eufórico (manía) y fases de ánimo bajo (depresión). (18)

DEPRESIÓN POSPARTO

Las mujeres deben de estar alertas de cambios mentales que pueden ocurrir, durante el embarazo y después del parto. (18)

TIPOS DE ANSIEDAD

TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA

Estado mucho más intenso de lo que una persona normal con ansiedad experimenta en su vida diaria. Son preocupación y tensión crónicas aún cuando nada parece provocarlas. Sus preocupaciones van acompañadas de síntomas físicos, especialmente temblores, contracciones nerviosas, tensión muscular, dolores de cabeza, irritabilidad, transpiración o accesos de calor. (18)

TRASTORNO DE PÁNICO

Cuando llega un ataque de pánico, lo más probable es que la persona sufra palpitaciones y se sienta sudoroso, débil o mareado. Puede sentir cosquilleo

en las manos o sentir las entumecidas y posiblemente se sienta sofocado o con escalofríos. Puede experimentar dolor en el pecho o sensaciones de ahogo, de irrealidad o tener miedo de que suceda una calamidad o de perder el control. Los ataques pueden ocurrir a cualquier hora aún durante la noche al estar dormido, aunque no esté soñando. Mientras casi todos los ataques duran aproximadamente dos minutos, en ocasiones pueden durar hasta 10 minutos. En casos raros pueden durar una hora o más. (18)

FOBIAS

Las fobias suceden en distintas formas. Una fobia específica significa un miedo a algún objeto o situación determinada. (18)

TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO

Caracterizado por presentar pensamientos o rituales de ansiedad que siente y no puede controlar.

La depresión u otros trastornos de ansiedad pueden acompañar al TOC. Además, algunas personas con TOC sufren de trastornos alimenticios. También pueden evitar las situaciones en las cuales tengan que enfrentarse a sus obsesiones. O pueden tratar, sin éxito, de usar alcohol o drogas para calmarse. (5)

TRASTORNO POSTRAUMÁTICO POR TENSION

Es una condición debilitante que sigue a un evento de terror. Frecuentemente, las personas que sufren de TPT tienen persistentemente memorias y pensamientos espantosos de su experiencia y se sienten emocionalmente paralizadas, especialmente hacia personas que antes estuvieron cerca de ella . Generalmente comienzan tres meses después del trauma y se diagnostica TPT únicamente si los síntomas duran más de un mes y el curso de la enfermedad varía. (18)

Es frecuente encontrar entre los síntomas depresivos , ansiedad, preocupaciones somáticas y fobias. A su vez, los trastornos de ansiedad también presentan con frecuencia síntomas depresivos sin llegar a alcanzar el umbral de un trastorno depresivo.(6)

En otros casos, los síntomas depresivos y ansiosos son lo suficientemente numerosos para reunir criterios diagnósticos de ambos trastornos y entonces hablamos de comorbilidad de los dos trastornos. Esta coexistencia de las dos enfermedades es muy frecuente.(6)

En el campo de la atención primaria es frecuente observar un cuadro clínico caracterizado por una mezcla de síntomas depresivos y ansiosos que se presentan de forma subsindrómica. Quiere esto decir que los síntomas están

en número limitado o no son lo suficiente severos para que cumpla criterios diagnósticos de trastorno depresivo o ansioso.(13)

Estudios prospectivos han observado también que tiene un mayor riesgo de evolucionar a cuadros depresivos y ansiosos completos de ahí su importancia a reconocerlos precozmente y tratarlos adecuadamente. Finalmente, quedan unos casos de mezcla de síntomas ansiosos y depresivos que se presentan como resultado o reacción a un estrés y que habitualmente suele ser auto limitante. En estos casos hablamos de trastorno de adaptación. (13)

Estudios epidemiológicos realizados a través de encuestas a médicos de atención primaria, muestran que la ansiedad y la depresión combinadas, constituyen el quinto diagnóstico más frecuente en este nivel asistencial. Igualmente, se acepta que, aproximadamente la cuarta parte de los pacientes, que acuden al médico general, presentan cuadros de ansiedad, bien en forma de trastornos ansiosos específicos o asociados a otras enfermedades médicas y psiquiátricas. (13)

En el ámbito de población general, los datos del ECA. (Epidemiologic Catchment Area), efectuados en Estados Unidos, señalan unas prevalencias, significativamente elevadas para los distintos síndromes ansiosos: Ansiedad generalizada (2'5-6'6 %), trastorno de pánico (0.4-1.2 %),

agorafobia, (2.5 –5.8 %), y trastorno obsesivo-compulsivo (1.3-2 %), avalan por sí mismos la necesidad de cualificación profesional del médico de atención primaria en la detección y manejo de esta patología, ya que es el primer y fundamental interlocutor del paciente con trastornos emocionales.(13)

El médico dispone en la actualidad de sistemas de clasificación internacional de las enfermedades psiquiátricas (CIE-10 y DSM-IV), que le facilitan una práctica categorización nosológica, a partir de la sintomatología presente en consulta externa. Este retorno de la psiquiatría al “modelo médico”, permite la realización de juicios: diagnósticos, pronósticos y terapéuticos, de la misma forma que cualquier otra disciplina clínica. (9)

Referente a la consulta externa ,tenemos las siguientes consideraciones .

NUEVO: Paciente nuevo que acude por primera vez al hospital.

REINGRESO: Paciente antiguo que acude al hospital por primera vez en el año.

CONTINUADOR: Paciente que acude por segunda o más veces en el año

CONSULTA POR PRIMERA VEZ: Es aquella consulta en que el paciente acude por primera vez a un determinado departamento médico o que habiendo realizado otras consultas anteriormente, acude por primera vez en el año (Nuevos + Reingresos).

CONSULTA SUCESIVA: Es aquella consulta en que el paciente habiendo realizado otras consultas anteriormente acude por primera vez en el año, o que acude mas de una vez en el año (Reingresos+Continuadores). (1)

Estos indicadores nos da idea de cuan frecuente es la patología en un determinado tiempo y quienes son los más afectados , acudiendo a consulta externa repetidamente . (1)

En cuanto al diagnóstico, se sabe que la presencia de un criterio (por ejemplo, conducta inhibida) no nos conforma; por sí mismo no le damos entidad patológica, no es completo y buscamos más información.

El diagnóstico es una hipótesis de trabajo, una conjetura, una suposición.

El poder observar los otros síntomas refuerza dicha hipótesis; por ejemplo : discurso con ideación melancólica, anhedonia, disminución de la vitalidad, alteraciones vegetativas, etcétera. (9)

Pero es sólo una hipótesis de trabajo, nunca es algo definitivo, menos en Psiquiatría, donde no tenemos diagnóstico de certeza, ya que no conocemos la etiología y la patogenia de los trastornos mentales y del ánimo. Sin embargo ubicamos los cuadros clínicos dentro del esquema nosológico que se han adoptado. (10)

Tipos de diagnósticos

- Diagnóstico presuntivo.
- Diagnóstico diferencial.
- Diagnóstico por eliminación o por descarte.
- Diagnóstico de espera.
- Diagnóstico final .

Para fines de nuestro estudio nos interesa lo siguiente :

DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO

Es una síntesis a partir de los datos recogidos en la observación, una asociación de síntomas y signos.

Es el resultado de elecciones de síntomas, ya que entre la multiplicidad de síntomas y signos que puede presentar un paciente, se seleccionan aquellos que tienen significación patológica o anormal.

Constituye la primera conclusión acerca del problema. (1,10)

DIAGNÓSTICO FINAL:

Una vez hechos los diagnósticos presuntivos y diferenciales, habiendo pasado el suficiente tiempo y realizados los estudios complementarios, se hace constar el diagnóstico final. Decimos final y no definitivo, ya que en las patologías psiquiátricas no están dilucidadas las etiologías ni las patogenias.

En consecuencia, los diagnósticos son sólo acuerdos, convenciones, que pueden variar ante una recomposición de las clasificaciones o los hallazgos de las investigaciones.(10)

2.2.4 SÍNDROMES ANSIOSOS-DEPRESIVOS

Tanto la ansiedad como la depresión son cuadros clínicos frecuentes en la consulta del médico general. En la práctica diaria pueden presentarse como entidades puras, pero es mucho más habitual la aparición en un mismo paciente de síndromes clínicos en los que se asocian elementos de ambas patologías. Los síntomas ansiosos y depresivos pueden coincidir en el tiempo o asociarse en etapas sucesivas. A menudo, resulta artificial diferenciar si un síntoma concreto obedece a un estado depresivo o de ansiedad.(21)

Esta coincidencia, solapamiento o sucesión de síntomas de ansiedad y depresión en el sujeto puede ser motivo de confusiones diagnósticas. Es frecuente que, con el paso del tiempo, muchos pacientes que inicialmente fueron diagnosticados de ansiedad presenten estados depresivos o viceversa. Esto no debe interpretarse como la consecuencia de un error diagnóstico inicial, sino como la expresión de la sucesión de estados anómalos diferentes a lo largo de la vida. Cuando se observa la estabilidad diagnóstica a lo largo del tiempo, es más fácil comprobar un cambio de un diagnóstico de ansiedad a uno de depresión que lo contrario. Esto, probablemente, refleja que la propia existencia de ansiedad de forma crónica favorece el desarrollo de cuadros depresivos. (21)

La asociación de síntomas ansiosos y depresivos en un mismo momento evolutivo también es muy frecuente. En distintos estudios se constata que la gran mayoría de los pacientes depresivos tiene síntomas psíquicos y somáticos atribuibles a la ansiedad y que, a su vez, pacientes con un diagnóstico de ansiedad presentan con frecuencia síntomas depresivos. (11)

NEXOS Y DIFERENCIAS ENTRE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN

La coexistencia de síntomas ansiosos y depresivos es tan grande que algunos autores han sugerido que se trata de la misma entidad; por el contrario, otros difieren radicalmente de esta opinión y consideran que son entidades absolutamente diferenciadas y que la frecuente asociación de ambas se debe sencillamente a que es lógico que dos entidades frecuentes coincidan, por pura probabilidad estadística; por último, hay quienes sugieren que se debe hablar de un espectro de trastornos, en cuyos polos están los trastornos más nítidos de ansiedad o depresión, en tanto que la mayoría de los casos se encuentra entre ambos extremos. En definitiva, se postulan tres hipótesis: (11)

HIPÓTESIS UNITARIA

Defiende que los trastornos depresivos y de ansiedad son una misma entidad. (11)

HIPÓTESIS PLURALISTA

Considera que son trastornos independientes. (11)

HIPÓTESIS DEL ESPECTRO DE TRASTORNOS DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN

Defiende la existencia de una continuidad, pero reconociendo la posibilidad de trastornos puros o en los que predominan claramente uno de los polos (ansiedad o depresión), si bien la mayoría de las entidades clínicas se encuentra en situaciones intermedias (cuadros mixtos). (11)

Esta última hipótesis es la que mejor explica la frecuente asociación de ansiedad y depresión. No parece razonable concebir estos trastornos como una misma entidad (hipótesis unitaria), ya que existen cuadros diferenciados o en los que la presencia de uno de los trastornos domina claramente aunque se observen algunos síntomas asociados del otro trastorno. (11)

A pesar de que muchos síntomas pueden ser debidos tanto a la depresión como a la ansiedad, el clínico puede valorar algunas diferencias clave. En los estados de ansiedad predomina un estado de alerta ante un peligro imaginario, mientras que en la depresión predomina la afectación del humor; además, en los estados depresivos existe casi siempre una pérdida generalizada de interés por actividades que previamente resultaban estimulantes, mientras que los pacientes con ansiedad conservan el interés

por estas actividades. La ansiedad supone un estado de activación y el rendimiento puede incluso aumentar, siempre que el nivel de ansiedad no sea demasiado grande; por el contrario, en la depresión el rendimiento disminuye. Se podría decir que "la ansiedad dinamiza y la depresión paraliza", aunque estas distinciones pueden estar ausentes en algunos pacientes.(11)

Si observamos otros síntomas, también comprobaremos que, a pesar de las similitudes que pueden aparecer en muchos casos, existen a menudo algunas diferencias. Por ejemplo, las alteraciones del sueño son frecuentes tanto en la ansiedad como en la depresión; sin embargo, el paciente con ansiedad suele tener dificultades para conciliar el sueño, pero es más raro que se queje de despertar precoz; por el contrario, muchos pacientes depresivos no refieren dificultades importantes en la conciliación del sueño y sí un despertar precoz que a menudo se acompaña de un empeoramiento en el estado de ánimo. En aproximadamente el 15 % de las depresiones se observa hipersomnia y esta queja es poco frecuente entre los pacientes con trastornos de ansiedad. (11)

La conducta sexual puede resultar muy clarificadora en la distinción de los estados ansiosos y depresivos. En los estados depresivos es frecuente que los pacientes presenten una disminución clara del deseo sexual; por el

contrario, muchos pacientes con ansiedad muestran un aumento de la actividad sexual.(11)

Sin embargo, esta regla tiene excepciones y, sobre todo, limitaciones en su utilidad clínica, ya que no siempre es fácil que los pacientes se refieran a la sexualidad con franqueza en una primera entrevista. El médico no debe forzar que se aborde este tema, pues es más importante conseguir un buen vínculo terapéutico que obtener todo tipo de detalles acerca de la sintomatología. En ésta y otras áreas hay que respetar cuidadosamente las actitudes de los pacientes en función de sus características culturales. (11)

MODELO DE LLEGADA

Los pacientes con cuadros clínicos que engloban depresión y ansiedad pueden expresar sus quejas de forma imprecisa y es frecuente que los síntomas somáticos sean el motivo inicial de consulta. (11)

Un síntoma somático concreto puede ser debido tanto a depresión como a ansiedad, pero existen algunas diferencias en cuanto a la sintomatología somática más habitual en cuadros depresivos o de ansiedad, que pueden servir para orientarnos desde el primer momento. Algunos síntomas, como el dolor lumbar por ejemplo, son más frecuentes en las depresiones, en tanto que en los estados de ansiedad predominan síntomas como taquicardia,

parestesias o sensación de ahogo; sin embargo, estos mismos síntomas están presentes en pacientes depresivos con ansiedad asociada, por lo que su presencia puede servir como orientación para el diagnóstico pero no es definitiva para el mismo. (21)

El motivo inicial de consulta puede tener relación con síntomas físicos, aunque a veces se refieren directamente síntomas depresivos o de ansiedad. No es raro que el paciente omita síntomas importantes. Con frecuencia, los pacientes centran sus quejas en problemas como los trastornos del sueño, cambios de apetito o similares. Sólo tras ser preguntados manifiestan sentirse deprimidos o ansiosos. (11,9)

El modelo de llegada puede variar de forma importante según cuáles sean los trastornos del paciente. En caso de que existan crisis de angustia, es frecuente que los pacientes acudan alarmados a un servicio de urgencia. (11)

SÍNDROMES QUE ASOCIAN ANSIEDAD Y DEPRESIÓN

Los trastornos que se manifiestan por un conjunto mixto de síntomas de ansiedad y depresión son cuadros habituales en la consulta del médico general.

En estos pacientes suele existir un estado de ánimo bajo o tristeza, con pérdida de interés o de capacidad para disfrutar y con ansiedad o preocupación prominentes. Frecuentemente aparecen como trastornos asociados alteraciones del sueño, pérdida de energía, disfunciones sexuales, alteraciones de la atención y la memoria, palpitaciones, temblores, taquicardia, sequedad de boca, irritabilidad y, en ocasiones, ideación suicida.(11)

Clasificar los trastornos de ansiedad y depresión debe tener por objetivo ayudar a una mejor comprensión del paciente y, por tanto, un tratamiento más adaptado a sus necesidades. Sin embargo, debemos alertar ante la exageración en este sentido, pues el objetivo del clínico no debe ser encajar necesariamente a cada paciente en los distintos epígrafes de las clasificaciones internacionales. (11,9)

Desde una perspectiva global, existen dos grandes posibilidades: que ansiedad y depresión se sucedan en el tiempo (asociación longitudinal) o que se presenten en un mismo periodo (asociación transversal).(11)

ASOCIACIÓN LONGITUDINAL

Este tipo de asociación se establece en el mismo paciente por una combinación a lo largo de la vida de trastornos depresivos y de ansiedad, lo que se traduce en la práctica en el hecho de que pacientes que fueron

originalmente diagnosticados de ansiedad presentan una evolución que induce al cambio diagnóstico por el de depresión; éste es el caso más frecuente. En particular, trastornos como la fobia social o el trastorno de angustia suelen preceder en el tiempo a la aparición de estados depresivos y han sido considerados por diversos autores como factores de riesgo para el desarrollo de depresión; la posibilidad contraria (presentación inicial de un estado depresivo y posteriormente un trastorno de ansiedad) es menos frecuente. (18,11)

La ansiedad mantenida es un factor de riesgo para el desarrollo de depresión. Las situaciones estresantes que se acompañan de ansiedad, si se mantienen de forma prolongada, suelen provocar cuadros depresivos. Otro ejemplo frecuente son las reacciones ante situaciones de pérdida predecibles. Si una persona cree que puede perder su empleo, es muy probable que manifieste ansiedad; si sus temores se confirman y el despido se consuma puede presentar un cuadro depresivo. Aunque parezca una perogrullada, es muy importante tener en cuenta estas posibilidades y no considerar que cualquier síntoma actual de un paciente se debe a un trastorno diagnosticado con anterioridad. (11)

ASOCIACIÓN TRANSVERSAL

Este tipo de asociación se establece por la coexistencia de síntomas de ansiedad y depresión en el sujeto, de forma coincidente en el tiempo. En la práctica pueden observarse distintas posibilidades clínicas: (12,11)

Depresión primaria con ansiedad asociada

En este caso, el trastorno depresivo es el predominante en el cuadro clínico y la ansiedad es un síntoma más del mismo. Cuando la depresión se manifiesta con características de endogenicidad, el diagnóstico es más claro; en caso contrario, son más frecuentes los errores diagnósticos.(11,18)

El pronóstico es más favorable que el de otros trastornos ansioso-depresivos; sin embargo, la depresión mayor con ansiedad suele tener una respuesta más lenta al tratamiento con antidepresivos que las depresiones con poca ansiedad. Terapéuticamente, lo básico en estos cuadros es el empleo de antidepresivos. Además, es recomendable la utilización conjunta de ansiolíticos benzodiazepínicos durante las primeras semanas de tratamiento, hasta que aparezca claramente el efecto antidepresivo. Lo que no debe hacerse en estos casos es utilizar exclusivamente benzodiazepinas, pues con estos fármacos no se conseguirá que remita la depresión.(11)

Depresión mayor con ansiedad

En este caso, se cumplen los criterios diagnósticos de depresión mayor y además existen síntomas de ansiedad de suficiente intensidad como para concebir que se trata de una depresión ansiosa. Podemos resumir tales criterios en la aparición de un estado de ánimo depresivo, con disminución del interés por actividades habituales y de la capacidad para disfrutar de ellas, a lo que se añade un cortejo de síntomas como fluctuaciones del peso, cambios en el apetito, alteraciones del sueño, agitación o enlentecimiento psicomotriz, fatiga o pérdida de energía, disminución de la capacidad de concentración, trastornos amnésicos, dificultades en la toma de decisiones y, en ocasiones, pensamientos recurrentes de muerte o ideación suicida. Estos síntomas están presentes durante más de 15 días y provocan un malestar significativo o deterioro de la actividad social, laboral o familiar; además, no son debidos a los efectos producidos por el consumo de sustancias de abuso ni a enfermedad médica, ni tampoco son explicables por la existencia de un duelo tras la pérdida de seres queridos.(11,21)

Esta asociación se ve con frecuencia en la práctica de la Medicina General, pues los cuadros de depresión mayor suelen acompañarse de síntomas de ansiedad. Tres de cada cuatro depresiones mayores son depresiones ansiosas. La ansiedad puede presentarse como un síntoma permanente durante el episodio depresivo, pero pueden existir fluctuaciones importantes en su intensidad y, en ocasiones, se asocian crisis de pánico. (11)

Distimia

Es un trastorno crónico con presencia de humor depresivo durante la mayor parte del día y casi todos los días del año, durante, al menos, dos años consecutivos y sin antecedentes personales de manía. Los pacientes con distimia experimentan casi invariablemente síntomas de ansiedad. (11)

La distimia se corresponde en cierta medida con la llamada "depresión neurótica", el diagnóstico psiquiátrico más empleado en pasadas décadas debido a su heterogeneidad y a la ausencia de criterios clínicos psiquiátricos de consenso, que convertían este diagnóstico en un auténtico cajón de sastre. (11)

Podemos definir la distimia como la hermana menor de la depresión, pues su sintomatología, siendo básicamente la misma, alcanza una menor intensidad. Su persistencia en el tiempo, con estabilidad en la sintomatología y ausencia de episodios diferenciados, es su principal característica. (18,11)

La proporción entre los periodos de depresión y los de relativa normalidad afectiva es muy variable. El paciente puede tener días o semanas en los que refiere encontrarse bien, pero la mayor parte del tiempo se siente cansado y deprimido y hacer cualquier cosa le supone un esfuerzo casi insalvable, todo ello en medio de su insatisfacción crónica. Aunque normalmente puede

enfrentarse con las tareas de la vida cotidiana, se siente incapaz para casi todo, quejumbroso y meditabundo. (11)

Para el médico general es un síndrome habitual en la consulta, con el que tiene contacto frecuente, pero al que a veces no diagnostica. En al menos la mitad de los casos, el inicio es insidioso antes de los 25 años. El paciente típico es el que acude por no importa qué motivo y deja entrever un trasfondo de tristeza habitual, con incapacidad para disfrutar de las cosas, prolongado en el tiempo, que sólo cede parcialmente con la terapéutica empleada y que constituye un auténtico problema para su médico de cabecera, porque muchas veces se ve desbordado por su aparente falta de solución. (18,11)

La comorbilidad de este proceso con otros trastornos mentales empeora el pronóstico. A veces constituye el primer peldaño de cuadros depresivos más graves y al menos un 20 por ciento de los casos progresa hacia un trastorno depresivo mayor. (11)

Probablemente, la distimia constituye la forma de depresión más comúnmente vista por los médicos generales y, con frecuencia, son derivados al especialista tras varios intentos de tratamiento sin éxito aparente. Suelen asociar sintomatología ansiosa y una preocupación excesiva por su estado de salud. Cuando no son diagnosticados como tales, terminan siendo frecuentadores habituales de otros especialistas médicos y

sometidos innecesariamente a numerosas pruebas diagnósticas para el despistaje de trastornos orgánicos inexistentes e, incluso, sometidos a tratamientos empíricos innecesarios. (18)

Son pacientes que aceptan inicialmente el tratamiento, sobre todo cuando es un médico diferente quien lo prescribe, pero posteriormente lo abandonan de nuevo, y así sucesivamente. Otro factor que contribuye a la escasa respuesta terapéutica es el uso injustificado de dosis bajas de antidepresivos. Aunque la intensidad del cuadro sea leve, se precisan dosis eficaces de antidepresivos para que ejerzan su efecto. La distimia debe ser tratada con las mismas dosis que se emplean en la depresión mayor.(19)

Ansiedad primaria con humor depresivo

En este caso es el trastorno de ansiedad el predominante. Se cumplen criterios diagnósticos de algún trastorno de ansiedad que, además, se acompañan de humor depresivo y no llegan a tener entidad clínica suficiente como para poder efectuar el diagnóstico de episodio depresivo asociado. Es frecuente que la alteración del humor se manifieste como un estado de labilidad afectiva.(11)

El diagnóstico principal suele ser el de ansiedad generalizada, pero no exclusivamente. Así, por ejemplo, en las crisis de pánico puede aparecer secundariamente un humor depresivo.(11)

Si existen episodios de crisis de angustia, agorafobia o trastorno obsesivo-compulsivo, el tratamiento adecuado se basa en el empleo de antidepresivos, especialmente los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), cuya eficacia en estos casos está demostrada; si no, el tratamiento se basa en el empleo de ansiolíticos, si bien algunos antidepresivos (paroxetina, imipramina, venlafaxina) se han mostrado útiles en el trastorno de ansiedad generalizada. Con frecuencia, deberemos utilizar conjuntamente antidepresivos y benzodiazepinas.(11)

Cuando las crisis de pánico son secundarias a un trastorno depresivo previo (lo que sucede especialmente en los varones), el diagnóstico principal es el de trastorno depresivo. (11)

Asociación de un trastorno depresivo con otro de ansiedad

En este caso ambos trastornos están presentes y cada uno de ellos tiene la intensidad suficiente como para poder ser diagnosticado como tal por separado, sin que ninguno de ellos pueda considerarse secundario al otro; tales combinaciones no son raras (por ejemplo, fobia social y depresión recurrente). En estos casos deben efectuarse ambos diagnósticos.(11)

La presencia de ambos agrava el pronóstico que cada uno de ellos tendría por separado. En relación con el tratamiento farmacológico, en ocasiones es útil la utilización conjunta de antidepresivos y benzodiazepinas. En algunos

casos un mismo fármaco puede ser eficaz frente a los trastornos que coexistan: por ejemplo, los antidepresivos paroxetina, clomipramina e imipramina son eficaces tanto en la depresión mayor como frente al trastorno de angustia (pánico).(18)

Trastorno mixto ansioso-depresivo

Este diagnóstico, tal como fue propuesto por la CIE-10, debe usarse solamente cuando, estando presentes síntomas de ansiedad y de depresión, ninguno de ellos tiene entidad clínica como para justificar un diagnóstico por separado. Si ambos tienen la gravedad suficiente como para justificar el diagnóstico, no debe hablarse de trastorno mixto ansioso-depresivo como tal, sino de la coexistencia, en asociación, de ambos trastornos en un mismo paciente (correspondiente al anterior apartado).(11,9)

El trastorno mixto ansioso-depresivo, a pesar de la aparente levedad de su sintomatología, modifica la presentación clínica de las quejas de los pacientes, interfiere en el tratamiento médico de otros cuadros puramente orgánicos y complica su evolución clínica. A menudo, la mezcla de síntomas ansiosos y depresivos con otras quejas somáticas obliga al médico general a realizar pruebas complementarias para mayor seguridad, que muchas veces se demuestran realmente innecesarias.(11,9)

Para este diagnóstico deben estar presentes algunos síntomas vegetativos, como sequedad de boca y temblor, aunque sea de un modo intermitente, siempre que no aparezcan únicamente preocupaciones respecto a estos síntomas vegetativos. Si la sintomatología está relacionada con la presencia de cambios biográficos o acontecimientos vitales estresantes recientes, debe establecerse el diagnóstico de trastorno de adaptación. (18)

La prevalencia de estos cuadros en la consulta de Medicina General es muy importante y aún más en la población general; sin embargo, la mayoría de los afectados no suelen demandar cuidados médicos o psiquiátricos directamente por sus síntomas de ansiedad o depresión. No obstante, las quejas por otros motivos son frecuentes. Estos pacientes sufren con su manera de ser y hacen dudar al médico en sus diagnósticos orgánicos, lo que origina una mayor presión asistencial que la habitual para su tratamiento al requerir un considerable número de controles periódicos.(18,14)

Es un trastorno que tiende a la cronicidad y es frecuente que quien lo padece abuse de ansiolíticos y/o de alcohol, por lo que su empleo debe limitarse al tiempo estrictamente necesario para el control de su sintomatología .El empleo de técnicas que reduzcan la ansiedad, como la relajación, es útil en muchas ocasiones.(18)

Ansiedad y depresión como síntomas de otros trastornos

Por último, hay que considerar que los síntomas depresivos y de ansiedad pueden ser debidos a múltiples trastornos físicos y psíquicos, así como al efecto de numerosas sustancias. Ante pacientes con sintomatología de ansiedad y depresión debemos indagar la presencia de tales patologías. Son ejemplos frecuentes el hipertiroidismo, consumo excesivo de café o uso de psicoestimulantes. El tratamiento en estos casos dependerá del trastorno subyacente.(11)

2.2.5 ACTITUD DEL MÉDICO GENERAL

Frecuentemente, la actividad de la Medicina General se realiza con pacientes en los que, además de signos, síntomas o síndromes de patología orgánica, aparecen síntomas de ansiedad o depresión.(9)

El médico general asiste a personas enfermas, a las que considera desde un prisma integrador, lo que incluye, por tanto, los aspectos psíquicos y físicos del individuo. Si tan frecuente es que patología puramente psíquica parezca inducir la aparición de sintomatología física, no lo es menos al revés. (9)

Normalmente, cualquier persona, por muy sana que mentalmente se encuentre, vive con cierta ansiedad y tristeza el padecimiento físico, el

malestar y el disconfort que le origina una enfermedad orgánica de cierta entidad.(9)

Se debe establecer con el paciente la relación más adecuada a cada caso, desdramatizar en la medida de lo posible la situación y brindar el apoyo emocional necesario a los enfermos que asistimos, incluso en situaciones en las que, previsiblemente, poco o nada podemos hacer por evitar su sufrimiento. Intentar diferenciar las distintas formas en que ansiedad y depresión pueden coexistir o alternarse. (18)

Los diagnósticos previos no pueden ser tomados como sentencias definitivas. Los problemas de una persona varían a lo largo de su vida y el diagnóstico no puede convertirse en un impedimento para la comprensión de futuros trastornos.(18)

En muchos pacientes con síntomas de ansiedad y depresión se deben asociar antidepresivos y benzodiacepinas, si bien algunos antidepresivos pueden ser eficaces tanto frente a la depresión como frente a muchos trastornos de ansiedad. En tal caso, será preferible el empleo de un único agente, con lo que se reducen notablemente los efectos secundarios así como la posibilidad de dependencia asociada al empleo prolongado de benzodiacepinas. El tratamiento dependerá, lógicamente, del cuadro del paciente y por ello es imprescindible diferenciar entre las diversas formas en

que ansiedad y depresión se asocian. El tratamiento farmacológico puede ser llevado a cabo por el médico general en muchos casos.(11)

En ocasiones, el médico puede emplear igualmente otras opciones no farmacológicas, como el entrenamiento en técnicas de relajación o desensibilización, si se considera suficientemente preparado para ello.(11)

En los casos en que el médico general derive al paciente al especialista, su misión de vigilar la evolución y realizar controles periódicos es igualmente necesaria, de manera especial cuando exista tendencia al abuso de sustancias, incluidos los psicofármacos empleados en su tratamiento.(18,11)

DERIVAR AL ESPECIALISTA

Cuando el médico general haya establecido el diagnóstico de presunción, deberá decidir si necesita o no la ayuda del especialista en psiquiatría en cuanto a precisión diagnóstica, orientación terapéutica y controles posteriores.(18)

La precisión diagnóstica es necesaria, pues condiciona la terapéutica en cada caso. Es conveniente la derivación al especialista de los cuadros psicopatológicamente complejos.(11)

Lo mismo sucede cuando el paciente no responde satisfactoriamente a los tratamientos habituales o precisa del empleo de técnicas terapéuticas a las que el médico general no esté suficientemente habituado o que sean específicas del psiquiatra.(11)

ERRORES COMUNES

Los errores más frecuentes en el abordaje de los pacientes que presentan síndromes ansioso-depresivos son: (11)

- Optar por la inhibición terapéutica ante las dificultades para alcanzar un diagnóstico o bien por falta de seguridad en cómo abordar estos cuadros. Estas dificultades, cuando existan, deben inclinarnos a solicitar la ayuda del psiquiatra, pero no justifican una actitud de inhibición terapéutica en ningún caso.
- Tratar con el mismo esquema terapéutico todos los cuadros clínicos que asocian ansiedad y depresión.
- Emplear ansiolíticos benzodiazepínicos en monoterapia como sustitutos de los fármacos antidepresivos cuando exista un estado depresivo claro. A la depresión, antidepresivos.

- Limitarse al empleo de psicofármacos y prescindir de otras técnicas necesarias en muchos pacientes. La psicoterapia es siempre necesaria y, en sus formas más sencillas, es empleada por el médico general habitualmente, aunque a veces no es consciente de ello. Otras formas más complejas de psicoterapia requieren ser aplicadas por el especialista.
- Desentenderse de la presencia de sintomatología puramente psíquica en el tratamiento y seguimiento de pacientes con patología orgánica grave y poner todo el énfasis en el tratamiento del cuadro orgánico. La realidad es que su evolución estará íntimamente ligada al devenir de la patología psíquica asociada.
- Evitar el tratamiento de pacientes por considerar "lógicos" sus síntomas cuando aparecen tras sucesos vitales importantes. Que los síntomas sean "comprensibles" no significa que no necesiten, al menos, apoyo. La conveniencia del tratamiento no viene determinada por la presencia o no de factores desencadenantes del trastorno.(11)

2.2.6 TRATAMIENTO

En cuanto al tratamiento todavía se discuten y ha significado un retraso en el desarrollo de investigaciones sobre terapéutica. Los primeros reportes se referían al uso de antidepresivos tricíclicos y benzodiazepinas, o estas últimas solas. Ambos tipos de fármacos presentan inconvenientes que complican su uso.

La efectividad de las benzodiazepinas está probada, pero se debe ser cauto por la posibilidad de abuso o intoxicaciones. (18)

PSICOFARMACOLÓGICO.

BENZODIAZEPINAS

Son efectivas en el corto plazo, pero tienden a asociarse con abuso y dependencia en plazos más prolongados . Restringir su empleo a 1 mes, período insuficiente para tratar muchos de los cuadros ansioso-depresivos (por definición duran a lo menos 1 mes). Las benzodiazepinas más empleadas son clonacepan y loracepan especialmente los primeros días .(11)

Tiene la ventaja de su rapidez de acción y suelen utilizarse como medicación de combinación para disminuir la ansiedad y el insomnio pero no han demostrado capacidad antidepresiva. Al actuar precozmente sobre la ansiedad y depresión disminuiría el riesgo de suicidio. Sus desventajas

vendrían dadas por el riesgo de producir síndromes de abstinencia y fenómenos de rebote. Es importante tener en cuenta en su utilización la posibilidad de interacciones cuando se emplean en combinación con los antidepresivos, pues hay incremento de los niveles plasmáticos. (11)

INHIBIDORES SELECTIVOS DE LA RECAPTACIÓN DE SEROTONINA (ISRS)

Parecerían útiles dada su efectividad en cuadros ansiosos y depresivos umbrales. Serían de efectividad superior a la de los tricíclicos, con un perfil de efectos secundarios mejor tolerados.

Han sido probados la sertralina y la fluvoxamina con buena respuesta y tolerabilidad. En meta-análisis de estudios clínicos comparativos controlados han mostrado eficacia similar a los tricíclicos. Son eficaces en los trastornos de ansiedad y en las depresiones ansiosas. Tendrían ventaja sobre los tricíclicos en el perfil de efectos secundarios al carecer de efectos colinérgicos y sedativos, tampoco son cardiotoxicos, ni epileptógenos y no causan aumento de peso. Son seguros en caso de tentativas suicidas. (21)

En el caso de la comorbilidad muy recientemente se ha observado que la respuesta a estas sustancias sería superior a los tricíclicos cuando la ansiedad sea anterior al cuadro depresivo y a la inversa ocurriría si la depresión fuese el trastorno primario. Los efectos secundarios más comunes son náusea, insomnio, eyaculación retardada y nerviosismo, sin eventos

adversos graves. Otros antidepresivos con efecto ansiolítico, probablemente útiles: Paroxetina, Citalopram, Escitalopram, Venlafaxina, Moclobemida.(9,21,22)

ANTIDEPRESIVOS TRICÍCLICOS

Han demostrado su eficacia en el tratamiento de la depresión y de la ansiedad. Actúan inhibiendo la recaptación de noradrenalina y serotonina, siendo este último neurotransmisor crucial en la resolución de la ansiedad.(9)

La amitriptilina, por sus efectos sedativos podría tener ventajas sobre los otros tricíclicos. Las desventajas en el uso de los tricíclicos vendrían dadas por su sedación diurna y los efectos anticolinérgicos. (21)

VENLAFAXINA

Ha constituido el primer fármaco de las nuevas generaciones de antidepresivos en aprobarse su uso en el trastorno de ansiedad generalizada y su eficacia en la depresión está claramente demostrada. Un meta-análisis de seis estudios controlados con placebo en más de 1.500 pacientes depresivos demostró que el producto era eficaz en la reducción de los síntomas de ansiedad. También se ha observado que la respuesta antiansiosa es precoz, apareciendo ya durante la primera semana de tratamiento, precediendo a la respuesta antidepresiva. En ensayos clínicos con muestras de pacientes depresivos ambulatorios también ha mostrado

eficacia ansiolítica. En un estudio comparativo con fluoxetina, la venlafaxina resultó más eficaz en el efecto ansiolítico del fármaco. (18)

MANEJO PSICOSOCIAL.

TERAPIA INDIVIDUAL

Terapia Conductista

A diferencia de la mayoría de las demás formas de psicoterapia, la terapia de conducta no se basa en una teoría de la neurosis, sino que deriva de la aplicación de los métodos propios de la psicología experimental a los problemas de la persona que acude a la consulta. Los terapeutas de conducta, por lo general psicólogos, no se preocupan directamente de las fuerzas psíquicas subyacentes, sino que se centran en la conducta externa, observable, que causa malestar a sus clientes. Parten de que todas las conductas, tanto las adaptadas como inadaptadas, se aprenden según principios concretos ampliamente estudiados en Rusia por Iván Pávlov y en Estados Unidos por B. F. Skinner, entre otros. Los terapeutas de conducta creen que se pueden aplicar los mismos principios del aprendizaje para corregir las conductas anormales. (15)

Con independencia de la técnica específica que después utilicen, comienzan el tratamiento estudiando el problema del paciente y las circunstancias que lo

rodean. No valoran ni buscan significados ocultos, sino que se centran en los fenómenos observables que pueden ser medidos. Sobre la base de este análisis de conducta, formulan hipótesis sobre las circunstancias que, a su parecer, mantienen la conducta no deseada; a continuación, tratan de alterar estas circunstancias una por una, observando si así cambia la conducta del sujeto.(16)

Desensibilización Sistemática

De las numerosas técnicas empleadas por los terapeutas de conducta, una de las principales es la desensibilización sistemática, procedimiento desarrollado por el polémico psiquiatra Joseph Wolpe, quien llegó a emplear estas técnicas para eliminar lo que él consideraba 'conducta desviada', incluyendo la homosexualidad o la infidelidad conyugal. No obstante, en un principio se aplicaron para eliminar fobias y en general aquellos trastornos en los que un estímulo determinado origina una reacción de ansiedad desproporcionada. Básicamente, la técnica consiste en ayudar al paciente a relajarse, para así presentarle de forma gradual los objetos o las situaciones que le producen ansiedad.(16)

Enfoques Cognitivos

Recientemente, los terapeutas de conducta han empezado a prestar más atención a la influencia del pensamiento en la conducta, espoleados por el ejemplo del psicólogo canadiense Albert Bandura. Las terapias de conducta

cognitivas emplean este enfoque para cambiar ideas y hábitos intelectuales que al parecer son la causa del malestar del paciente. (15)

Otros enfoques cognitivos similares han sido diseñados por los terapeutas que, formados en el psicoanálisis, estaban algo decepcionados de sus teorías y sus técnicas. La más antigua de estas aproximaciones es la terapia racional-emotiva del psicólogo estadounidense Albert Ellis, que parte de considerar las creencias irracionales y el modo ilógico de pensar como causas de los trastornos emocionales. Su tratamiento consiste en que el paciente se enfrente a su irracionalidad, animándolo a trabajar vigilando ese modo irracional de pensar para sustituirlo por pensamientos y emociones más coherentes. (16)

Otra técnica relacionada con el enfoque cognitivo, que se ha mostrado eficaz en el tratamiento de la depresión, es la desarrollada por el psicólogo estadounidense Aaron T. Beck, que parte del supuesto de que los individuos depresivos tienden a formar pensamientos negativos sobre ellos mismos y sus capacidades, sobre el mundo circundante y sus experiencias en él, y sobre el futuro lo que se conoce como 'tríada cognitiva' de la depresión. Estas tendencias serían básicamente un problema del pensamiento, es decir, de utilizar modos de pensar inapropiados. Sus técnicas terapéuticas, como los planteamientos conductistas más estrictos, se dirigen a corregir el

problema directamente, más que a intentar comprender sus orígenes en el pasado del individuo. (15)

TERAPIA DE GRUPO

Por exigir un número menor de terapeutas, la psicoterapia de grupo resulta menos costosa que la individual. Además, ofrece otras ventajas, como el demostrar a los pacientes que sus problemas no son únicos. En la terapia de grupo la interacción entre sus miembros se considera la principal fuente de mejora, y el trabajo del terapeuta consiste sobre todo en controlar y facilitar estas interacciones. (15)

En la actualidad se practican numerosas formas de psicoterapia de grupo y la mayoría de las corrientes teóricas que defienden métodos de psicoterapia individual tienen sus variantes grupales. Muchos terapeutas atienden a sus pacientes simultáneamente de forma individual y grupal. (16)

Terapia De Familia

Un tipo especial de tratamiento grupal es la terapia de familia. Alfred Adler había trabajado con familias enteras durante la década de 1930, pero hasta veinte años después los psicoterapeutas no empezaron a tratar a las familias. Aquellos pioneros, y sus sucesores, trabajan desde el supuesto de

que las relaciones familiares cotidianas se ven afectadas por los problemas psíquicos de cualquiera de sus miembros. En vez de explorar los conflictos internos de los individuos, los terapeutas de familia intentan promover interacciones entre sus componentes, logrando así el bienestar de cada uno de ellos. (16)

INTERVENCIONES

Se han propuestos distintas intervenciones para el tratamiento de estos cuadros. Algunas son modificaciones de tratamientos diseñados para trastornos como las crisis de pánico y la depresión

1. Apoyo Emocional. Aumentar La Confianza Y Autoestima Del Paciente
2. Consejo Interpersonal. Derivado De La Terapia Interpersonal De Klerman y Colab. Es una terapia breve, seis sesiones de 30 minutos una vez a la semana.

Se desarrolla en tres fases:

- De diagnóstico, en que se reúne información sobre síntomas y el estrés.
- Intermedia en que se estimula al paciente a enfrentar el foco problemático.
- De término, en la que se resumen los aspectos resueltos y se analizan las posibles maneras de enfrentar dificultades futuras.

3. Técnicas de relajación.

Técnicas de respiración, relajación muscular progresiva, imaginería guiada.

4. Apoyo ambiental.

5. Psicoterapia

Terapia cognitivo-conductual. Se ha propuesto modificaciones para el tratamiento de estos pacientes, centrándose en la motivación.

La combinación de estas técnicas, con el uso de medicamentos parece tener aun mejor rendimiento, dado que muchos pacientes se resisten a tratamientos exclusivamente psicológicos. (7, 18)

2.2.7 ORIENTACIONES TERAPÉUTICAS GENERALES

Cuando exista un trastorno depresivo primario, ya sea un episodio depresivo mayor con ansiedad asociada o un trastorno distímico, el tratamiento debe centrarse en el empleo de fármacos antidepresivos. (12)

A veces no se emplearán en monoterapia, sino asociados a benzodicepinas, sobre todo durante las primeras semanas, a la espera de la aparición de los efectos del antidepresivo utilizado, lo que habitualmente ocurrirá a partir de la segunda o tercera semana de tratamiento. Con este proceder se alivia la ansiedad asociada desde los primeros días de tratamiento y favorecemos, además, el cumplimiento por parte del paciente del tratamiento prescrito. (18)

Posteriormente, hacia la cuarta semana, dependiendo de la evolución, disminuirémos progresivamente la dosis de benzodiazepinas hasta su retirada completa y observaremos la influencia de tal retirada en el estado del paciente. Sin embargo, el tratamiento antidepresivo se mantendrá al menos seis meses a partir de la remisión de la sintomatología, pues de este modo la posibilidad de aparición de recaídas disminuye considerablemente. (11)

No todos los antidepresivos ejercen el mismo efecto sobre la ansiedad asociada a la depresión. Algunos con carácter activador, como fluoxetina, reboxetina o viloxacina, exacerban con frecuencia los síntomas de ansiedad y deben ser evitados en estos pacientes; por el contrario, existen antidepresivos con buena capacidad ansiolítica, como paroxetina, fluvoxamina, mirtazapina, mianserina o amitriptilina, que serán los preferentemente utilizados en la depresión mayor ansiosa y la distimia. En los pacientes distímicos deben emplearse dosis similares a las utilizadas en la depresión mayor. (12)

Cuando exista un estado primario de ansiedad, el tratamiento debe basarse en el empleo de ansiolíticos, aunque no necesariamente sean benzodiazepinas, pues muchos antidepresivos ejercen una acción ansiolítica propia; los antidepresivos pueden no ser necesarios, Por ejemplo, ante reacciones de ansiedad frente a sucesos externos, en los que los síntomas depresivos sean leves o inconsistentes, puede bastar a menudo con el

empleo de benzodiazepinas durante periodos breves. En el trastorno de ansiedad generalizada son eficaces tanto las benzodiazepinas como algunos antidepresivos (especialmente paroxetina, imipramina y venlafaxina). Puesto que este trastorno tiende a la cronicidad, en caso de emplear benzodiazepinas debemos elegir las de baja potencia y eliminación prolongada, como norma general, ya que el riesgo de dependencia es menor que con el uso de las de eliminación rápida y alta potencia. (11)

En algunos trastornos de ansiedad varios antidepresivos se han mostrado superiores a las benzodiazepinas. Es el caso de las crisis de angustia (trastorno de pánico), la agorafobia y el trastorno obsesivo-compulsivo. Frecuentemente, en muchos de estos pacientes se asocian antidepresivos y benzodiazepinas, como medio para lograr un inicio rápido de la acción ansiolítica. En el trastorno de angustia (pánico) y la agorafobia se ha demostrado la eficacia de varios antidepresivos, como paroxetina, fluvoxamina, sertralina, citalopram, imipramina y clomipramina. Es probable que otros antidepresivos también sean eficaces. El trastorno obsesivo-compulsivo responde a fármacos serotoninérgicos como la clomipramina y los ISRS. En la fobia social los fármacos que han demostrado mayor utilidad son el antidepresivo paroxetina y la benzodiazepina clonacepam. (12)

En el trastorno mixto ansioso-depresivo (tal como es definido por la CIE-10) la utilización de antidepresivos está en estudio. Los resultados no son aún

concluyentes, pero la tendencia general actual es la de su utilización conjunta con benzodiacepinas. Los ISRS son recomendados frecuentemente en este trastorno, por su sencillez posológica y su perfil aceptable de efectos secundarios, factores importantes para su utilización por el médico general. (11)

En el caso de los cuadros clínicos en que existe un episodio depresivo asociado a un trastorno de ansiedad, el tratamiento farmacológico abarcará a ambos. Siempre que sea posible, es preferible el empleo de fármacos que sean eficaces frente a ambos trastornos (por ejemplo, ante un paciente con fobia social y depresión es preferible el empleo de paroxetina al de antidepresivos que no se hayan mostrado útiles sobre la fobia social). (11)

Cuando depresión y ansiedad son síntomas acompañantes de otro trastorno (por ejemplo, hipertiroidismo), el tratamiento se centrará en este último. Aun así, puede ser útil emplear ansiolíticos y/o antidepresivos como complemento del tratamiento de base cuando las circunstancias así lo aconsejen. (11)

CAPÍTULO III

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

3.1 ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PACIENTES DE CONSULTA EXTERNA PSIQUIÁTRICA DEL HOSPITAL DE APOYO HIPÓLITO UNÁNUE DE TACNA 2004-2005

INCIDENCIA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN COMO TRASTORNO MIXTO

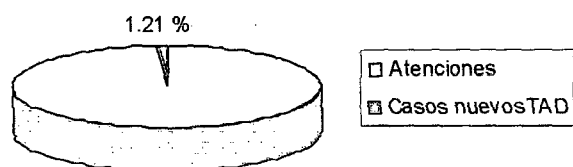
Cuadro N° 01

Incidencia del trastorno ansioso depresivo 2004-2005

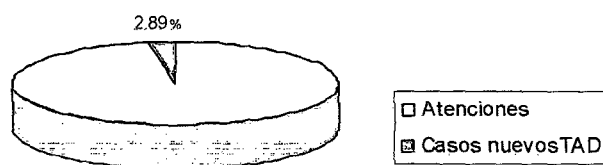
Incidencia de TAD				
Año 2004				
	Femenino	Masculino	TOTAL	%
Atenciones	917	817	1734	100
Casos nuevos TAD	13	8	21	1.21
Año 2005				
	Femenino	Masculino	TOTAL	%
Atenciones	869	863	1732	100
Casos nuevos TAD	33	17	50	2.89

Gráficos del Cuadro N°01**Incidencia del trastorno ansioso depresivo 2004-2005**

2004



2005



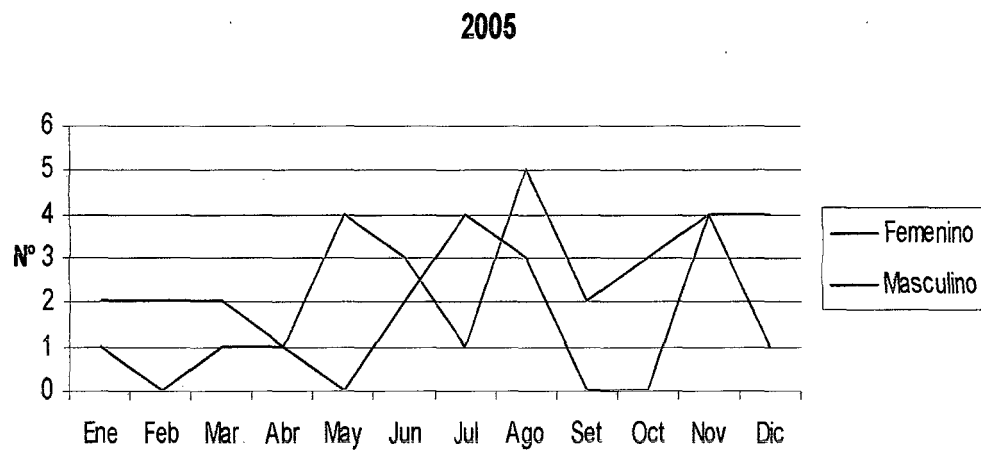
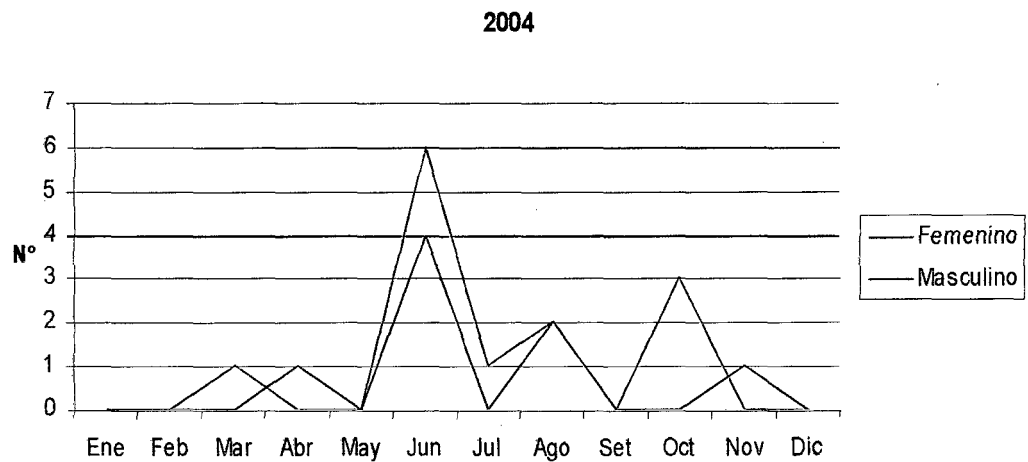
Cuadro N° 02

Incidencia del trastorno ansioso depresivo distribuido en meses del año

Incidencia del Trastorno ansioso depresivo				
Año 2004				
	Femenino	Masculino	TOTAL	%
Enero	0	0	0	0
Febrero	0	0	0	0
Marzo	1	0	1	4.76
Abril	0	1	1	4.76
Mayo	0	0	0	0
Junio	6	4	10	47.62
Julio	1	0	1	4.76
Agosto	2	2	4	19.05
Setiembre	0	0	0	0
Octubre	3	0	3	14.29
Noviembre	0	1	1	4.76
Diciembre	0	0	0	0
TOTAL	13	8	21	100
Año 2005				
	Femenino	Masculino	TOTAL	%
Enero	2	1	3	6
Febrero	2	0	2	4
Marzo	2	1	3	6
Abril	1	1	2	4
Mayo	4	0	4	8
Junio	3	2	5	10
Julio	1	4	5	10
Agosto	5	3	8	16
Septiembre	2	0	2	4
Octubre	3	0	3	6
Noviembre	4	4	8	16
Diciembre	4	1	5	10
TOTAL	33	17	50	100

Gráfico del Cuadro N° 02

Incidencia del trastorno ansioso depresivo distribuido en meses del año



Fuente : Base informática de datos de consultorios externos del área de estadística del Hospital Hipólito Unánue de Tacna

Análisis de los cuadros n° 01, 02 : Durante el año 2004 los casos nuevos de pacientes con trastorno ansioso depresivo con respecto a las atenciones en consulta externa psiquiátrica representó el 1.21% a predominio del mes de Junio , incrementándose en el 2005 a 2.89 %, siendo Agosto y Noviembre los meses donde se tuvo un mayor porcentaje. .

Interpretación de los cuadros n 01.02 : La incidencia del trastorno ansioso depresivo tiene un incremento anual de aproximadamente el doble , presentando aumento notable en épocas festivas.

Prevalencia del trastorno ansioso depresivo

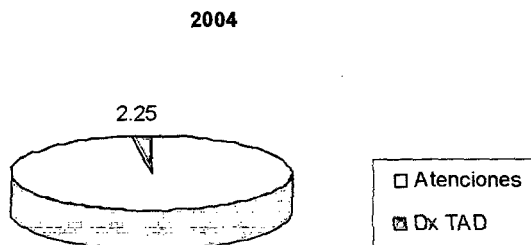
Cuadro N° 03

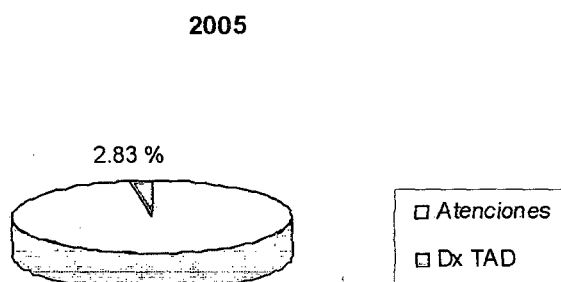
Prevalencia de pacientes con trastorno ansioso depresivo según sexo

Prevalencia del T.A.D					
2004					
	Femenino		Masculino		TOTAL
	n°	%	n°	%	
Atenciones	917	52.82	819	47.18	1734
Dx TAD	25	1.44	14	0.81	39
2005					
	Femenino		Masculino		TOTAL
	n°	%	n°	%	
Atenciones	869	50.17	863	49.83	1732
Dx TAD	9	0.52	40	2.31	49

Gráficos del Cuadro N° 03

Prevalencia de pacientes con trastorno ansioso depresivo según sexo





Fuente : Base informática de datos de consultorios externos del área de estadística del Hospital Hipólito Unánue de Tacna.

Análisis del cuadro n° 03 : Estos datos demuestran que en la consulta externa psiquiátrica hay un aumento de todos los casos de pacientes diagnosticados con trastorno mixto ansioso depresivo que va de 2.25% en el 2004 a un 2.83% para el siguiente año , presentándose en mujeres con mayor frecuencia.

Interpretación del cuadro n° 03 : El incremento de la prevalencia de la ansiedad y depresión durante los años de estudios es poco significativo , atribuido a que hay dificultad en su reconocimiento como trastorno mixto o los pacientes no acuden al consultorio especializado.

Características Generales de los pacientes diagnosticados de trastorno ansioso depresivo en consulta externa psiquiátrica

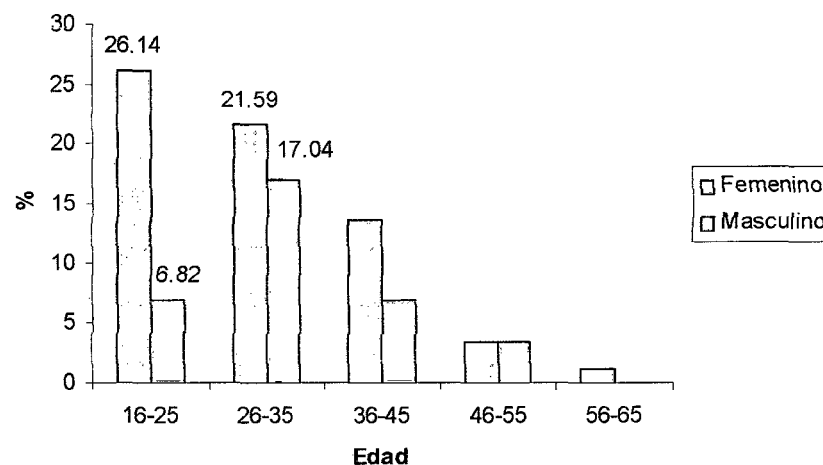
Cuadro N ° 04

Distribución de pacientes según edad y sexo

Distribución según edad y sexo						
Edad (años)	Femenino		Masculino		TOTAL	
	n°	%	n°	%	N°	%
16-25	23	39.66	6	20	29	32.95
26-35	19	32.76	15	50	34	38.64
36-45	12	20.69	6	20	18	20.45
46-55	3	5.17	3	10	6	6.82
56-65	1	1.72	0	0	1	1.14
Total	58	65.9	30	34.1	88	100

Gráfico del Cuadro N° 04

Distribución de pacientes según edad y sexo



Fuente : Instrumento de recolección de datos

Análisis del cuadro n° 04 : La tabla nos representa que el 65.9% de pacientes que son diagnosticados de T.A.D. son de sexo femenino frente a un 34.1 %del sexo masculino , además el rango de edades de presentación es de 16 a 25 años en un 39.66 % para las mujeres y el 50 % de los hombres presentan edades entre 26 a 35 años.

Interpretación del cuadro n° 04 : El trastorno ansioso depresivo tiende a presentarse con mayor frecuencia en grupo de personas adultas con edades entre 26 a 35 años, a predominio femenino observando incluso que en ellas el rango de edad es menor, debido a diversos factores psicosociales a los que se enfrenta precozmente.

Cuadro N° 05

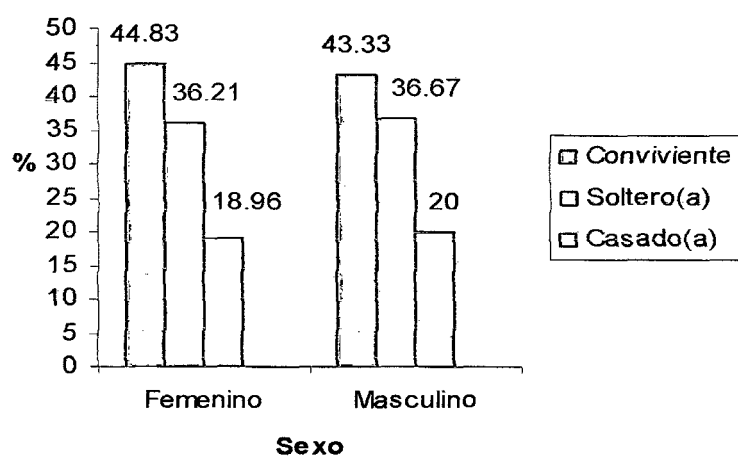
Distribución de pacientes según estado civil, grado de instrucción, procedencia y ocupación.

Características generales						
Estado Civil	Femenino		Masculino		TOTAL	%
	n°	%	n°	%		
Conviviente	26	44.83	13	43.33	39	44.32
Soltero(a)	21	36.21	11	36.67	32	36.36
Casado(a)	11	18.96	6	20	17	19.32
Otro	0	0	0	0	0	0
TOTAL	58	100	30	100	88	100
Grado de Instrucción	Sexo Femenino		Sexo Masculino		TOTAL	%
	n°	%	n°	%		
Secundaria	31	53.45	18	60	49	55.68
Superior	23	39.65	9	30	32	36.36
Primaria	4	6.9	3	10	7	7.96
Otro	0	0	0	0	0	0
TOTAL	58	100	30	100	88	100
Procedencia	Sexo Femenino		Sexo Masculino		TOTAL	%
	n°	%	n°	%		
Cercado	48	82.76	25	83.34	73	82.97
Gregorio Albarracín	3	5.18	1	3.33	4	4.54
Ciudad Nueva	2	3.45	0	0	2	2.27
Yarada	0	0	2	6.67	2	2.27
Ilo	2	3.45	0	0	2	2.27
Alto de la Alianza	1	1.72	1	3.33	2	2.27
Ite	1	1.72	1	3.33	2	2.27
Boca del Río	1	1.72	0	0	1	1.14
TOTAL	58	100	30	100	88	100
Ocupación	Sexo Femenino		Sexo Masculino		TOTAL	%
	n°	%	n°	%		
Comerciante	14	26.42	13	50	27	30.68
Arma de casa	21	39.62	0	0	21	23.86
Estudiante	11	20.75	5	19.23	16	18.18
Profesor	2	3.77	3	11.54	5	5.69
Otros	5	9.44	5	19.23	10	11.36
TOTAL	53	100	26	100	79	89.77
Desempleo	Sexo Femenino		Sexo Masculino		TOTAL	%
	n°	%	n°	%		
	5	55.56	4	44.44	9	10.23

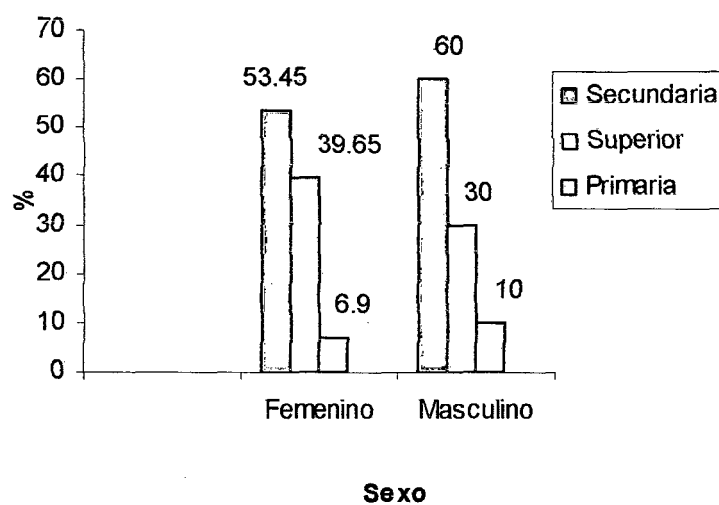
Gráficos del Cuadro N°05

Distribución de pacientes según estado civil, grado de instrucción, procedencia y ocupación.

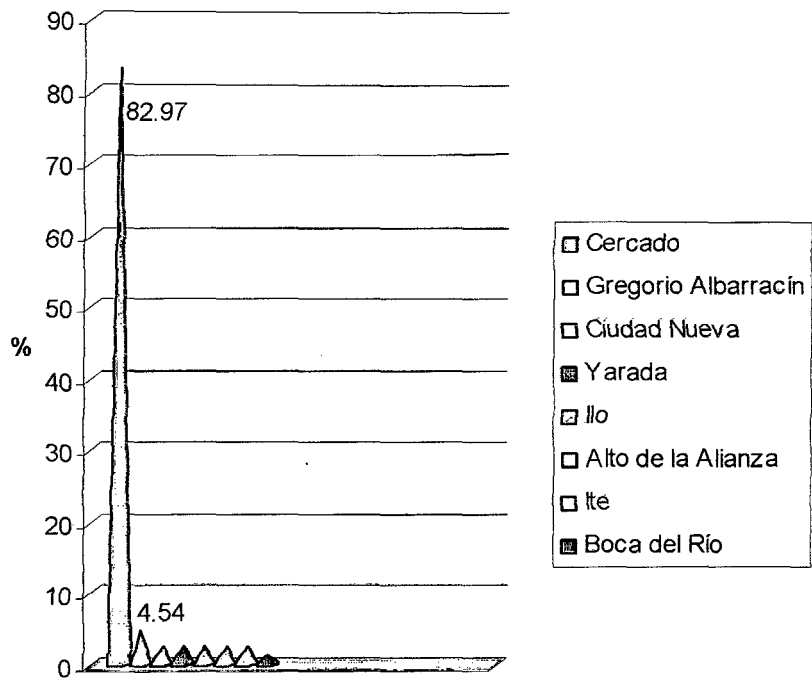
Distribución según estado civil y sexo



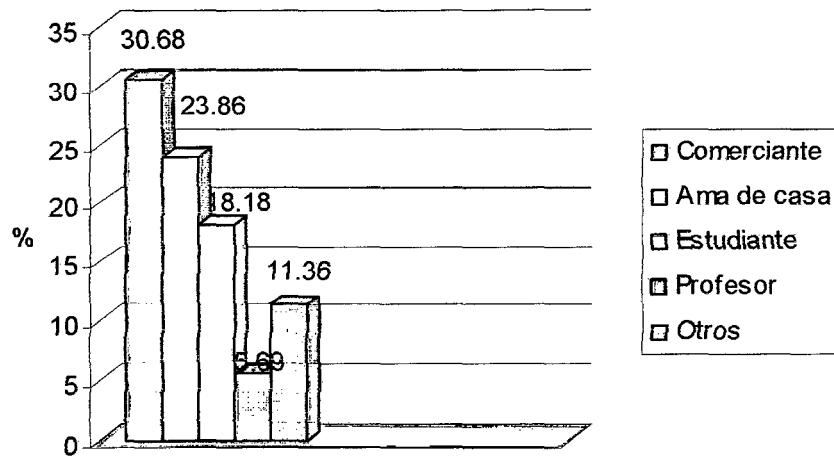
Distribución según grado de instrucción y sexo



Distribución según procedencia



Distribución según ocupación



Fuente : Instrumento de recolección de datos

Análisis del cuadro n° 05 : Según estos resultados la ansiedad y la depresión se presentó en 44.32% de personas convivientes, en segundo lugar están los solteros con un 36.36%. El 55.68% tienen grado de instrucción secundaria, seguidos de los que tienen estudios superiores con 36.36 %, el 82.97% pertenecen al cercado de Tacna y su ocupación es el comercio ocupando el 30.68% y solo un 10.23% están desempleados .

Interpretación del cuadro n° 05 : La presentación de la ansiedad y depresión se presenta frecuentemente en personas convivientes , dedicadas al comercio , con estudios secundarios , donde la estabilidad emocional , económica es muy variable; repercutiendo en las relaciones personales y familiares . Además el hecho de pertenecer al cercado facilita el acceso al hospital.

**Antecedentes patológicos y enfermedades asociadas en pacientes
con diagnóstico de ansiedad y depresión en consulta externa
psiquiátrica**

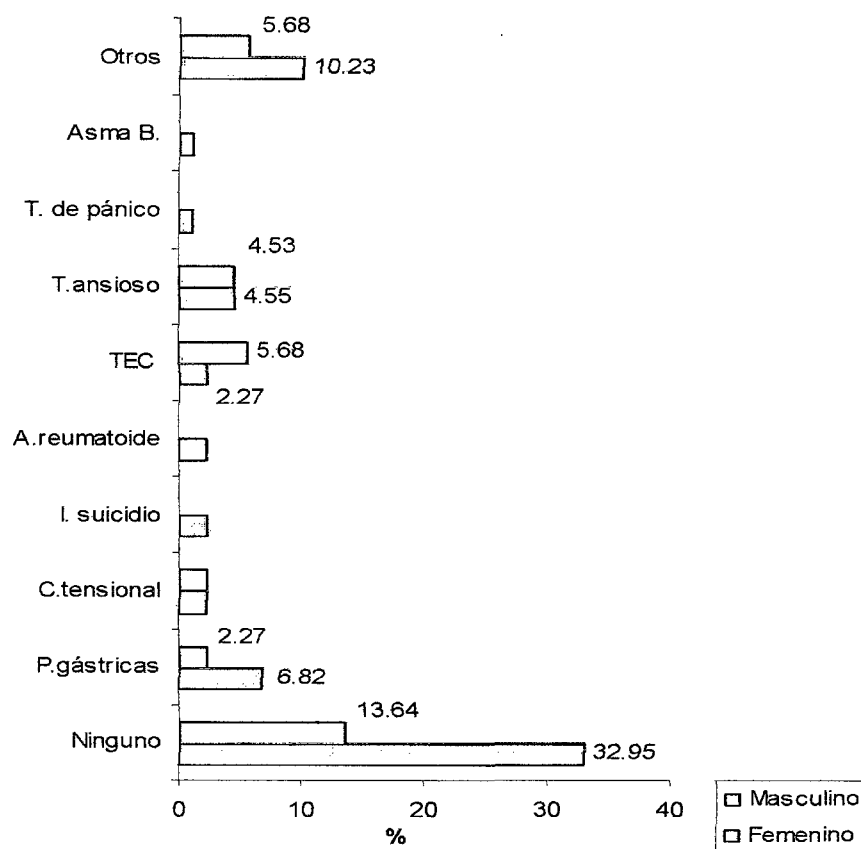
Cuadro N° 06

Antecedentes patológicos en pacientes según sexo

Antecedentes Patológicos en pacientes con TAD 2004-2005						
A.patológicos	Femenino	%	Masculino	%	TOTAL	%
Ninguno	29	32.95	12	13.64	41	46.59
P.gástricas	6	6.82	2	2.27	8	9.09
C.tensional	2	2.27	2	2.27	4	4.54
I. suicidio	2	2.27	0	0	2	2.27
Arreumatoide	2	2.27	0	0	2	2.27
TEC	2	2.27	5	5.68	7	7.95
T.ansioso	4	4.55	4	4.53	8	9.09
T. de pánico	1	1.14	0	0	1	1.15
Asma B.	1	1.14	0	0	1	1.15
Otros	9	10.23	5	5.68	14	15.91
TOTAL	58	65.91	30	34.07	88	100

Gráfico del cuadro N°06

Antecedentes patológicos en pacientes según sexo



Fuente : Instrumento de recolección de datos.

Análisis del cuadro n° 06 : El 46.59 % de pacientes no presentaron antecedentes patológicos ,sin embargo el 9.09% presentaron patologías gástricas tipo gastritis y/o úlcera gastroduodenales del cual el 6.82% son

mujeres, cifra similar se encontró en el trastorno ansioso, nuevamente a predominio femenino.

Interpretación del cuadro n° 06 : Los antecedentes patológicos como gastritis y/o úlceras así como trastorno ansioso se encontraron en mayor frecuencia en los pacientes que presentaron posteriormente un trastorno mixto, lo que quiere decir que dichas personas mantienen un nivel de vida poco saludable y muy relacionado al estrés .

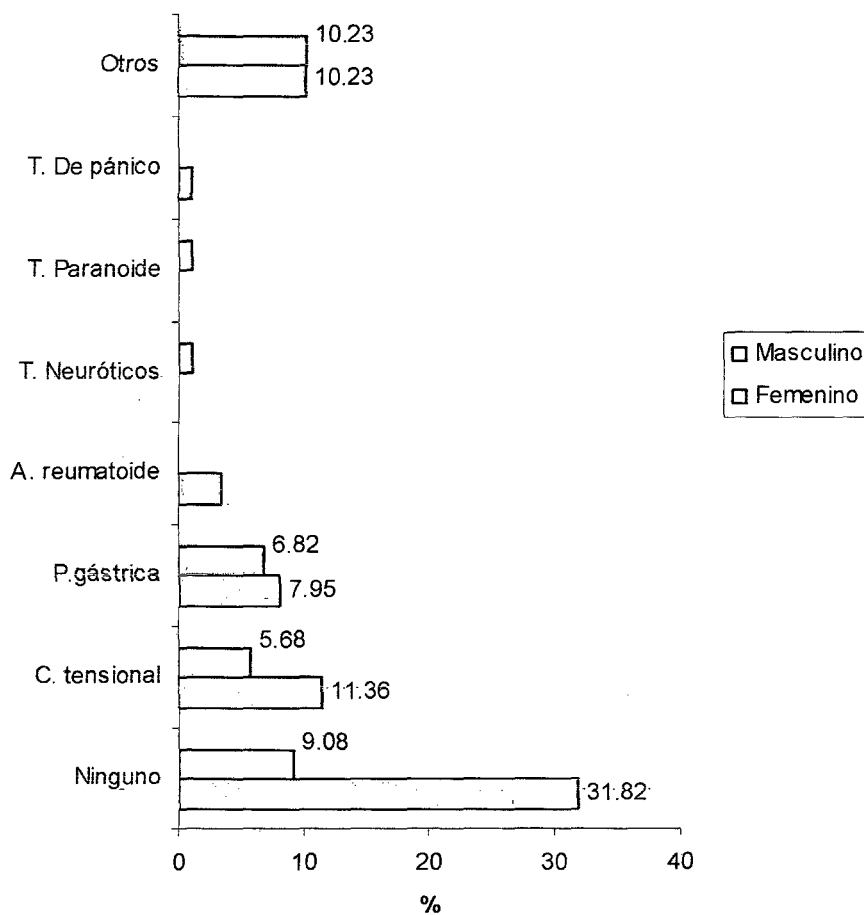
Cuadro N° 07

Enfermedades asociadas a ansiedad y depresión

Asociación de enfermedades en pacientes con TAD 2004-2005						
Enf. Actual	Femenino	%	Masculino	%	TOTAL	%
Ninguno	28	31.82	8	9.08	36	40.9
C. tensional	10	11.36	5	5.68	15	17.05
P.gástrica	7	7.95	6	6.82	13	14.77
A. reumatoide	3	3.41	0	0	3	3.41
T. Neuróticos	0	0	1	1.14	1	1.14
T. Paranoide	0	0	1	1.14	1	1.14
T. De pánico	1	1.14	0	0	1	1.14
Otros	9	10.23	9	10.23	18	20.45
TOTAL	58	65.91	30	34.09	88	100

Gráfico del cuadro N° 07

Enfermedades asociadas a ansiedad y depresión



Fuente : Instrumento de recolección de datos

Análisis del cuadro n° 07 : El 40.9% de los pacientes no presentó asociación con otras patologías, sin embargo el 17.05% correspondió a cefalea tensional, del cual el 11.36 % fueron mujeres y el 14.77 % fue representado

por patologías gástricas tipo gastritis y /o úlceras gástricas. Los trastornos neuróticos, paranoide y de pánico representaron cifras menores de 1:14%.

Interpretación del cuadro n° 07 : La comorbilidad del trastorno mixto con patologías psiquiátricas es muy baja en comparación con otras como gastritis y cefalea tensional., donde su relación es mayor, indicándonos que estas últimas comparten factores causales con la ansiedad y depresión facilitando en algún momento su aparición evidente y por otra parte evitar la mejoría del paciente.

Factores psicosociales en pacientes diagnosticados de ansiedad y depresión en consulta externa psiquiátrica.

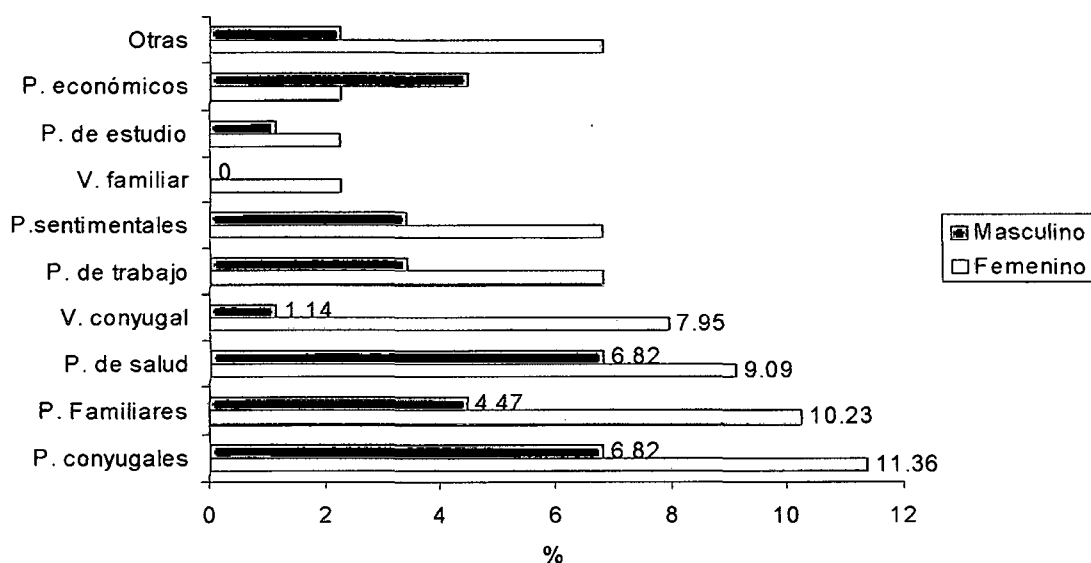
Cuadro N°08

Causa del estado psicoemocional de pacientes con TAD

Causa del estado psicoemocional de pacientes con TAD 2004-2005						
Causas	Femenino	%	Masculino	%	TOTAL	%
P. conyugales	10	11.36	6	6.82	16	18.18
P. Familiares	9	10.23	4	4.47	13	14.77
P. de salud	8	9.09	6	6.82	14	15.91
V. conyugal	7	7.95	1	1.14	8	9.09
P. de trabajo	6	6.82	3	3.41	9	10.23
P. sentimentales	6	6.82	3	3.41	9	10.23
V. familiar	2	2.27	0	0	2	2.27
P. de estudio	2	2.27	1	1.14	3	3.41
P. económicos	2	2.27	4	4.47	6	6.82
Otras	6	6.82	2	2.27	8	9.09
TOTAL	58	65.9	30	33.95	88	100

Gráfico del cuadro N° 08

Causa del estado psicoemocional de pacientes con TAD



Fuente: Instrumento de recolección de datos

Análisis del cuadro n° 08 : El 18.18 % de los pacientes manifestaron problemas con su cónyuge sin llegar a la violencia ,del cual el 11.36% son de sexo femenino, en segundo lugar están los problemas relacionados a la salud en un 15.91% es decir manifiestan síntomas de ansiedad y depresión por cuadros patológicos que no mejoran o que recientemente han adquirido y en tercer lugar con 14.77% están los problemas familiares , donde se involucran todos los miembros .

Interpretación del cuadro n° 08 : La causa más frecuente que ocasiona el estado psicoemocional de ansiedad y depresión de los pacientes que acuden a consulta externa lo constituyen principalmente los problema conyugales ocasionados por diversos motivos propios de la convivencia y características personales ,en segundo lugar el padecimiento de enfermedades causan evidentemente preocupación muchas veces con temor de empeorar y fallecer propiciando alteraciones del estado emocional y la comorbilidad.

**Características del paciente que acude a consultorio externo de
psiquiatría.**

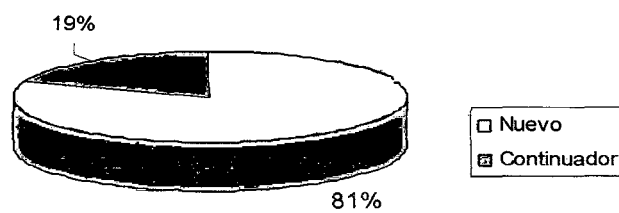
Cuadro N° 09

Tipo de paciente según la frecuencia de consulta

Paciente con TAD		
	N°	%
Nuevo	71	80.68
Continuador	17	19.32
Reingreso	0	0
Total	88	100

Gráfico del cuadro N° 09

Tipo de paciente según la frecuencia de consulta



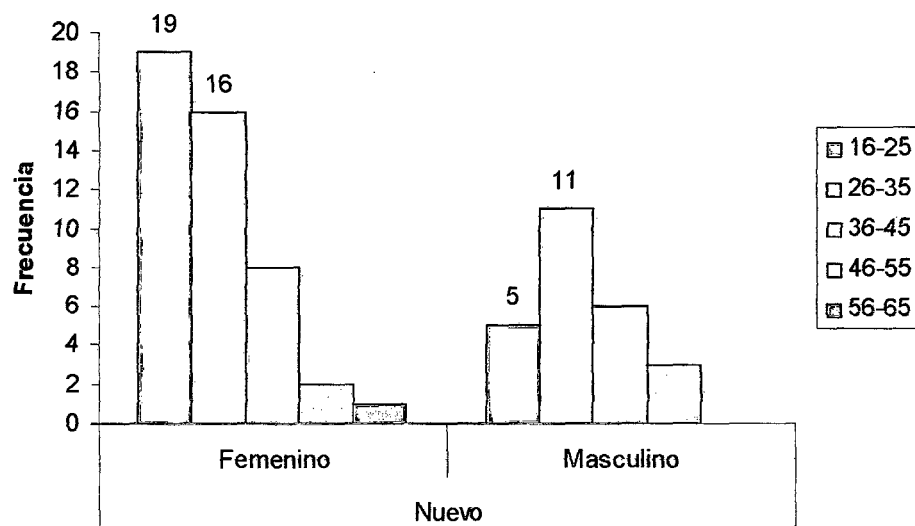
Cuadro N° 10

Distribución de pacientes nuevos según sexo y edad

Paciente nuevo según sexo y edad				
Edad	Femenino	Masculino	TOTAL	%
16-25	19	5	24	33.8
26-35	16	11	27	38.03
36-45	8	6	14	19.72
46-55	2	3	5	7.04
56-65	1	0	1	1.41
TOTAL	46	25	71	100

Gráfico del cuadro N° 10

Distribución de pacientes nuevos según sexo y edad



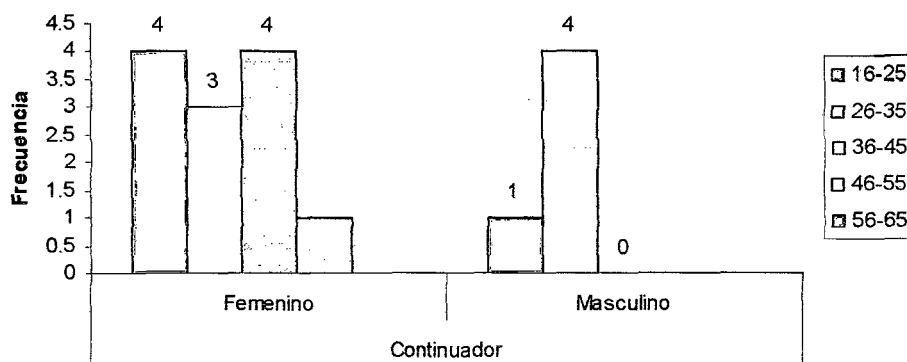
Cuadro N° 11

Distribución de pacientes continuadores según sexo y edad

Paciente continuador según sexo y edad				
Edad	Femenino	Masculino	TOTAL	%
16-25	4	1	5	29.41
26-35	3	4	7	41.18
36-45	4	0	4	23.53
46-55	1	0	1	5.88
56-65	0	0	0	0
TOTAL	12	5	17	100

Gráfico del cuadro N° 11

Distribución de pacientes continuadores según sexo y edad



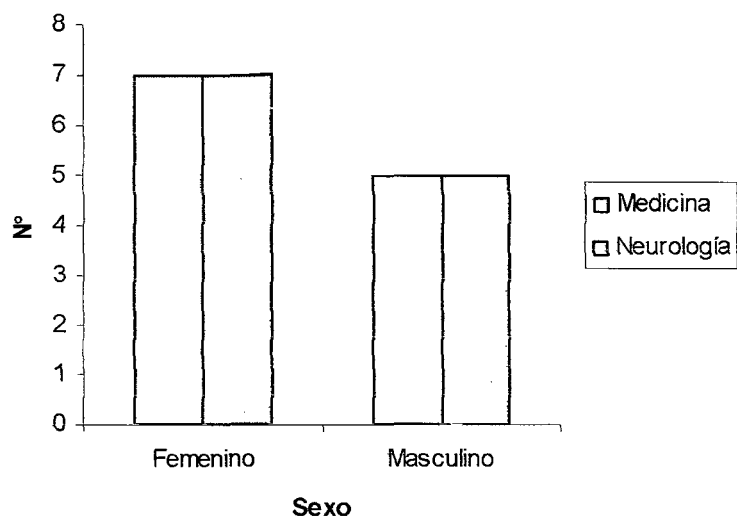
Cuadro N° 12

Procedencia de los pacientes referidos de otros consultorios externos

Pacientes referidos				
C.Externo	Femenino	Masculino	TOTAL	%
Medicina	7	5	14	15.91
Neurología	7	5	14	15.91
TOTAL	14	10	28	31.82

Gráfico del cuadro N° 12

Procedencia de los pacientes referidos de otros consultorios externos



Fuente: Instrumento de recolección de datos

Análisis de los cuadros n° 09, 10, 11,12 .: El 80.68% de los pacientes acuden por primera vez a consulta externa psiquiátrica ,de cual el 38.03 % , son del grupo etáreo entre 26 y 35 años en su mayoría mujeres. En cuanto a los pacientes continuadores constituyeron el 19.32 % de los casos , cuyo 41.18 % perteneció al mismo grupo de edades de los pacientes nuevos, esta vez con ligero predominio masculino. Además el 31.82 % de los casos son pacientes referidos de consultorios externos de medicina y neurología.

Interpretación de los cuadros n° 09, 10, 11,12 : La mayoría de pacientes que acuden al consultorio externo de psiquiatría son nuevos y mujeres , debiéndose a que ellas reconocen su estado y están dispuestas de buscar la ayuda del personal médico para mejorar , asimilando la idea mejor que los hombres, los cuales se resisten a acudir a un consultorio a menos que sus condiciones de salud estén evidentemente deterioradas , lo que los convierte en pacientes continuadores . Por otro lado es regular la derivación de pacientes de consultorios externos de medicina y neurología ,siendo la causa la comorbilidad y la falla en la remisión de las mismas con el tratamiento establecido inicialmente.

Diagnóstico y características del trastorno ansioso depresivo

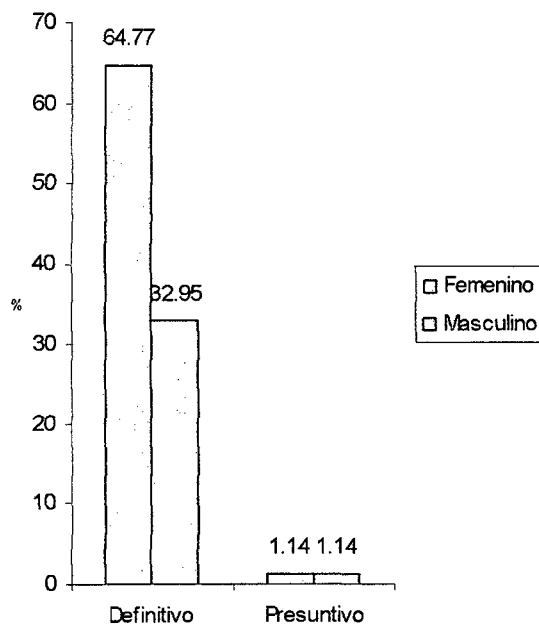
Cuadro N° 13

Tipo de diagnóstico según sexo

Tipo de diagnóstico						
Tipo de diagnóstico	Femenino	%	Masculino	%	TOTAL	%
Definitivo	57	64.77	29	32.95	86	97.72
Presuntivo	1	1.14	1	1.14	2	2.28
TOTAL	58	65.91	30	34.09	88	100

Gráfico del cuadro N° 13

Tipo de diagnóstico según sexo



Cuadro N° 14

Intensidad y complicaciones de ansiedad y depresión según sexo

Intensidad	Complicaciones			
	Femenino	Masculino	TOTAL	Moderada
Leve	0	0	0	25
Moderada	6	4	10	40%
TOTAL	6	4	10	

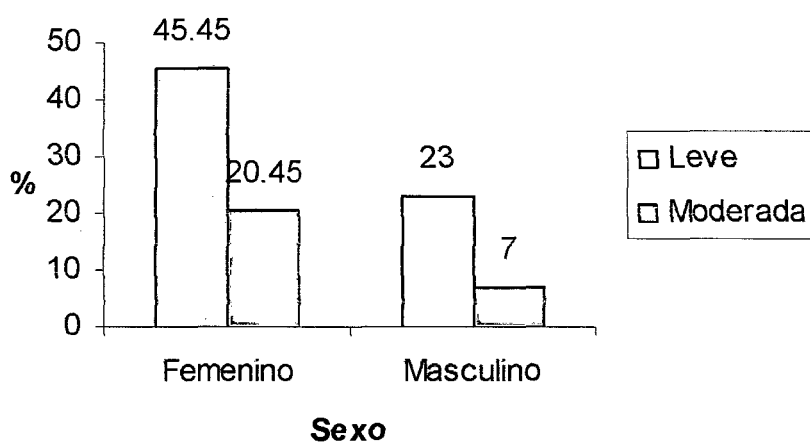
Intensidad de TAD						
Intensidad	Femenino	%	Masculino	%	TOTAL	%
Leve	40	45.45	23	26.14	63	71.59
Moderada	18	20.45	7	7.96	25	28.41
TOTAL	58	65.9	30	34.1	88	100

Complicaciones del TAD						
Complicaciones	Femenino	%	Masculino	%	TOTAL	%
No	52	89.66	26	86.67	78	88.64
Si	6	10.34	4	13.33	10	11.36
TOTAL	58	100	30	100	88	100
T. Depresivo mayor	5	83.33	0	0	5	50
T. Paranoide	0	0	1	25	1	10
T. de personalidad	0	0	1	25	1	10
Ansiedad G.	0	0	1	25	1	10
T. adaptativo	1	16.67	0	0	1	10
T. de pánico	0	0	1	25	1	10
TOTAL	6	100	4	100	10	100

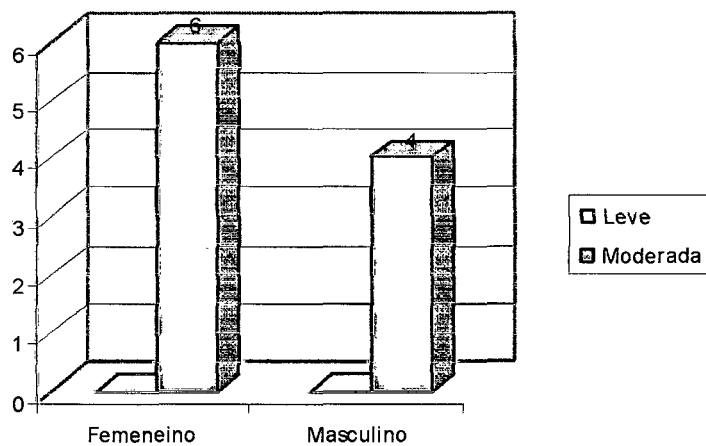
Gráficos del cuadro N° 14

Intensidad y complicaciones de ansiedad y depresión según sexo

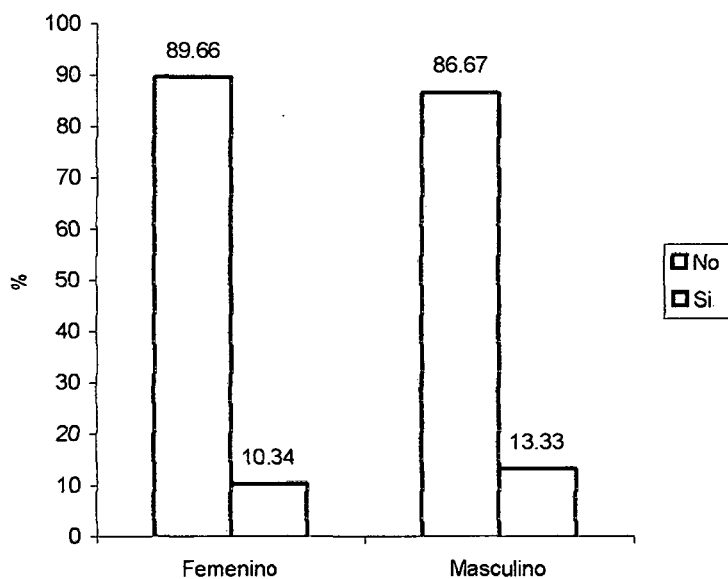
Intensidad del TAD



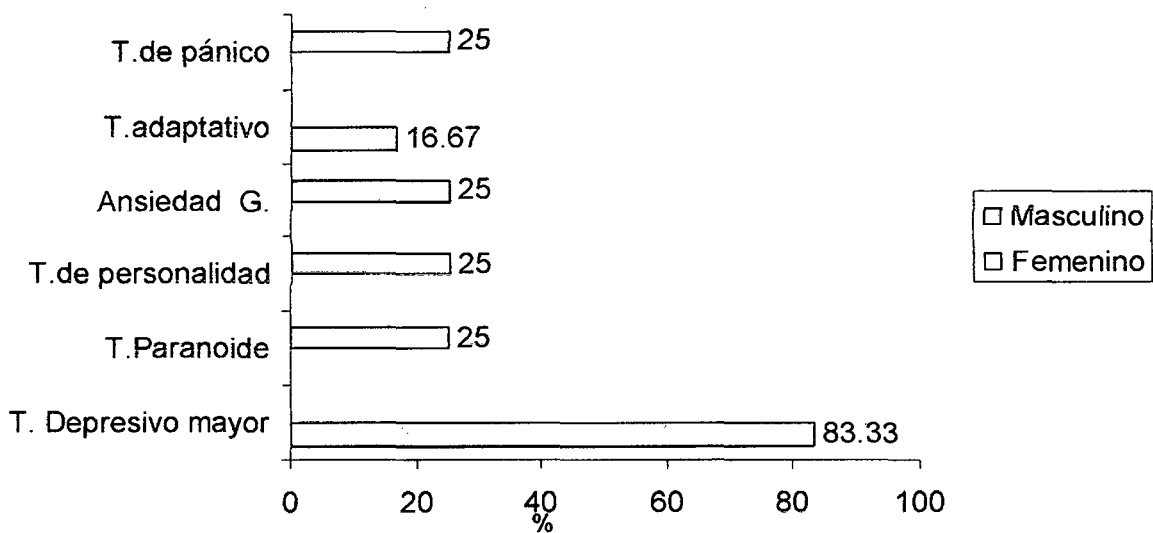
Complicaciones según intensidad del TAD



Complicaciones del TAD

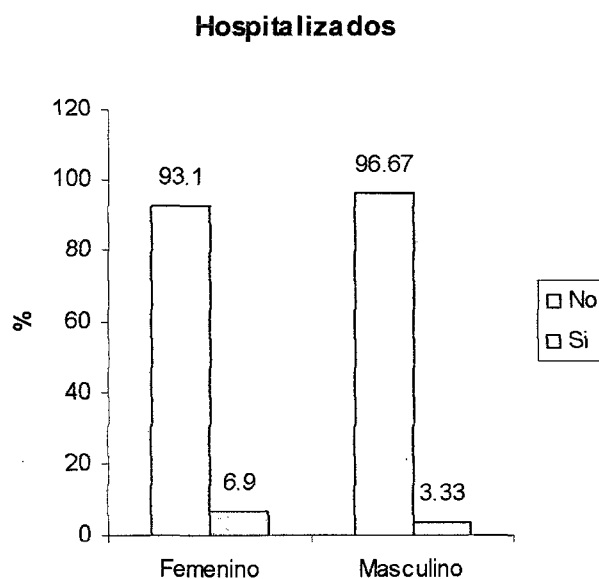


Complicaciones del TAD

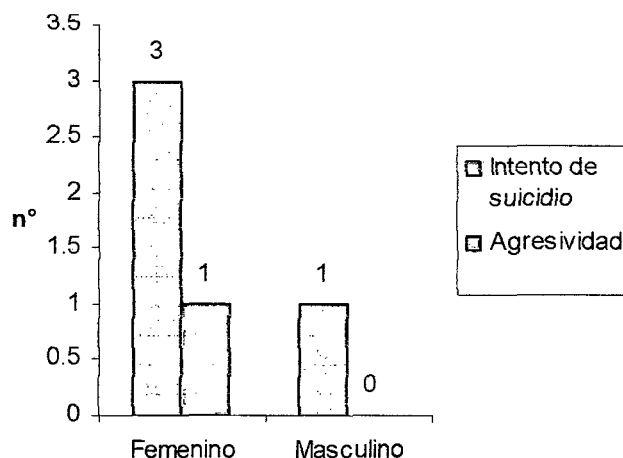


Cuadro N° 15**Frecuencia y causas de hospitalizaciones en pacientes con TAD**

Hospitalizaciones						
Hospitalizaciones	Femenino	%	Masculino	%	TOTAL	%
No	54	93.1	29	96.67	83	94.32
Si	4	6.9	1	3.33	5	5.68
TOTAL	58	100	30	100	88	100
Causa de hospitalización						
Intento de suicidio	3	75	1	100	4	80
Agresividad	1	25	0	0	1	20
TOTAL	4	100	1	100	5	100

Gráficos del cuadro N° 15**Frecuencia y causas de hospitalizaciones en pacientes con TAD**

Causa de la hospitalización



Fuente : Instrumento de recolección de datos

Análisis de los cuadros n° 12,13,14 y 15 : Los resultados nos demuestran que el 97.72% de los pacientes tienen un diagnóstico definitivo de TAD en consulta externa psiquiátrica, la intensidad de la patología es leve en un 71.59% y un 28.41% es moderado , llegando a complicarse un 40 % de ellos, la mitad de los casos a un trastorno depresivo mayor.

En cuanto a las hospitalizaciones, estas se presentaron en un 5.68 % ,siendo la primera causa el intento de suicidio y segundo la agresividad.

Interpretación de los cuadros n° 12,13,14 y 15 : La complicación del trastorno ansioso depresivo se presenta en aquellos de intensidad moderada donde los síntomas de ansiedad y depresión ya no se presentan en forma paralela

, por el contrario el curso que toma es hacia un cuadro depresivo mayor , con riesgo de cronicidad y poca respuesta al tratamiento.

La hospitalizaciones son poco frecuentes , básicamente cuando el cuadro conlleva al intento de suicidio o de agresión hacia los demás.

Características del tratamiento en pacientes con TAD

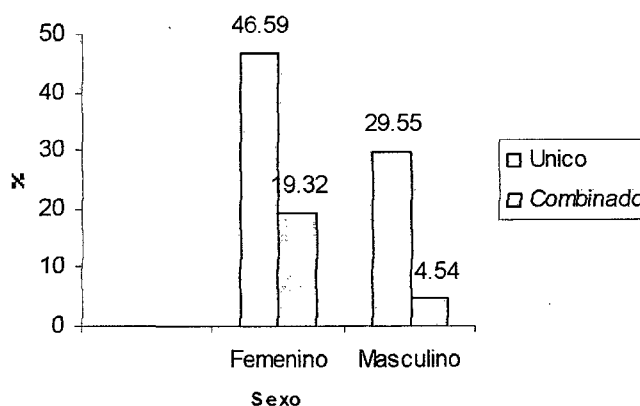
Cuadro N° 16

Forma del tratamiento

Tratamiento en TAD						
Tratamiento	Femenino	%	Masculino	%	TOTAL	%
Único	41	46.59	26	29.55	67	76.14
Combinado	17	19.32	4	4.54	21	23.86
TOTAL	58	65.91	30	34.09	88	100

Gráfico del cuadro N° 16

Forma del tratamiento



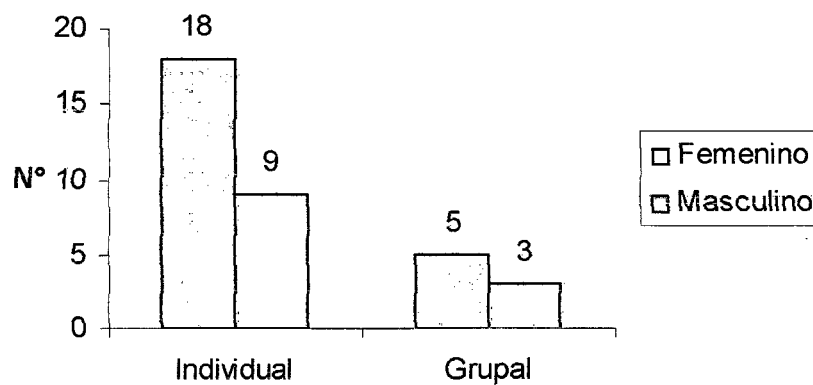
Cuadro N° 17

Tratamiento psicoterapéutico

Tto Único		67	100%	
Psicoterapia		35	52%	
Psicoterapia	Femenino	Masculino	Total	%
P.Individual	18	9	27	77.14
P.grupal	5	3	8	22.86
TOTAL	23	12	35	100

Gráfico del cuadro N° 17

Tratamiento psicoterapéutico



Cuadro N° 18

Tratamiento Farmacológico

Tto Único	67		100%	
T. Farmacológico	33		49%	
Tratamiento farmacológico				
Fármacos	Femenino	Masculino	Total	%
Benzodiazepina	12	6	18	54.55
ISRS	2	5	7	21.21
ADT	1	1	2	6.06
Combinaciones	4	2	6	18.18
Total	19	14	33	100

Gráfico del cuadro N° 18

Tratamiento Farmacológico

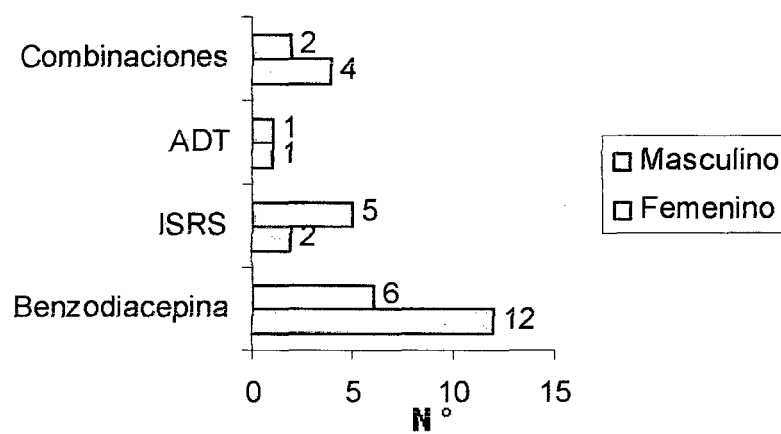


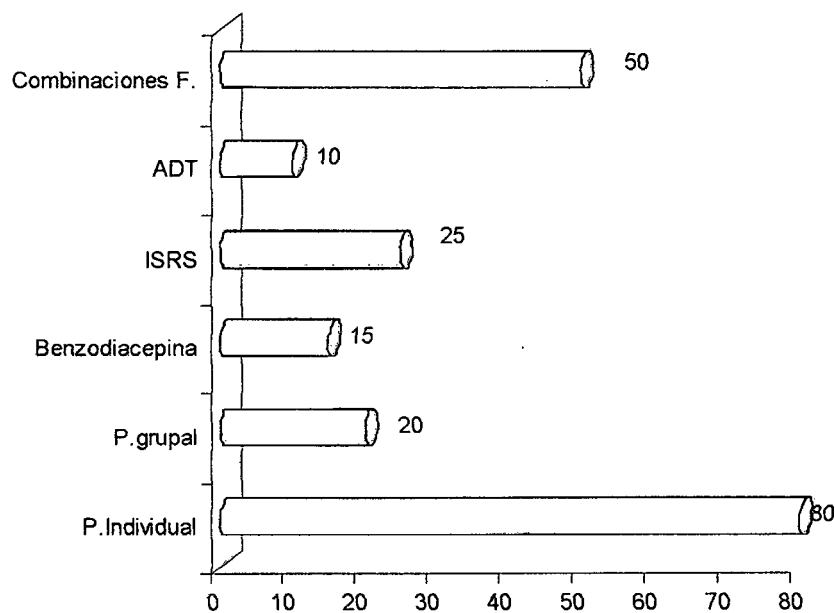
Tabla N° 19

Terapia combinada en pacientes con TAD

Tratamiento Combinado				
Psicoterapia	Femenino	Masculino	Total	%
P.Individual	14	2	16	80
P.grupal	3	1	4	20
TOTAL	17	3	20	100
Farmacológico	Femenino	Masculino	Total	%
Benzodiacepina	2	1	3	15
ISRS	4	1	5	25
ADT	1	1	2	10
Combinaciones F	10	0	10	50
TOTAL	17	3	20	100

Gráfico del cuadro N° 19

Terapia combinada en pacientes con TAD



Fuente : Instrumento de recolección de datos

Análisis de los cuadros n° 16,17,18 y 19 : El 76.14% de los pacientes recibió monoterapia , constituyendo parte de ello en su mayoría la psicoterapia individual, en el tratamiento farmacológico destacó el uso de benzodiacepinas en un 54.55 % de sus casos. En la terapia combinada predomina la psicoterapia individual y el uso asociado de medicamentos con el 80 % y el 50% respectivamente.

Interpretación de los cuadros n° 16,17,18 y 19 : El tratamiento en los pacientes con ansiedad y depresión fue a base de monoterapia con ligero predominio psicoterapéutico, debido a la prevalencia de aspectos que podían mejorarse requiriendo solo dicha opción terapéutica .

CAPÍTULO IV

DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

DISCUSION

En el presente estudio de investigación llamado Ansiedad y Depresión en Pacientes de Consulta Externa Psiquiátrica del Hospital de Apoyo Hipólito Unánue de Tacna , se trabajó con una muestra de 88 pacientes , durante los años 2004 y 2005, encontrándose una incidencia de 1.21% en el primer año , presentando un pico en el mes de Junio , donde el 28.57% corresponde al sexo femenino y el 19.05% al sexo masculino , incrementándose durante el año 2005 donde la incidencia predomina en los meses de Agosto y Noviembre con un 16% ligeramente a predominio del sexo femenino, sabiendo que para este último año se tuvo un total de 50 casos nuevos en comparación con el año anterior que solo fue de 21, es notable el aumento de pacientes nuevos con diagnóstico de trastorno ansioso depresivo en consulta externa psiquiátrica ,acudiendo preferentemente mujeres lo que nos indica lo pronosticado por estudios como el realizado a cargo de la OMS , donde establecen una incidencia mundial de 17% siendo dos veces más alta en las mujeres que en los hombres. Este incremento se podría justificar por el aumento poblacional en nuestra ciudad y con ello factores estresores producto de la rutina cada vez más exigente , problemas familiares , así como la asociación con otras enfermedades que involucran en su evolución el aspecto psicoemocional del paciente, siendo punto importante para su manejo .

Se encontró una prevalencia de pacientes diagnosticados con trastorno ansioso depresivos en consulta externa psiquiátrica de 2.25 % en el 2004 evidenciándose un incremento de 2.83 % en el 2005 , obteniéndose un promedio de 2.53 % durante el periodo estudiado , cifra menor a la que se encontró en Chile en un trabajo de investigación realizado en un hospital de apoyo durante el año 2000 sobre el trastorno ansioso depresivo teniendo como resultados una prevalencia de 3,6% en dos consultorios del área oriente de Santiago con una mayor frecuencia en mujeres alrededor de 1,5 veces más. Sin embargo la prevalencia de ansiedad con depresión en el Hospital Honorio Delgado de Arequipa durante el año 1998 fue de 14.43 %. mucho mayor a la encontrada en nuestro hospital, es necesario recalcar que en dicho estudio se utilizó la escala de Zung, lo que probablemente aumente el porcentaje de sus datos , sin embargo se observa que la prevalencia aumenta de un año a otro este incremento nos informaría que cada vez se hace más frecuente la asociación de la ansiedad con depresión así como su reconocimiento en consulta externa .

En cuanto a las características generales de los pacientes que acuden al consultorio externo de psiquiatría ,observamos que su distribución en cuanto al sexo durante el período estudiado es notablemente a favor femenino con un 65.9 %y un 34.1% para el sexo masculino , como lo aseveran diferentes estudios realizados no solo en ansiedad y depresión relacionadas entre si , sino también en forma independiente , lo que nos

demuestra que las mujeres presentan mayor susceptibilidad y labilidad emocional frente a los estresores psicosociales ; por otro lado el rango de edades para ambos sexos más frecuente fue de 26 a 35 años con un 38.64% , sin embargo solo en las mujeres fue de 16 a 25 años.

Si bien en algunos estudios donde se utilizaron el M.P.I. (Cuestionario de Personalidad de Maudsley) se ha podido constatar que los pacientes ansiosos sobre todo mujeres son más sensibles a los comentarios críticos y sufren con más frecuencia de la ansiedad causada por el estrés cotidiano siendo su edad de comienzo más precoz que en los de enfermedad depresiva , sin embargo también se ha observado que los trastornos mixtos empiezan por un cuadro ansioso complementándose en el tiempo con rasgos de depresión ,de esta manera todo el proceso de enfermedad encajaría en un grupo de gente joven, es así que la salud mental de los adolescentes como lo establecen los británicos ha empeorado considerablemente en los últimos 25 años.

Ellos son más propensos a presentar problemas de comportamiento y ellas de tipo emocional, según señala una investigación que se publicó en «Journal of Child Psychology and Psychiatry 2004.» La investigación, realizada por un grupo de expertos del Instituto de Psiquiatría del King's College de Londres y de la Universidad de Manchester, analizó tres generaciones de adolescentes: la de 1974, 1986 y 1999. Los datos obtenidos

revelan que, en esta población, la tasa de problemas emocionales como ansiedad y depresión ha aumentado un 70% con el paso del tiempo.

En cuanto al estado civil su presentación es más frecuente en convivientes con un 44.32 %, en segundo lugar la condición de soltero(a) con un 36.36 %; el 55.68% se presentó en personas con grado de instrucción de nivel secundario , seguido de aquellos con estudios superiores . Asi mismo la presentación de estas patologías se presentan en un 30.68% en personas dedicadas al comercio , seguido de las ama de casa en un 23.86 %, y en los desempleados en un 10.23 % , estos datos se correlacionan con la edad de los pacientes , en nuestra sociedad la convivencia y interrupción de los estudios generalmente secundarios son muy frecuentes ,consecuentemente la opción de trabajo habitual es el comercio sobre todo para los varones; sin embargo capta la atención que siendo una población joven se preocupen por su estado de salud ,probablemente el reconocimiento de esta patología en otros servicios haya sido oportuna así como su derivación a psiquiatría, agregándole el interés particular para mejorar sus síntomas.

En nuestro medio el 82.95 % de la población estudiada procede de cercado de Tacna , lo restante corresponde a distritos como Gregorio Albarracín , Ciudad Nueva y otros., graficando de alguna forma la accesibilidad de la población al consultorio especializado, el interés por la salud ,el

reconocimiento de esta patología en otros establecimientos de salud que pudieran sugerir su consulta.

Con respecto al tipo de paciente que llega a la consulta externa psiquiátrica se ha encontrado que un 80.68% son nuevos y un 19.32% son continuadores, es decir la gran mayoría se presenta por primera vez en el consultorio de psiquiatría con diagnóstico de trastorno ansioso depresivo, a predominio femenino, además el 38.03% presenta un rango de edad entre 26 y 35 para ambos sexos, de esta manera tenemos a un grupo de pacientes jóvenes adultos que presentan sintomatología perteneciente al trastorno mixto ansioso depresivo probablemente sin el antecedente de la existencia de otra patología psiquiátrica que amerite una consulta externa constante, encontrándose que en un 97.72% el diagnóstico es definitivo y el 71.59% es de intensidad leve seguido de un 28.41% correspondiente a intensidad moderada, resultados mayores en comparación a los encontrados en el trabajo de investigación realizado en el Hospital Honorio Delgado en el año de 1998 donde pacientes que acuden a consulta externa psiquiátrica presentan ansiedad con depresión leve en un 63.19%, lo que demuestra que los pacientes acuden con síntomas iniciales de la patología, la razón podría ser la búsqueda de ayuda del paciente acudiendo al especialista para mejorar su estado de salud así como la pronta derivación de otros servicios para su manejo integral.

Referente a los antecedentes patológicos de los pacientes que acuden a consulta externa psiquiátrica con diagnóstico de trastorno mixto se encontró que el 46.59 % no los presentan, dentro del 53.41 % restante destacan los problemas gastroduodenales como gastritis y/o úlcera con un 9.09 %, seguidos de un 7.95% que corresponde a TEC y/o trauma facial , dentro de patologías psiquiátricas tenemos al trastorno ansioso con un 9.08% y al trastorno de pánico con un 1.15%, resultados diferentes a los encontrados en Hospital Honorio Delgado donde el diagnóstico de esquizofrenia paranoide ocupa el 25.8 % de un total de 53.7% de pacientes con antecedentes patológicos.

Sin embargo Roth y colaboradores (3) encontraron que los síntomas depresivos estaban presentes en el 65% de los pacientes ansiosos, mientras que Clancy y colaboradores (13) constataron la presencia de estos síntomas en el 44% de los casos. Otra experiencia clínica demuestra que los pacientes con trastorno depresivo mayor presentan habitualmente diversos niveles de sintomatología ansiosa. Fawcett y Kravitz (10), en un estudio realizado con 200 pacientes en Hospital psiquiátrico de Los Ángeles afectados de depresión mayor, encontraron que el 62% tenía al menos ansiedad moderada que al sobreagregarse constituyó un trastorno mixto. Estos datos muestran que los síntomas de ansiedad frecuentemente, aunque no siempre, anteceden a los síntomas depresivos, sugiriendo la existencia de un período prodrómico en el

cual la ansiedad crónica y el estrés podrían producir efectos fisiológicos determinantes del desencadenamiento del trastorno mixto.

La asociación de enfermedades en el momento de la consulta no se presentó en el 40.9%, la cefalea tensional representó el 17.05% y los problemas gástrico el 14.77%. Comparado con resultados del Hospital Honorio Delgado el diagnóstico más frecuente que se les hizo a estos pacientes, cuando acudieron a consultorios externos, fue inflamación y/o infección siguiendo cefaleas y lumbalgias. Como se ve la cefalea tensional es el factor común en esta comparación que acompaña al trastorno mixto además tenemos los problemas gástricos, lo cual podría ser consecuencia de la evolución propio de la patología o la sobreagregación del trastorno mixto a estos diagnósticos, sin embargo sabemos que un 31.82% fueron derivados de consultorios externos de neurología y medicina, lo que nos orienta que estos pacientes fueron tratados por estas especialidades sin embargo su evolución no fue la deseada, desafortunadamente no se cuenta con datos específicos en las historias clínicas que lo justifiquen, pero probablemente la clínica característica de la ansiedad y depresión fue la razón de su derivación al consultorio de psiquiatría para completar su tratamiento.

En cuanto a la razón causante del estado emocional por la que llegan a la consulta externa el 18.18% manifestaron problemas conyugales, el

15.91% fueron problemas de salud , el 14.77% problemas familiares y el 10.23% problemas en relaciones sentimentales y pérdida de trabajo.

Las complicaciones básicamente se dieron en un 11.36%, dentro de ello el trastorno depresivo mayor obtuvo el 50% de frecuencia, es decir los síntomas de ansiedad y depresión que inicialmente se presentaron se magnificaron a predominio de un trastorno depresivo. Se debe tener en cuenta que entre ambas la depresión es más grave, más incapacitante, la recuperación más lenta, tiene un peor desenlace y existe una peor respuesta terapéutica. Desde hace tiempo se conoce en la literatura especializada que el número de episodios depresivos aumenta la frecuencia de recaídas. Se manejan datos sobre la probabilidad de recurrencia tras un primer episodio ansioso depresivo entre el 40% y 50%, aumentando progresivamente a medida que se suceden los episodios hasta porcentajes de incluso el 90% tras el tercero.

Otra consecuencia bien establecida en otros trabajos es el elevado riesgo de suicidio de la depresión ansiosa. En el presente estudio constituyó la primera causa de hospitalización en los pacientes complicados , correspondiendo un 5.68% a hospitalizaciones.

Finalmente el tratamiento que reciben los pacientes es de tipo único un 76.14% a predominio psicoterapéutico ,donde el tipo de psicoterapia individual obtuvo un 77.14%, en el caso del tratamiento combinado se

obtuvo 80 % para la psicoterapia individual y un 50% para el uso combinado de medicamentos . El tratamiento en trastorno ansioso depresivo es aun tema de controversia, se menciona que se podría iniciar con monoterapia cuando la sintomatología no es severa como aparentemente se relaciona con los resultados obtenidos, sin embargo se sugiere optar por combinación del tratamiento , con el uso de medicamentos parece tener aun mejor rendimiento, dado que muchos pacientes se resisten a tratamientos exclusivamente psicológicos.

Es importante recalcar que la persistencia de sintomatología sobre todo depresiva puede transformarla y complicarla a una depresión más resistente, sobre todo el hecho de que las probabilidades de remisión son menores cuando se demora el tratamiento farmacológico. Según resultados de investigaciones sobre tratamiento en síndrome ansioso depresivo por el doctor Molina Martín Especialista en Psiquiatría y coordinador de Hospitalización Breve del Hospital R. Lafora. Madrid. el 56% de los pacientes logran una remisión completa si el tratamiento antidepresivo se inicia en los primeros 6 meses, produciéndose un brusco descenso en las tasas de remisión a partir de este momento. Por otro lado, la no remisión, o lo que es lo mismo, la presencia de síntomas residuales, provoca en el paciente una disfunción social, laboral y familiar que conduce a una pérdida en la calidad de vida. Todo esto se relaciona con una tendencia a la cronificación del paciente y con una progresión hacia una depresión más resistente.

CONCLUSIONES

1. Se determina que la prevalencia e incidencia de la ansiedad y depresión presentan un incremento poco significativo en los pacientes de consulta externa psiquiátrica de nuestro hospital, sin embargo es un hecho que este aumento se presenta anualmente, lo que significaría una curva silente y ascendente de la presentación de esta patología alertándonos en tomar las medidas necesarias para su control.
2. Se identifica el incremento anual de casos nuevos de pacientes con ansiedad y depresión como trastorno mixto en consulta externa psiquiátrica del Hospital de Apoyo Hipólito Unánue de Tacna, siendo aproximadamente del doble, indicándonos que cada vez se hace más frecuente su presentación a mediados y final del año, coincidiendo con épocas festivas donde se incrementa el trabajo, los gastos económicos, la presión de los estudios, etc. Factores psicosociales que condicionan su aparición.
3. La prevalencia del trastorno mixto ansioso depresivo se presenta con un leve aumento durante los años 2004 y 2005, considerándose que los casos corresponden al 2.54% de las atenciones en consultorio externo de psiquiatría, siendo un mínimo porcentaje a pesar de las

grandes expectativas que se tenía al respecto ,lo que nos orienta que aun este diagnóstico no se establece con facilidad en la consulta externa , que haya un subregistro de los pacientes o no se deriva al especialista por considerarlo de leve intensidad.

4. El trastorno ansioso depresivo se presenta frecuentemente en un grupo etéreo de personas adultas entre 26 y 35 años a predominio femenino , incluso en ellas podemos observar que su mayor frecuencia de presentación es entre 16 y 25 años , rango de edad en que las mujeres inician y asumen responsabilidades que la sociedad lo ha establecido ya sea en el papel de hija, hermana, esposa o madre , lo cual desencadenan estresores que se manifiestan en diferentes momentos. Así mismo el estado civil conviviente, nivel de estudios secundarios ,procedentes de cercado y ocupación de comerciante obtuvieron 44.32 % , 55.98% , 82.97 % y 34.17% respectivamente, siendo los mas representativos en sus categorías, dichas características se relacionan entre si debido a que la mayor parte de la población se constituye de gente joven que no llegan a culminar sus estudios, forman sus familias en su mayoría en condición de conviviente, dedicándose frecuentemente al comercio , situaciones que no aseguran tranquilidad en diversos aspectos. Por otro lado el hecho de vivir en el cercado facilita el acceso al hospital y por ende al consultorio especializado.

5. La comorbilidad en el aspecto psiquiátrico fue baja, en comparación a lo esperado, orientándonos a que la presentación del trastorno mixto asociado a patologías psiquiátricas no es frecuente en nuestro medio o su presentación no se reconoce con facilidad en estos pacientes. . Se establece que los pacientes con diagnóstico de ansiedad y depresión presentan antecedentes patológicos en un 53.41 % del cual la mayoría corresponde a dos situaciones especialmente : problemas gastroduodenales ,tipo gastritis y / o úlceras , y trastorno ansioso. Dichas patologías se pueden relacionar entre si y ser condicionantes junto con otros factores psicosociales a la aparición posterior de un trastorno mixto ansioso depresivo .En cuanto a la asociación de enfermedades en el momento de la consulta se obtuvo en el 59.1% de los casos del cual la cefalea tensional y los problemas gástricos fueron los mas frecuentes, lo que se relaciona a desordenes en los hábitos de vida de las personas que favorecen a su aparición paralelamente a un estado psicoemocional alterado , solapado ; que a la vez conllevaría a su mantenimiento como un círculo vicioso.
6. Las complicaciones de la ansiedad y depresión con patologías psiquiátricas se presentan en 11.36 % de los casos , en su totalidad con intensidad moderada, correspondiendo en la mitad de ellos a trastorno depresivo mayor , las cifras no son tan alarmantes sin

embargo es necesario considerar que conlleva a la cronicidad y requiere un manejo combinado oportuno . Por otro lado las hospitalizaciones se presentaron en mínimo porcentaje siendo su principal causa el intento de suicidio , como consecuencia de un estado psicoemocional de ansiedad y depresión no controlado a tiempo .

7. El tratamiento que recibieron los pacientes diagnosticados con trastorno mixto ansioso depresivo fue principalmente único en un 67.05% , donde la psicoterapia estuvo como protagonista y en segundo lugar la farmacoterapia, estableciéndose que el cuadro presentado por la mayoría de los pacientes se catalogó como de intensidad leve y dentro de ello aspectos que podían mejorarse requiriendo solo la primera opción terapéutica .

SUGERENCIAS

1. Se recomienda mejorar el reconocimiento de los pacientes con ansiedad y depresión empezando desde la consulta externa en general, al inicio puede resultar difícil de identificarlo como trastorno mixto sin embargo hay que sospecharlo y ser acuciosos en la recolección de los síntomas que refiere el paciente ,tener en cuenta que los diagnósticos previos no pueden ser tomados como sentencias definitivas, pues los problemas de una persona varían a lo largo de su vida y un diagnóstico no puede convertirse en un impedimento para la comprensión de futuros trastornos .
- 2 La investigación en este tema debe continuar , con otros trabajos que profundicen en otros aspectos , en otros grupos de pacientes o sometidas a ciertas condiciones que nos permitan comparar y analizar aun más el comportamiento de este trastorno orientando al manejo integral del paciente.
- 3 Establecer un tratamiento combinado cuando se tiene la certeza de este diagnóstico no limitarse al tratamiento único y prescindir de otras opciones necesarias. La psicoterapia es siempre necesaria y, en sus formas más sencillas, es empleada por el médico general habitualmente, aunque a veces no es consciente de ello. Es necesario

tener presente que el objetivo en el tratamiento debe ser la remisión, es decir, la resolución total de la sintomatología sobre todo depresiva, que es con la que frecuentemente se complica.

BIBLIOGRAFÍA

1. CÁCERES FLORES; Instituto Nacional de Atención Primaria , Revista de epidemiología Colombiana, Vol 4,N° 12 ,2001.
2. CECIL ; Tratado de Medicina Interna 17° Edición , Editorial Interamericana .S.A. 1990.2
3. CROWE RR, NOYES R., PAULS DL.et al: A family study of panic disorder.1993,Vol 40 N° 1065.
4. DAG ISACSON; KERSTIN BINGEFORS; LARS VON KNORRING ; Revista De Psiquiatría " European Psychiatry". 2005;20(3):205-212.
5. DIAZ FLORES ; Prevalencia de Ansiedad y Depresión en el hospital Honorio Delgado , Tesis en Medicina Humana 1998.
6. GOLDMAN ; Psiquiatría General. Primera Edición. Editorial El Manual Moderno,1990.
7. HARRISON; Principios de Medicina Interna 11ª Edición. Nueva Editorial Interamericana, S.A. 1990.

8. HASIN STEVEN ; RENEE D. GOODWIN; FREDERICK S. STINSON; BRIDGET F. GRANT. Fuente: Archives Of General Psychiatry. 2005 Oct;62(10):1097-1106.
9. MACÍAS BERRANTES, ALONSO DEL TESO ; Diagnóstico Y Tratamiento De Los Trastornos De Ansiedad; Revista Española, Vol 4, N°2 ; 1998QUIROGA VILLANUEVA ; Diagnostico Y Tratamiento De Los Trastornos Ansioso Depresivos, Rev. Col. Psiquiatría, Vol. XV, No. 3 1999.
10. MARIETAN W.; El Diagnóstico En La Patología Mental, Artículo de la Revista Argentina de Psicología; Vol 3, N°6, 1994.
11. M.S. Campos, J.A. Martínez-Larrea; Programa Anual De Formación Continuada Acreditada Para Médicos De Atención Primaria ; Aula Acreditada , Argentina, 2002-2003
12. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD : Principios de epidemiología para el control de enfermedades , Washington, Oficina Sanitaria Panamericana , 1994.

13. QUIROGA VILLANUEVA ; Diagnostico Y Tratamiento De Los Trastornos Ansioso Depresivos, Rev. Col. Psiquiatría, Vol. XV, No. 3 1999.
14. REVISTA DE TECNOCENCIA ESPECIAL EN DEPRESIÓN, Vol 3, N° 23 ,Uruguay,2003.
15. RODRÍGUEZ MARTINEZ , Razón y Emoción en Psicoterapia. DDB. Madrid España. Cap. 21, 459-461 ,1998.
16. ROGERS, C.R. The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. J. Consult. Psychol., Washington, 1998.
17. SALOMÓN, VERNON ;Manual de Psiquiatría, 3° Edición. México, Editorial el Manual Moderno, S.A. 1990.
18. VALLE FERNÁNDEZ Jefe de Sección de la Unidad de Internamiento del Hospital Universitario de La Princesa,Madrid,; Depresión Con Ansiedad, Vol 11 , Número 3 , 2002.
19. WEISSMAN; Differences and the Epidemiology of Depresión. Arch Gen Psichiatry. 1997,Vol 34 N° 98.

20. WILLIAMS M, GURNEY C, GARSIDE RF, Kerr TA. Studies in the classification of affective disorders. The relationship between anxiety states and depressive illnesses: I. Br J Psychiatry 1972;121(561):147-.
21. ZAVALA MARTÍN, C. ANDRADE ,Tratamiento Del Trastorno Mixto Ansioso Depresivo En Atención Primaria, Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Pintores Parla. Madrid.Artículo de la revista española Vol 6, 2004.
22. ZILVERMANN J, KRAVITZ HM. Anxiety syndromes and their relationships to depressive illness. J Clin Psychiatry 1983;44(8 Pt 2):8-

ANEXO**FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

Encuesta N°

Fecha

HC

CARACTERÍSTICAS GENERALES DEL PACIENTE

• Edad :

• Sexo:

Masculino Si No

Femenino Si No

• Procedencia:

Ciudad

Distrito

• Estado Civil :

Soltero Si No

Casado	Si	No
Conviviente	Si	No
Viudo	Si	No

- Grado de instrucción

Analfabeto	Si	No
Primaria	Si	No
Secundaria	Si	No
Superior	Si	No

- Ocupación actual

Desempleado	Si	No
Empleo	

1. Tipo de paciente según frecuencia de atención en consulta externa psiquiátrica.

Nuevo	Si	No
Continuador	Si	No
Reingreso	Si	No

- Complicaciones Si No

¿Cuáles?.....

- Hospitalizaciones Si No

Causa

Nº

CARACTERÍSTICAS DEL TRATAMIENTO

- Tipo

Único Si No

¿Cuál ?

Combinado Si No

¿Cuáles ?.....