



**CARTERA DE SERVICIOS**

# Atención Primaria

**Protocolo  
para la atención  
de los trastornos  
de ansiedad  
y depresión**



**CARTERA DE SERVICIOS  
DEL  
SERVICIO EXTREMEÑO DE SALUD**

**PROTOCOLO  
PARA LA ATENCIÓN DE LOS TRASTORNOS  
DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN  
EN ATENCIÓN PRIMARIA**

**JUNTA DE EXTREMADURA**  
Consejería de Sanidad y Dependencia

### **Autores del Protocolo**

Baños Lozano, Julia  
Elvira Peña, Leopoldo  
Galindo San Valentín, Rosa M<sup>a</sup>  
Galindo Tobal, Francisca  
Gallego Cuevas, Alberto  
García Rodríguez, Ángel M<sup>a</sup>  
Morales Ruiz, José Antonio  
Rodríguez Fernández, Eulalia

### **Comisión Técnica**

#### ***Presidente***

Francisco Manuel García Peña

#### ***Secretario***

Juan José Dorado Martín

#### ***Vocales***

Miguel Ángel Cuervo Pinna  
Susana Alonso García de Vinuesa  
Manuel Ignacio Garrido Correas  
Matilde Santos Gómez  
Pedro Suero Villa  
Anunciación Vicente Guillén

#### ***Colaboradores con la Comisión Técnica***

José María Vergés Blanca  
Dámaso Villa Mínguez  
Elisa Muñoz Godoy  
Francisca Vizcaino Jaén

### **Coordinación y Edición de la Cartera de Servicios**

Juan José Dorado Martín

Edita: Junta de Extremadura  
Consejería de Sanidad y Dependencia  
Servicio Extremeño de Salud

Depósito Legal: BA-564-2007

Impresión: Imprenta Moreno

<b>Atención a los trastornos de ansiedad</b>	5
Población diana	5
Criterios de entrada: Inclusión/Exclusión	5
Criterios de salida	5
Proceso diagnóstico	6
Pautas de actuación	7
Bases de la anamnesis y la exploración	7
Seguimiento y revisiones	8
Información básica a usuarios y cuidadores	8
Criterios de derivación a especializada	9
Criterios básicos de tratamiento	10
Indicadores de calidad	11
Bibliografía	11
<b>Anexos</b>	12
1. Datos de prevalencia	12
2. Criterios diagnósticos de Trastornos de ansiedad	13
3. Trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica o sustancias	20
4. Criterios diagnósticos de Trastorno Adaptativo con síntomas de ansiedad	21
5. Enfermedades, medicamentos o drogas que pueden producir síntomas de ansiedad	22
6. Mensajes básicos a pacientes y usuarios	23
7. Información escrita sobre control de las crisis de ansiedad	24
8. Biblioterapia	26
9. Asociaciones y grupos de autoayuda	27
<b>Atención a los trastornos de depresión</b>	29
Población diana	29
Criterios de entrada: Inclusión/Exclusión	29
Criterios de salida	29
Proceso diagnóstico	30
Pautas de actuación	31
Bases de la anamnesis y la exploración	31
Seguimiento y revisiones	32
Información básica a usuarios y cuidadores	32
Criterios de derivación a especializada	33
Criterios básicos de tratamiento	34
Indicadores de calidad	35
Bibliografía	35

ÍNDICE

<i>Anexos</i>	36
10. Datos de prevalencia	36
11. Criterios diagnósticos de Trastornos depresivos	37
12. Trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica o sustancias	44
13. Criterios diagnósticos de Trastorno Adaptativo con estado de ánimo depresivo y Duelo	45
14. Enfermedades, medicamentos o drogas que pueden producir síntomas depresivos	46
15. Mensajes básicos a pacientes y usuarios	47
16. Consejo terapéutico	48
17. Biblioterapia	49
18. Asociaciones y grupos de autoayuda en depresión	50

CARTERA DE SERVICIOS  
DE ATENCIÓN PRIMARIA DEL  
SERVICIO EXTREMO DE SALUD

<b><u>Población diana</u></b>				
Todos aquellos usuarios del SSPE mayores de 18 años que presenten síntomas compatibles con un trastorno de ansiedad		Prevalencia Trastornos de Ansiedad (ver pág. 12)		
<b><u>Criterios de entrada: inclusión / exclusión</u></b>				
Todos aquellos usuarios del SSPE mayores de 18 años que presenten síntomas compatibles con un trastorno de ansiedad diagnosticados según criterios diagnósticos CIE-10 o DSM-IV-TR		<b>Inclusiones</b> <u>Trastornos de ansiedad (ver pág. 13)</u> según criterios DSM-IV-TR o CIE-10 <ul style="list-style-type: none"> <li>• T ansiedad generalizada</li> <li>• T por angustia con/sin agorafobia</li> <li>• Agorafobia</li> <li>• Fobia simple</li> <li>• Fobia social</li> <li>• T obsesivo compulsivo</li> <li>• T por estrés agudo</li> <li>• T por estrés postraumático</li> </ul>	<b>Exclusiones</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Menores de 18 años</li> <li>• <u>T de ansiedad de origen orgánico (ver pág. 20)</u></li> <li>• <u>Trastorno adaptativo con síntomas de ansiedad (ver pág. 21)</u></li> </ul>	<b>Derivaciones</b> según criterios de complejidad asistencial o resistencia al tratamiento (ver)
<b><u>Criterios de salida</u></b>				
<b>Resolución del proceso</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mejoría de síntomas de ansiedad en ausencia de malestar o disfunción significativos, que se mantiene estable y sin tratamiento durante 6 meses</li> </ul>		
<b>Incumplimentación</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Falta de adherencia al tratamiento</li> <li>• Incomparecencia a las consultas durante más de 6 meses</li> <li>• Abandono voluntario del programa</li> </ul>		
<b>Cambio de programa</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Entrada en programa de DEPRESIÓN</li> <li>• En caso de sintomatología mixta (ansiosa y depresiva) incluir en programa de DEPRESIÓN</li> </ul>		

<b>Proceso diagnóstico</b>		
<b>Algoritmo diagnóstico</b>	Evaluación de <b>síntomas de sospecha</b> (temor o preocupación excesivos, pensamiento o impulsos intrusivos y repetitivos, quejas somáticas inespecíficas) a través de anamnesis, exploración y pruebas complementarias	
<b>1.</b> Descartar <u>causa orgánica</u> (ver pág. 22) de los síntomas de ansiedad: <u>Trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica o por consumo de fármacos o drogas</u> (ver pág. 20)		
<b>2.</b> Presencia de ánimo deprimido o pérdida de interés, acompañado de uno o más de los siguientes síntomas: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Falta de energía, menor actividad</li> <li>• Cambios en el patrón de sueño o apetito, cambios de peso</li> <li>• Dificultad para concentrarse</li> <li>• Sentimientos de culpa o inutilidad</li> <li>• Ideas de muerte o de suicidio</li> </ul> La clínica depresiva puede acompañarse de síntomas de ansiedad	SI	Incluir en <i>Programa de DEPRESIÓN</i>
	NO	Pasar a punto <b>3</b>
<b>3.</b> Presencia de obsesiones y compulsiones que producen intenso malestar subjetivo e interfieren en actividades de la vida cotidiana.	SI	Posible <u>T Obsesivo Compulsivo</u> (ver pág. 17) - Derivar
	NO	Pasar a punto <b>4</b>
<b>4.</b> Presencia de angustia, aprensión expectante, ansiedad anticipatoria, preocupación excesiva, crisis de ansiedad o pánico espontáneas o provocadas por estímulos externo, que pueden acompañarse de evitación, irritabilidad, insomnio, alteración de apetito y dificultades de concentración, somatizaciones (descartar T. Adaptativo –ver pág. 21–).	SI	Incluir en <i>Programa de Ansiedad</i> y pasar a punto <b>5</b> .
	NO	Salida de algoritmo. Reevaluar al paciente
<b>5.</b> Predominio de crisis de ansiedad o pánico: episodios recurrentes e inesperados con períodos discretos de intenso miedo o malestar junto al desarrollo de síntomas somáticos generales, autonómicos, de tensión, respiratorios, abdominales, despersonalización, temor a morir o volverse loco..., que pueden acompañarse de comportamientos evitativos asociados y ansiedad anticipatoria.	SI	<b>Crisis de Pánico</b> (Trastorno por angustia) con/sin Agorafobia (ver pág. 14) → <i>Evaluación y tratamiento</i>
	NO	Pasar a <b>6</b>
<b>6.</b> Predominio de expectación aprensiva, inquietud permanente preocupación excesiva en distintas áreas durante la mayor parte del tiempo, que se prolonga más de 6 meses y que puede acompañarse de irritabilidad, insomnio, baja concentración, fatigabilidad, impaciencia, tensión muscular.	SI	<b>Trastorno de Ansiedad Generalizada</b> (ver pág. 13) → <i>Evaluación y tratamiento</i>
	NO	Pasar a <b>7</b>
<b>7.</b> Predominio de episodios de ansiedad directamente relacionados con estímulos externos (objetos, situaciones, etc.) que producen intenso malestar subjetivo e interfieren en actividades de la vida cotidiana.	SI	Posible <i>Agorafobia, Fobia Social o Fobia Simple</i> - Derivar
	NO	Volver a punto <b>1</b> y reevaluar al paciente



## PAUTAS DE ACTUACIÓN

### Bases de la anamnesis y la exploración

**A.** La exploración psicopatológica básica debe obtener información clínica de la presencia e intensidad de los siguientes síntomas, su evolución y relación con eventos vitales:

Ansiedad, angustia, expectación aprensiva  
Ansiedad flotante o en crisis  
Preocupación excesiva  
Irritabilidad  
Evitación fóbica  
Miedo irracional o excesivo a estímulos externos

Somatizaciones  
Dificultades de concentración  
Ideas obsesivas  
Comportamiento compulsivo

Grado de malestar subjetivo y deterioro funcional en varias áreas vitales

**B.** Obtener información relevante a través de la entrevista clínica entorno a las siguientes áreas:

Historia personal  
Historia familiar  
Enfermedades médicas, uso de fármacos, consumo de sustancias  
Comorbilidad psiquiátrica (depresión, abuso de alcohol)

**C.** Descartar a través de la anamnesis, exploración física pruebas complementarias pertinentes la presencia de patología médica o uso de sustancias o fármacos que justifiquen la aparición de síntomas de ansiedad

Pruebas complementarias básicas

- Bioquímica perfil general
- Hemograma
- Hormonas tiroideas
- Electrocardiograma

<b>Seguimiento y revisiones</b>		
<b>Frecuentación del seguimiento</b>		
Primera revisión	Debe realizarse en el plazo máximo de 4 semanas	
Revisiones siguientes	<i>Si evolución positiva</i> Deben realizarse con la siguiente secuencia de tiempos máximos: 2ª --- 8 semanas 3ª y siguientes --- 12 semanas	
	<i>Si evolución negativa</i> Debe realizarse en el plazo máximo de 2 semanas Una vez obtenida respuesta ver pauta previa (4 – 8 – 12 --- 12 --- semanas)	
Revisiones en período de retirada de tratamiento	Tras <b>un año</b> libre de síntomas relevantes, con tratamiento estable, iniciar reducción progresiva de medicación hasta suspensión. Revisiones cada 4 semanas hasta retirada completa del tratamiento	
Tras 6 meses libre de síntomas sin tratamiento	Salida de programa	
<b>Elementos a considerar en seguimiento</b>	Presencia de síntomas e intensidad de los mismos Malestar y repercusión funcional de los síntomas Enfermedades y medicación concomitante	Cumplimentación del tratamiento Efectos adversos Consumo de drogas
<b>Información básica a usuarios y cuidadores</b>		
<i>Contenidos básicos de la información a usuarios y pacientes</i>		<b>Mensajes básicos</b> (ver pág. 23)
Informar sobre <ul style="list-style-type: none"> <li>• la naturaleza, curso y tratamiento de la enfermedad</li> <li>• la diferencia entre ansiedad normal y patológica</li> <li>• la toma compartida de decisiones</li> <li>• la existencia de alternativas terapéuticas, efectos adversos, tiempo de latencia, efectos discontinuación, etc.</li> <li>• específicamente sobre la alternativa terapéutica elegida</li> <li>• elementos básicos de autocontrol y manejo de crisis de pánico (acompañar de material escrito)</li> </ul>		

## Criterios de derivación a especializada

1. Detección de trastorno de ansiedad con predominio de **clínica obsesivo compulsiva** que genera malestar y deterioro significativo de la actividad cotidiana
2. Detección de trastorno de ansiedad con predominio de **clínica fóbica** que genera malestar y deterioro significativo de la actividad cotidiana
3. Trastornos de pánico o de ansiedad generalizada **que no mejoran** tras tratamiento farmacológico adecuado a dosis óptimas y mantenido un tiempo mínimo de 8 semanas, junto a las intervenciones psicológicas pertinentes
4. Aparición de **sintomatología grave o comorbilidad** que lo aconseje (ideas de suicidio persistentes, síntomas psicóticos, alteraciones graves de la conducta...)
5. Necesidad de **intervención psicoterapéutica** formal y estructurada (prioritariamente en persona joven, con capacidad introspectiva y motivación para el cambio)
6. Existencia de dudas o **dificultades diagnósticas o de manejo** del trastorno de ansiedad

<b>Criterios básicos de tratamiento</b>			
<b>Información</b>	<p>Informar al paciente de alternativas terapéuticas            Potenciar la toma compartida de decisiones            Favorecer uso combinado de intervenciones farmacológicas y psicológicas</p>		
<b>Medicación</b>	<b>Benzodiacepinas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Usar a las dosis ansiolíticas mínimas y durante un tiempo máximo de 6-12 semanas al inicio del tratamiento, junto a intervenciones psicológicas.</li> <li>• De elección en alivio de los síntomas agudos en crisis de pánico</li> <li>• Evaluación individualizada de riesgo de tolerancia y dependencia.</li> <li>• Retirada siempre gradual (20% cada 15 días)</li> </ul>	
	<b>ISRS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fármacos de primera elección en el tratamiento del T por angustia y del T ansiedad generalizada.</li> <li>• Inicio a dosis bajas hasta optimizar, mantenido un mínimo de 8 semanas a dosis terapéuticas para valorar eficacia</li> <li>• Si son efectivos, mantener un año tras desaparición de síntomas y suspender lentamente</li> </ul>	
<b>Intervenciones psicológicas</b>	<b>Psicoeducación y apoyo</b>	Todos los pacientes recibirán durante el proceso terapéutico información psicoeducativa y apoyo de los profesionales del EAP	
	<b>Técnicas de relajación</b>	Cuando esté indicado, se ofrecerá integrarse en un grupo de técnicas de relajación, impartido durante un número de sesiones preestablecidas, dirigido por personal entrenado del EAP (DUE – TS)	Indicaciones del grupo de relajación: <ul style="list-style-type: none"> <li>– T ansiedad generalizada</li> <li>– T por angustia</li> </ul>
	<b>Autoayuda</b>	<p>Ofrecer en caso de que existan, la participación en <b>asociaciones</b> (ver pág. 27) y grupos de autoayuda.            Ofrecer <b>información escrita sobre autocontrol de crisis de pánico</b> (ver pág. 24)            Informar sobre lecturas de autoayuda (<b>biblioterapia</b>) (ver pág. 26)</p>	

<b>Indicadores de calidad</b>	Adecuación diagnóstica a criterios DSM-IV TR o CIE-10.
	Primera revisión en un plazo máximo de 4 semanas.
	Tratamiento de 1ª elección con ISRS.
	Entrega de información básica y biblioterapia.
	Criterios de derivación adecuados a estándar.
<b>Bibliografía</b>	
<i>Guías clínicas de Atención Primaria (GuíaSalud)</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Castro C, Fernández B, Alberdi J. Ansiedad Generalizada. Guías Clínicas 2004; 4 (10). GuíaSalud.</li> <li>• Matías M, Alonso F, Rodríguez F. Crisis de Pánico. Guías Clínicas 2004; 4 (3). GuíaSalud.</li> </ul>
<i>Guías clínicas internacionales</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Anxiety. Management of anxiety in adults in primary, secondary and community care. Clinical Guideline 22. December 2004. National Collaborating Centre for Primary Care.</li> <li>• Treating Panic Disorders. A Quick Reference Guide. American Psychiatric Association. Revisión 2006.</li> </ul>
<i>Prevalencia</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Haro JM. et al. Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: Resultados del estudio ESEMeD-España. Med Clin. 2006; 126(12):445-51.</li> <li>• Subdirección de Salud Mental del Servicio Extremeño de Salud. Consejería de Sanidad. Junta de Extremadura: Datos de elaboración propia, 2005.</li> </ul>

**1. DATOS DE PREVALENCIA**

Prevalencia ESEMeD España 2006		Población extremeña que podría desarrollar un T de Ansiedad a lo largo de su vida
Prevalencia vida total	9,39%	101.776
Prevalencia vida mujeres	12,76%	69.498
Prevalencia vida hombres	5,71%	30.790
Prevalencia año total	6,20%	
Prevalencia año mujeres	7,60%	
Prevalencia año varones	2,50%	
Prevalencia atendida en ESM		F40-49 CIE: 32% consultas nuevas
T específicos		
T por Ansiedad (Crisis de Pánico)		2,5 % población general (mujeres: 2/1)
T de Angustia		5,0 % población general (mujeres: 2/1)

## 2. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE TRASTORNOS DE ANSIEDAD

### a. F41.1 Trastorno de ansiedad generalizada (300.02)

- A. Ansiedad y preocupación excesivas (expectación aprensiva) sobre una amplia gama de acontecimientos o actividades (como el rendimiento laboral o escolar), que se prolongan más de 6 meses.
- B. Al individuo le resulta difícil controlar este estado de constante preocupación.
- C. La ansiedad y preocupación se asocian a tres (o más) de los seis síntomas siguientes (algunos de los cuales han persistido más de 6 meses).

*Nota: En los niños sólo se requiere uno de estos síntomas.*

1. Inquietud o impaciencia
  2. Fatigabilidad fácil
  3. Dificultad para concentrarse o tener la mente en blanco
  4. Irritabilidad
  5. Tensión muscular
  6. Alteraciones del sueño (dificultad para conciliar o mantener el sueño, o sensación al despertarse de sueño no reparador)
- D. El centro de la ansiedad y de la preocupación no se limita a los síntomas de un trastorno; por ejemplo, la ansiedad o preocupación no hacen referencia a la posibilidad de presentar una crisis de angustia (como en el trastorno de angustia), pasarlo mal en público (como en la fobia social), contraer una enfermedad (como en el trastorno obsesivo-compulsivo), estar lejos de casa o de los seres queridos (como en el trastorno de ansiedad por separación), engordar (como en la anorexia nerviosa), tener quejas de múltiples síntomas físicos (como en el trastorno de somatización) o padecer una enfermedad grave (como en la hipocondría), y la ansiedad y la preocupación no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno por estrés postraumático.
  - E. La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
  - F. Estas alteraciones no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o a una enfermedad médica (p. ej., hipertiroidismo) y no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno del estado de ánimo, un trastorno psicótico o un trastorno generalizado del desarrollo.

### **Criterios para el diagnóstico de crisis de angustia (panic attack)**

Aparición temporal y aislada de miedo o malestar intensos, acompañada de cuatro (o más) de los siguientes síntomas, que se inician bruscamente y alcanzan su máxima expresión en los primeros 10 min:

1. Palpitaciones, sacudidas del corazón o elevación de la frecuencia cardíaca
2. Sudoración
3. Temblores o sacudidas
4. Sensación de ahogo o falta de aliento
5. Sensación de atragantarse
6. Opresión o malestar torácico
7. Náuseas o molestias abdominales
8. Inestabilidad, mareo o desmayo
9. Desrealización (sensación de irrealidad) o despersonalización (estar separado de uno mismo)
10. Miedo a perder el control o volverse loco

### Anexos

11. Miedo a morir
12. Parestesias (sensación de entumecimiento u hormigueo)
13. Escalofríos o sofocaciones

#### **Crterios para el diagnóstico de agorafobia**

*Nota:* No se registra la agorafobia en un código aislado. Codificar el diagnóstico del trastorno específico en que aparece la agorafobia (p. ej., F40.01 Trastorno de angustia con agorafobia (300.21) o F40.00 Agorafobia sin historia de trastorno de angustia (300.22)).

- A. Aparición de ansiedad al encontrarse en lugares o situaciones donde escapar puede resultar difícil (o embarazoso) o donde, en el caso de aparecer una crisis de angustia inesperada o más o menos relacionada con una situación, o bien síntomas similares a la angustia, puede no disponerse de ayuda. Los temores agorafóbicos suelen estar relacionados con un conjunto de situaciones características, entre las que se incluyen estar solo fuera de casa; mezclarse con la gente o hacer cola; pasar por un puente, o viajar en autobús, tren o automóvil.

*Nota:* Considerar el diagnóstico de fobia específica si el comportamiento de evitación se limita a una o pocas situaciones específicas, o de fobia social si tan sólo se relaciona con acontecimientos de carácter social.

- B. Estas situaciones se evitan (p. ej., se limita el número de viajes), se resisten a costa de un malestar o ansiedad significativos por temor a que aparezca una crisis de angustia o síntomas similares a la angustia, o se hace indispensable la presencia de un conocido para soportarlas.
- C. Esta ansiedad o comportamiento de evitación no puede explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental como fobia social (p. ej., evitación limitada a situaciones sociales por miedo a ruborizarse), fobia específica (p. ej., evitación limitada a situaciones aisladas como los ascensores), trastorno obsesivo-compulsivo (p. ej., evitación de todo lo que pueda ensuciar en un individuo con ideas obsesivas de contaminación), trastorno por estrés postraumático (p. ej., evitación de estímulos relacionados con una situación altamente estresante o traumática) o trastorno de ansiedad por separación (p. ej., evitación de abandonar el hogar o la familia).

#### **b. F41.0 Trastorno de angustia sin agorafobia (300.01)**

- A. Se cumplen 1 y 2:

1. Crisis de angustia inesperadas recidivantes
2. Al menos una de las crisis se ha seguido durante 1 mes (o más) de uno (o más) de los siguientes síntomas:
  - (a) Inquietud persistente ante la posibilidad de tener más crisis
  - (b) Preocupación por las implicaciones de la crisis o sus consecuencias (por ej., perder el control, sufrir un infarto de miocardio, "volverse loco")
  - (c) Cambio significativo del comportamiento relacionado con las crisis

- B. Ausencia de agorafobia.

- C. Las crisis de angustia no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o una enfermedad médica (p. ej., hipertiroidismo).

- D. Las crisis de angustia no pueden explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental, como por ejemplo fobia social (p. ej., aparecen al exponerse a situaciones sociales temidas), fobia específica (p. ej., el exponerse a situaciones fóbicas específicas), trastorno obsesivo-compulsivo (p. ej., al exponerse a la suciedad cuando la obsesión versa sobre el tema de la contaminación), trastorno por estrés postraumático (p. ej., en respuesta a estímulos asociados a situaciones altamente estresantes), o trastorno por ansiedad de separación (p. ej., al estar lejos de casa o de los seres queridos).



**c. F40.01 Trastorno de angustia con agorafobia (300.21)**

A. Se cumplen 1 y 2:

1. Crisis de angustia inesperadas recidivantes
2. Al menos una de las crisis se ha seguido durante 1 mes (o más) de uno (o más) de los siguientes síntomas:
  - (a) Inquietud persistente por la posibilidad de tener más crisis
  - (b) Preocupación por las implicaciones de la crisis o sus consecuencias (por ej., perder el control, sufrir un infarto de miocardio, “volverse loco”)
  - (c) Cambio significativo del comportamiento relacionado con las crisis

B. Presencia de agorafobia.

C. Las crisis de angustia no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o una enfermedad médica (p. ej., hipertiroidismo).

D. Las crisis de angustia no pueden explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental, como por ejemplo fobia social (p. ej., aparecen al exponerse a situaciones sociales temidas), fobia específica (p. ej., el exponerse a situaciones fóbicas específicas), trastorno obsesivo-compulsivo (p. ej., al exponerse a la suciedad cuando la obsesión versa sobre el tema de la contaminación), trastorno por estrés postraumático (p. ej., en respuesta a estímulos asociados a situaciones altamente estresantes), o trastorno por ansiedad por separación (p. ej., al estar lejos de casa o de los seres queridos).

**d. F40.00 Agorafobia sin historia de trastorno de angustia (300.22)**

A. Aparición de agorafobia en relación con el temor de desarrollar síntomas similares a la angustia (p. ej., mareos o diarrea).

B. Nunca se han cumplido los criterios diagnósticos del trastorno de angustia.

C. El trastorno no se debe a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (drogas, fármacos) o de una enfermedad médica.

D. Si el individuo presenta una enfermedad médica, el temor descrito en el Criterio A es claramente excesivo en comparación con el habitualmente asociado a la enfermedad médica.

**e. F40.02 Fobia específica (300.29)**

A. Temor acusado y persistente que es excesivo o irracional, desencadenado por la presencia o anticipación de un objeto o situación específicos (p. ej., volar, precipicios, animales, administración de inyecciones, visión de sangre).

B. La exposición al estímulo fóbico provoca casi invariablemente una respuesta inmediata de ansiedad, que puede tomar la forma de una crisis de angustia situacional o más o menos relacionada con una situación determinada.

*Nota: En los niños la ansiedad puede traducirse en lloros, berrinches, inhibición o abrazos.*

C. La persona reconoce que este miedo es excesivo o irracional.

*Nota: En los niños este reconocimiento puede faltar.*

D. La(s) situación(es) fóbica(s) se evitan o se soportan a costa de una intensa ansiedad o malestar.

E. Los comportamientos de evitación, la anticipación ansiosa, o el malestar provocados por la(s) situación(es) temida(s) interfieren acusadamente con la rutina normal de la persona, con las relaciones laborales (o académicas) o sociales, o bien provocan un malestar clínicamente significativo.

### Anexos

- F. En los menores de 18 años la duración de estos síntomas debe haber sido de 6 meses como mínimo.
- G. La ansiedad, las crisis de angustia o los comportamientos de evitación fóbica asociados a objetos o situaciones específicos no pueden explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental, por ejemplo, un trastorno obsesivo-compulsivo (p. ej., miedo a la suciedad en un individuo con ideas obsesivas de contaminación), trastorno por estrés postraumático (p. ej., evitación de estímulos relacionados con un acontecimiento altamente estresante), trastorno de ansiedad por separación (p. ej., evitación de ir a la escuela), fobia social (p. ej., evitación de situaciones sociales por miedo a que resulten embarazosas), trastorno de angustia con agorafobia, o agorafobia sin historia de trastorno de angustia.

#### Tipos:

**Tipo animal. Tipo ambiental** (p. ej., alturas, tormentas, agua). **Tipo sangre-inyecciones-daño. Tipo situacional** (p. ej., aviones, ascensores, recintos cerrados). **Otros tipos** (p. ej., evitación fóbica de situaciones que pueden provocar atragantamiento, vómito o adquisición de una enfermedad; en los niños, evitación de sonidos intensos o personas disfrazadas).

#### f. F40.1 Fobia social (300.23)

- A. Temor acusado y persistente por una o más situaciones sociales o actuaciones en público en las que el sujeto se ve expuesto a personas que no pertenecen al ámbito familiar o a la posible evaluación por parte de los demás. El individuo teme actuar de un modo (o mostrar síntomas de ansiedad) que sea humillante o embarazoso.

**Nota:** En los niños es necesario haber demostrado que sus capacidades para relacionarse socialmente con sus familiares son normales y han existido siempre, y que la ansiedad social aparece en las reuniones con individuos de su misma edad y no sólo en cualquier interrelación con un adulto.

- B. La exposición a las situaciones sociales temidas provoca casi invariablemente una respuesta inmediata de ansiedad, que puede tomar la forma de una crisis de angustia situacional o más o menos relacionada con una situación.

**Nota:** En los niños la ansiedad puede traducirse en lloros, berrinches, inhibición o retraimiento en situaciones sociales donde los asistentes no pertenecen al marco familiar.

- C. El individuo reconoce que este temor es excesivo o irracional.

**Nota:** En los niños puede faltar este reconocimiento.

- D. Las situaciones sociales o actuaciones en público temidas se evitan o bien se experimentan con ansiedad o malestar intensos.

- E. Los comportamientos de evitación, la anticipación ansiosa, o el malestar que aparece en la(s) situación(es) social(es) o actuación(es) en público temida(s) interfieren acusadamente con la rutina normal del individuo, con sus relaciones laborales (o académicas) o sociales, o bien producen un malestar clínicamente significativo.

- F. En los individuos menores de 18 años la duración del cuadro sintomático debe prolongarse como mínimo 6 meses.

- G. El miedo o el comportamiento de evitación no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o de una enfermedad médica y no pueden explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental (p. ej., trastorno de angustia con o sin agorafobia, trastorno de ansiedad por separación, trastorno dismórfico corporal, un trastorno generalizado del desarrollo o trastorno esquizoide de la personalidad).

- H. Si hay una enfermedad médica u otro trastorno mental, el temor descrito en el Criterio A no se relaciona con estos procesos (p. ej., el miedo no es debido a la tartamudez, a los temblores de la enfermedad de

Parkinson o a la exhibición de conductas alimentarias anormales en la anorexia nerviosa o en la bulimia nerviosa).

**Especificar si:**

**Generalizada:** Si los temores hacen referencia a la mayoría de las situaciones sociales (considerar también el diagnóstico adicional de trastorno de la personalidad por evitación).

**g. F42.8 Trastorno obsesivo-compulsivo (300.3)**

**A.** Se cumple para las obsesiones y las compulsiones:

Las **obsesiones** se definen por 1, 2, 3 y 4:

1. Pensamientos, impulsos o imágenes recurrentes y persistentes que se experimentan en algún momento del trastorno como intrusos e inapropiados, y causan ansiedad o malestar significativos
2. Los pensamientos, impulsos o imágenes no se reducen a simples preocupaciones excesivas sobre problemas de la vida real
3. La persona intenta ignorar o suprimir estos pensamientos, impulsos o imágenes, o bien intenta neutralizarlos mediante otros pensamientos o actos
4. La persona reconoce que estos pensamientos, impulsos o imágenes obsesivos son el producto de su mente (y no vienen impuestos como en la inserción del pensamiento)

Las **compulsiones** se definen por 1 y 2:

1. Comportamientos (p. ej., lavado de manos, puesta en orden de objetos, comprobaciones) o actos mentales (p. ej., rezar, contar o repetir palabras en silencio) de carácter repetitivo, que el individuo se ve obligado a realizar en respuesta a una obsesión o con arreglo a ciertas reglas que debe seguir estrictamente
2. El objetivo de estos comportamientos u operaciones mentales es la prevención o reducción del malestar o la prevención de algún acontecimiento o situación negativos; sin embargo, estos comportamientos u operaciones mentales o bien no están conectados de forma realista con aquello que pretenden neutralizar o prevenir o bien resultan claramente excesivos

**B.** En algún momento del curso del trastorno la persona ha reconocido que estas obsesiones o compulsiones resultan excesivas o irracionales.

**Nota:** Este punto no es aplicable en los niños.

**C.** Las obsesiones o compulsiones provocan un malestar clínico significativo, representan una pérdida de tiempo (suponen más de 1 hora al día) o interfieren marcadamente con la rutina diaria del individuo, sus relaciones laborales (o académicas) o su vida social.

**D.** Si hay otro trastorno, el contenido de las obsesiones o compulsiones no se limita a él (p. ej., preocupaciones por la comida en un trastorno alimentario, arranque de cabellos en la tricotilomanía, inquietud por la propia apariencia en el trastorno dismórfico corporal, preocupación por las drogas en un trastorno por consumo de sustancias, preocupación por estar padeciendo una grave enfermedad en la hipocondría, preocupación por las necesidades o fantasías sexuales en una parafilia o sentimientos repetitivos de culpabilidad en el trastorno depresivo mayor).

**E.** El trastorno no se debe a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o de una enfermedad médica.

**Especificar si:**

**Con poca conciencia de enfermedad:** Si, durante la mayor parte del tiempo del episodio actual, el individuo no reconoce que las obsesiones o compulsiones son excesivas o irracionales.

#### h. F43.1 Trastorno por estrés postraumático (309.81)

- A. La persona ha estado expuesta a un acontecimiento traumático en el que han existido 1 y 2:
1. La persona ha experimentado, presenciado o le han explicado uno (o más) acontecimientos caracterizados por muertes o amenazas para su integridad física o la de los demás
  2. La persona ha respondido con un temor, una desesperanza o un horror intensos
- Nota: En los niños estas respuestas pueden expresarse en comportamientos desestructurados o agitados.*
- B. El acontecimiento traumático es reexperimentado persistentemente a través de una (o más) de las siguientes formas:
1. Recuerdos del acontecimiento recurrentes e intrusos que provocan malestar y en los que se incluyen imágenes, pensamientos o percepciones
- Nota: En los niños pequeños esto puede expresarse en juegos repetitivos donde aparecen temas o aspectos característicos del trauma.*
2. Sueños de carácter recurrente sobre el acontecimiento, que producen malestar
- Nota: En los niños puede haber sueños terroríficos de contenido irreconocible.*
3. El individuo actúa o tiene la sensación de que el acontecimiento traumático está ocurriendo (se incluye la sensación de estar reviviendo la experiencia, ilusiones, alucinaciones y episodios disociativos de flashback, incluso los que aparecen al despertarse o al intoxicarse)
- Nota: Los niños pequeños pueden reescenificar el acontecimiento traumático específico.*
4. Malestar psicológico intenso al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático
  5. Respuestas fisiológicas al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático
- C. Evitación persistente de estímulos asociados al trauma y embotamiento de la reactividad general del individuo (ausente antes del trauma), tal y como indican tres (o más) de los siguientes síntomas:
1. Esfuerzos para evitar pensamientos, sentimientos o conversaciones sobre el suceso traumático
  2. Esfuerzos para evitar actividades, lugares o personas que motivan recuerdos del trauma
  3. Incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma
  4. Reducción acusada del interés o la participación en actividades significativas
  5. Sensación de desapego o enajenación frente a los demás
  6. Restricción de la vida afectiva (p. ej., incapacidad para tener sentimientos de amor)
  7. Sensación de un futuro desolador (p. ej., no espera obtener un empleo, casarse, formar una familia o, en definitiva, llevar una vida normal)
- D. Síntomas persistentes de aumento de la activación (arousal) (ausente antes del trauma), tal y como indican dos (o más) de los siguientes síntomas:
1. Dificultades para conciliar o mantener el sueño
  2. Irritabilidad o ataques de ira
  3. Dificultades para concentrarse
  4. Hipervigilancia
  5. Respuestas exageradas de sobresalto
- E. Estas alteraciones (síntomas de los Criterios B, C y D) se prolongan más de 1 mes.
- F. Estas alteraciones provocan malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

**Especificar si:**

**Agudo:** Si los síntomas duran menos de 3 meses.

**Crónico:** Si los síntomas duran 3 meses o más.

**De inicio demorado:** Entre el acontecimiento traumático y el inicio de los síntomas han pasado como mínimo 6 meses.

**i. F43.0 Trastorno por estrés agudo (308.3)**

- A.** La persona ha estado expuesta a un acontecimiento traumático en el que han existido 1 y 2:
1. La persona ha experimentado, presenciado o le han explicado uno (o más) acontecimientos caracterizados por muertes o amenazas para su integridad física o la de los demás
  2. La persona ha respondido con un temor, una desesperanza o un horror intensos
- B.** Durante o después del acontecimiento traumático, el individuo presenta tres (o más) de los siguientes síntomas disociativos:
1. Sensación subjetiva de embotamiento, desapego o ausencia de reactividad emocional
  2. Reducción del conocimiento de su entorno (p. ej., estar aturdido)
  3. Desrealización
  4. Despersonalización
  5. Amnesia disociativa (p. ej., incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma)
- C.** El acontecimiento traumático es reexperimentado persistentemente en al menos una de estas formas: imágenes, pensamientos, sueños, ilusiones, episodios de flashback recurrentes o sensación de estar reviviendo la experiencia, y malestar al exponerse a objetos o situaciones que recuerdan el acontecimiento traumático.
- D.** Evitación acusada de estímulos que recuerdan el trauma (p. ej., pensamientos, sentimientos, conversaciones, actividades, lugares, personas).
- E.** Síntomas acusados de ansiedad o aumento de la activación (arousal) (p. ej., dificultades para dormir, irritabilidad, mala concentración, hipervigilancia, respuestas exageradas de sobresalto, inquietud motora).
- F.** Estas alteraciones provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo, o interfieren de forma notable con su capacidad para llevar a cabo tareas indispensables, por ejemplo, obtener la ayuda o los recursos humanos necesarios explicando el acontecimiento traumático a los miembros de su familia.
- G.** Estas alteraciones duran un mínimo de 2 días y un máximo de 4 semanas, y aparecen en el primer mes que sigue al acontecimiento traumático.
- H.** Estas alteraciones no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o a una enfermedad médica, no se explican mejor por la presencia de un trastorno psicótico breve.

### 3. TRASTORNO DE ANSIEDAD DEBIDO A ENFERMEDAD MÉDICA O SUSTANCIAS

#### F06.4 Trastorno de ansiedad debido a... (indicar enfermedad médica) (293.89)

- A. La ansiedad prominente, las crisis de angustia o las obsesiones o compulsiones predominan en el cuadro clínico.
- B. A partir de la historia clínica, de la exploración física o de las pruebas de laboratorio se demuestra que las alteraciones son la consecuencia fisiológica directa de una enfermedad médica.
- C. Estas alteraciones no pueden explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental (p. ej., trastorno adaptativo con ansiedad en el que el agente estresante es una enfermedad médica grave).
- D. Estas alteraciones no aparecen exclusivamente en el transcurso de un delirium.
- E. Estas alteraciones provocan un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

#### Especificar si:

**Con ansiedad generalizada:** Cuando predomina una ansiedad o preocupación excesivas centradas en múltiples acontecimientos o actividades.

**Con crisis de angustia:** Cuando predominan las crisis de angustia.

**Con síntomas obsesivo-compulsivos:** Cuando predominan las obsesiones o las compulsiones en la presentación clínica.

#### Nota de codificación:

Incluir el nombre de la enfermedad médica en el Eje I, por ejemplo, F06.4 Trastorno de ansiedad debido a feocromocitoma, con ansiedad generalizada (293.89); codificar también la enfermedad médica en el Eje III.

#### Trastorno de ansiedad inducido por sustancias

- A. La ansiedad de carácter prominente, las crisis de angustia o las obsesiones o compulsiones predominan en el cuadro clínico.
- B. A partir de la historia clínica, de la exploración física o de las pruebas de laboratorio se demuestra que 1 ó 2:
  - 1. Los síntomas del Criterio A aparecen durante la intoxicación o abstinencia o en el primer mes siguiente
  - 2. El consumo del medicamento está relacionado etiológicamente con la alteración
- C. La alteración no se explica mejor por la presencia de un trastorno de ansiedad no inducido por sustancias. Entre las pruebas que demuestran que los síntomas pueden atribuirse más correctamente a un trastorno de ansiedad no inducido por sustancias se incluyen las siguientes: la aparición de los síntomas precede al consumo de la sustancia (o medicamento); los síntomas persisten durante un tiempo considerable (p. ej., alrededor de 1 mes) después del final del período agudo de intoxicación o de abstinencia, o son claramente excesivos en comparación con los que cabría esperar teniendo en cuenta el tipo o la cantidad de sustancia consumida o la duración de este consumo; o existen otras pruebas que sugieren la existencia de un trastorno de ansiedad independiente no inducido por sustancias (p. ej., una historia de episodios de carácter recidivante no relacionados con sustancias).
- D. La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de un delirium.
- E. La alteración provoca un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

**Nota:** Sólo debe efectuarse este diagnóstico en vez del de intoxicación o abstinencia cuando los síntomas de ansiedad son claramente excesivos en comparación con los que cabría esperar en una intoxicación o una abstinencia y cuando son de suficiente gravedad como para merecer una atención clínica independiente.



#### 4. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE TRASTORNO ADAPTATIVO CON SÍNTOMAS DE ANSIEDAD

##### Criterios para el diagnóstico de trastornos adaptativos

- A. La aparición de síntomas emocionales o comportamentales en respuesta a un estresante identificable tiene lugar dentro de los 3 meses siguientes a la presencia del estresante.
- B. Estos síntomas o comportamientos se expresan, clínicamente del siguiente modo:
  - 1. Malestar mayor de lo esperable en respuesta al estresante
  - 2. Deterioro significativo de la actividad social o laboral (o académica)
- C. La alteración relacionada con el estrés no cumple los criterios para otro trastorno específico y no constituye una simple exacerbación de un trastorno preexistente.
- D. Los síntomas no responden a una reacción de duelo.
- E. Una vez ha cesado el estresante (o sus consecuencias), los síntomas no persisten más de 6 meses.

##### Especificar si:

**Agudo:** Si la alteración dura menos de 6 meses.

**Crónico:** Si la alteración dura 6 meses o más.

Los trastornos adaptativos son codificados según el subtipo, que se selecciona de acuerdo con los síntomas predominantes. El estresante específico puede señalarse en el Eje IV.

F43.20 Con estado de ánimo depresivo (309.0)

F43.28 Con ansiedad (309.24)

F43.22 Mixto, con ansiedad y estado de ánimo depresivo (309.28)

F43.24 Con trastorno de comportamiento (309.3)

F43.25 Con alteración mixta de las emociones y el comportamiento (309.4)

F43.9 No especificado (309.9)

**5. ENFERMEDADES, MEDICAMENTOS O DROGAS QUE PUEDEN PRODUCIR SÍNTOMAS DE ANSIEDAD**

1.	<b>Endocrinológicos:</b> Hipo o hipertiroidismo, hipoglucemia, insuficiencia adrenal, hiperadrenocorticismo, feocromocitoma, menopausia...
2.	<b>Cardiovasculares:</b> ICC, insuficiencia coronaria, TEP, arritmias, prolapso mitral...
3.	<b>Respiratorio:</b> Asma, EPOC, neumonías, trastornos de ventilación...
4.	<b>Alteraciones metabólicas:</b> Diabetes, porfiria, hipoxia, hipocapnia, hipoglucemia hiperpotasemia, hipercapnia, hiponatremia...
5.	<b>Neurológico:</b> Neoplasia, encefalitis, disfunción vestibular, epilepsia temporal, migrañas...
6.	<b>Intoxicaciones:</b> Plomo...
7.	<b>Hematológicas:</b> Anemia, déficit de B12...
8.	<b>Otras:</b> Infección urinaria en ancianos, síndrome de fatiga crónica, cáncer...
9.	<b>Yatrogenia:</b> Antidepresivos (IRS) anticonvulsivantes (carbameceptina, etosuximida), antimicrobianos (cefalosporinas, ofloxacino, aciclovir, isoniazida), broncodilatadores (teofilinas, beta 2 agonistas) intoxicación digitalica, estrógenos, insulina en hipoglucemias, AINES (indometacina), antihistamínicos, antagonistas del canal del calcio (felodipina), dopamina, inotrópicos (adrenalina, noradrenalina), levodopa, corticosteroides, Tiroxina...
10.	<b>Drogas:</b> Cafeína, anfetaminas, cocaína, alcohol...



## 6. MENSAJES BÁSICOS A PACIENTES Y USUARIOS

Mensajes básicos en lenguaje sencillo y comprensible:

- Tranquilizar al paciente, utilizar un enfoque realista y práctico
- Los trastornos de ansiedad son una patología común, de naturaleza crónica, causa de sufrimiento y discapacidad funcional, a menudo no reconocida ni tratada adecuadamente
- Explicar presencia de síntomas somáticos y ausencia de implicaciones de riesgo vital
- Existen abordajes efectivos y bien tolerados, incluyendo medicación, terapias psicológicas y autoayuda (relajación, respiración, entrenamiento de control de crisis, biblioterapia)
- La mayoría de las personas con problemas de ansiedad mejoran significativamente de sus síntomas y se mantienen mejor

GABARTE DE SERVICIOS  
DE ATENCIÓN PRIMARIA DEL  
SERVICIO EXTREMO DE SALUD

## 7. INFORMACIÓN ESCRITA SOBRE CONTROL DE LAS CRISIS DE ANSIEDAD

### ¿Qué es y qué ocurre durante las crisis de pánico?

Las crisis de pánico afectan al 1,5-3,5 % de la población general, son más frecuentes en mujeres y suelen comenzar en la adolescencia, aunque a veces debutan en personas de mayor edad. Se manifiestan como episodios bruscos e inesperados, sin causa aparente, de miedo intenso a perder el control, o a que algo horrible va a suceder o incluso miedo a morir, acompañados de síntomas como: dificultad para respirar, dolor en el pecho, palpitaciones, sudación, temblores, sensación de mareo e inestabilidad, hormigueo, náuseas y malestar abdominal. Por lo general, las crisis duran entre 10 minutos y media hora. En casi todos los casos las personas que sufren un episodio sufrirán algunos más, ocasionando una gran limitación en el desarrollo de las actividades diarias debido a la ansiedad que causan y al miedo a padecer nuevos episodios y a sus implicaciones.

### Otros temores

Muchas personas que lo padecen, presentan además múltiples y variados temores centrados fundamentalmente alrededor de tres aspectos: miedo a abandonar el hogar, miedo a quedarse solo o miedo a encontrarse lejos del hogar en situaciones en las que se sientan atrapados, molestos o indefensos, lo que se denomina AGORAFOBIA. Estas situaciones se evitan por miedo a que aparezca una crisis de angustia, lo que lleva a estas personas a limitar cada vez más sus actividades.

### Su importancia

Los trastornos de pánico constituyen una enfermedad real e importante, que puede afectar seriamente a la vida de la persona que lo padece y que, aunque puede mejorar ocasionalmente, no suele desaparecer a menos que se reciba un tratamiento adecuado.

### Tiene tratamiento específico

Esta enfermedad puede controlarse con un tratamiento específico. Una combinación de psicoterapia y medicamentos (existen varios eficaces) previene crisis posteriores y hace que estas sean cada vez menos frecuentes e intensas, consiguiendo buenos resultados en el 70-90% de las personas que padecen estos trastornos. Para asegurar los mejores resultados terapéuticos es muy importante la constancia en el cumplimiento del tratamiento.

### Estrategias para combatir el pánico

1. Recuerda que aunque tus sentimientos son muy atemorizadores, no son peligrosos ni dañinos.
2. Comprende que lo que estás experimentando es sólo una exageración de tus reacciones corporales normales ante el estrés.
3. No luches contra tus sentimientos ni intentes alejarlos, cuanto menos te enfrentes a ellos menos intensos serán.
4. No aumentes tu pánico pensando qué podría pasar. Si te encuentras preguntándote ¿qué pasaría si?, contéstate ¡bueno, ya está, sólo es esto!
5. Permanece en el presente. Date cuenta de lo que realmente te está pasando y oponlo a lo que piensas que podría pasar.

6. Gradúa tu nivel de miedo desde 0 a 10 y mira si sube o baja. Verás que no permanece en altos niveles por más de unos segundos.
7. Cuando te encuentres pensando qué te va a pasar cambia tu pensamiento y lleva a cabo alguna tarea como contar hacia atrás desde 100 de 3 en 3.
8. Sé consciente de que cuando tu paras de añadir sentimientos de temor a tu situación, tu miedo comienza a ceder.
9. Cuando el pánico llega, acéptalo. Espera y dale tiempo a que pase sin salir corriendo.
10. Siéntete orgulloso de ti mismo por tus progresos y piensa lo bien que vas a sentirte cuando lo superes esta vez.

GABINETE DE SERVICIOS  
DE ATENCIÓN PRIMARIA DEL  
SERVICIO EXTREMO DE SALUD

### 8. BIBLIOTERAPIA

#### Depresión

- Sevilla, Juan y Pastor, Carmen. *“Tratamiento psicológico de la depresión: Un manual de autoayuda paso a paso”* (4ª ed.). Publicaciones del centro de terapia de conducta. 173 pgs. Aprox. 15,60 €
- David D. Burns. *“Sentirse bien, una nueva terapia contra las depresiones”*. Ediciones Paidós, 1990. 424 pags. Aprox. 24 €
- Albert Ellis. *“Usted puede ser feliz. Terapia racional emotiva para superar la ansiedad y la depresión”*. Ediciones Paidós. 2000. 224 pgs. Aprox. 16 €

#### Pánico

- Sevilla, Juan y Pastor, Carmen. *“Tratamiento psicológico del pánico-agorafobia: un manual de autoayuda paso a paso”* (7ª ed.). Publicaciones del centro de terapia de conducta. (Existe edición acompañada de DVD). 143 pgs. Aprox. 10 €
- Elia Roca. *“Como superar el pánico (con o sin agorafobia). Programa de autoayuda”*. Ediciones ACDE. 2005. 190 pgs. 18 € aprox.

#### Generales

- Burns, David. *“Adiós Ansiedad. Cómo superar la timidez, los miedos, las fobias y las situaciones de pánico”*. Ediciones Paidós Ibérica, S.A. 2006. 348 pgs. Aprox. 20 €
- Ellis Albert. *“Cómo controlar la ansiedad antes de que le controle a usted”*. Ediciones Paidós. 2000. 304 pgs. Aprox. 17 €
- Ellis, Albert. *“Sentirse mejor, estar mejor, y seguir mejorando”*. Ediciones Mensajero, S.A. 319 pgs. Aprox. 20 €
- Ellis, Albert. *“Ser feliz y vencer las preocupaciones”*. Ediciones Obelisco, S.A. 2003. 222 pgs. Aprox. 12 €
- Ellis, Albert. *“Una nueva guía para una vida racional”*. Ediciones Obelisco, S.A. 2003. 348 pgs. Aprox. 17 €
- González, López. *“Sentirse bien está en tus manos”*. Ediciones Sol Terrae.

#### Guías en Internet

- *Guía para angustiados*: [http://www.psicologia-online.com/colaboradores/jc/guia\\_ansiedad.html](http://www.psicologia-online.com/colaboradores/jc/guia_ansiedad.html)
- *Sentirse mejor*: [http://www.psicologia-online.com/ESMUbada/Libros/Sentirse\\_Mejor/sentirse6.htm](http://www.psicologia-online.com/ESMUbada/Libros/Sentirse_Mejor/sentirse6.htm)
- *Guía de la ansiedad y las crisis de pánico*: <http://www.ansede.com/index.php?id=20>

## 9. ASOCIACIONES Y GRUPOS DE AUTOAYUDA

### Asociación Virtual

#### **JUNTOS PODEMOS**

Dirección electrónica: <http://www.juntospodemos.com/>

### Asociaciones de ansiedad y agorafobia en el ámbito nacional

#### **ADEA: Asociación de Enfermos de Agorafobia de Albacete**

Dirección postal: Centro de ocio y cultura. C/ Gabriel Ciscar, 20. 02005 Albacete,

Teléfonos de contacto: 967 611 883 / 967 523 144

Dirección electrónica: [http://www.geocities.com/adealba\\_2000/index.html](http://www.geocities.com/adealba_2000/index.html)

Correo electrónico: [adealba\\_2000@terra.com](mailto:adealba_2000@terra.com)

#### **AGOS: Asociación de personas afectadas por trastornos de ansiedad y agorafobia de la provincia de Cádiz**

Dirección postal: Local de reuniones en la parroquia de San José Artesano. Parque Laulhé. San Fernando (Cádiz). Se reúnen cada martes, a partir de las 18:00 h.

Teléfono de contacto: 956 271 937

Dirección electrónica: Pendiente, disponible en breve

Correo electrónico: [carmenblanca35@hotmail.com](mailto:carmenblanca35@hotmail.com)

Observaciones: Se ocupa de fobia social, agorafobia y trastornos de ansiedad en general. También tienen taller de habilidades sociales.

#### **AMADAG: Asociación Madrileña de Agorafobia y Trastornos de Pánico**

Área de actuación: Madrid.

Teléfono de contacto: 617 837 930 (Rubén Casado, equipo de psicólogos)

Dirección electrónica: <http://es.geocities.com/rubencas2000>

Correo electrónico: [rubencas@canal21.com](mailto:rubencas@canal21.com)

Observaciones: Se ocupa de la agorafobia y los trastornos de pánico; no atiende casos de fobia social y otros trastornos de ansiedad.

#### **ANSIETAT**

Dirección electrónica: <http://www.ansietat.org/>

Teléfonos de contacto: 666 292 973 / 646 715 394

#### **ASSOCIACIÓ GIRONINA D'AGORAFÒBICS**

Dirección postal: Ap. nº 17 - Hotel de Entidades (Bienestar Social). C/ Rutlla 20 - 22 17002 Girona (Gerona).

Teléfono de contacto: 669 007 887

Dirección electrónica: <http://www.agorafobia.es.vg>

Correo electrónico: Quim Vencells: [quimvencells@yahoo.es](mailto:quimvencells@yahoo.es)

Observaciones: Se ocupa de la agorafobia y el trastorno de pánico. Cuenta con servicios de atención telefónica, información y formación y grupos de ayuda mutua.

#### **ASOCIACIÓN CATALANA PARA EL TRATAMIENTO DE LA ANSIEDAD Y LA DEPRESIÓN**

Dirección electrónica: <http://www.actad.org/>

#### **ASOCIACIÓN DE AGORAFOBIA DE CASTILLA-LA MANCHA**

Representante: Consuelo Ramírez López

Dirección postal: C/ José Zorrilla, 6, 1º E. 02001 Albacete.

Teléfono de contacto: Dato no facilitado

Dirección electrónica: No dispone de página web

Correo electrónico: No dispone de correo electrónico

### Anexos

#### **AVA: Asociación Valenciana para la Ansiedad**

Dirección postal: Se reúnen en un local cedido por al Ayuntamiento de Picanya.

Teléfonos de contacto: 961 561 091 / 699 384 370 (Teléfonos de Pepi Teruel, encargada de organizar las reuniones)

Dirección electrónica: No dispone de página web

Correo electrónico: No dispone de correo electrónico

#### **CAPAZ: Centro Aragonés de Pánico y Agorafobia**

Dirección postal: Dato no facilitado

Teléfonos de contacto: 976 253 011 / 976 557 397

Dirección electrónica: No dispone de página web

Correo electrónico: No dispone de correo electrónico

Observaciones: Se ocupa tanto de trastornos de pánico como de agorafobia.

#### **ESPACIOS ABIERTOS: Asociación para la ayuda y divulgación de la agorafobia**

Dirección postal: C/ Gravina, nº 4 (Centro Loyola). 03010 Alicante.

Teléfono de contacto: 610 991 338

Dirección electrónica: Pendiente, disponible en breve

Correo electrónico: agoratas@yahoo.es

#### **LEKU IREKIAK - ESPACIOS ABIERTOS: Asociación para la Ayuda y Divulgación de la Agorafobia de la Comunidad Autónoma Vasca**

Dirección postal: Locales Parroquiales de la Iglesia Nuestra Sra. de Nazaret. C/ Poeta Díaz Gabiño, 2. 48920 Portugalete (Bizkaia / Vizcaya).

Teléfono de contacto: 944 937 833

Dirección electrónica: <http://www.terra.es/personal6/lekuirekiak>

Correo electrónico: lekuirekiak@terra.es

Observaciones: Se ocupa específicamente de la agorafobia.

#### **ASOCIACIÓN ALAVESA DE AGORAFOBIA (Vitoria)**

Teléfonos de contacto: 649 710 571 / 945 144 494 / 919 417 937

Correos electrónicos: ezkarabatxo@jet.es y gasteizn@jet.es

#### **HORIZONTES ABIERTOS: Ansiedad y las Fobias: Trastorno de la Angustia, Pánico, Agorafobia, Fobia Social**

Dirección postal: C/ Antonio Machado Viglietti, 1 (antiguo hogar de Fátima), junto al estadio Insular, por la grada sur. Las Palmas de Gran Canaria.

Teléfono de contacto: 928 249 168 (Lunes, miércoles y jueves: 10 - 13h. Martes y viernes: 18 - 21h. Horario Canarias)

Dirección electrónica: No dispone de página web

Correo electrónico: Pendiente, disponible en breve

Observaciones: Se ocupa de todos los trastornos de ansiedad: angustia, pánico, agorafobia, fobia social.

#### **TRASTORNOS D'ANSIETAT: Grups d'Ajuda Mútua. (Pánico-Agorafobia, Fobia social y T. Obsesivo)**

Dirección postal: C/ Rosselló, 49 baixos. l'Hospitalet del Llobregat (Barcelona).

Teléfonos de contacto: 646 715 394 / 934 480 668 (miércoles de 19 a 21 h.)

Dirección electrónica: <http://usuario.tiscali.es/ansietat/>

Correo electrónico: ansietat@tiscali.es

Observaciones: Se ocupa de los trastornos

#### **ASATRA, Asociación Aragonesa de trastornos de la Ansiedad (Zaragoza)**

Teléfono de contacto: 687 477 669

Correo electrónico: asociacion-asatra@hotmail.com

<b>Población diana</b>				
<p>Todos aquellos usuarios del SSPE mayores de 18 años que presenten síntomas compatibles con un trastorno depresivo</p>	<p>Prevalencia de Trastornos depresivos (ver pág. 36)</p>			
<b>Criterios de entrada: inclusión / exclusión</b>				
<p>Todos aquellos usuarios del SSPE mayores de 18 años que presenten síntomas compatibles con un trastorno depresivo diagnosticado según criterios diagnósticos CIE-10 o DSM-IV-TR</p>	<table border="1"> <tr> <td> <p><b>Inclusiones</b> Trastornos depresivos (ver pág. 37) según criterios DSM-IV-TR o CIE-10</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Trastorno depresivo mayor, episodio único (ver pág. 37)</li> <li>• Trastorno depresivo mayor, recidivante (ver pág. 38)</li> <li>• Trastorno distímico (ver pág. 39)</li> <li>• Trastorno depresivo no especificado (ver pág. 39)</li> <li>• Trastorno bipolar I, episodio maníaco único (ver pág. 41)</li> <li>• Trastorno bipolar I, episodio más reciente... (ver pág. 41-42)</li> <li>• Trastorno bipolar II (ver pág. 42)</li> <li>• Trastorno ciclotímico (ver pág. 43)</li> <li>• Trastorno bipolar no especificado (ver pág. 43)</li> </ul> </td> <td> <p><b>Exclusiones</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Menores de 18 años</li> <li>• T del estado de ánimo de origen orgánico (ver pág. 44)</li> <li>• Trastorno adaptativo con síntomas depresivos y Duelo (ver pág. 45)</li> </ul> </td> <td> <p><b>Derivaciones</b> según criterios de complejidad asistencial o resistencia al tratamiento (ver más adelante)</p> </td> </tr> </table>	<p><b>Inclusiones</b> Trastornos depresivos (ver pág. 37) según criterios DSM-IV-TR o CIE-10</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Trastorno depresivo mayor, episodio único (ver pág. 37)</li> <li>• Trastorno depresivo mayor, recidivante (ver pág. 38)</li> <li>• Trastorno distímico (ver pág. 39)</li> <li>• Trastorno depresivo no especificado (ver pág. 39)</li> <li>• Trastorno bipolar I, episodio maníaco único (ver pág. 41)</li> <li>• Trastorno bipolar I, episodio más reciente... (ver pág. 41-42)</li> <li>• Trastorno bipolar II (ver pág. 42)</li> <li>• Trastorno ciclotímico (ver pág. 43)</li> <li>• Trastorno bipolar no especificado (ver pág. 43)</li> </ul>	<p><b>Exclusiones</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Menores de 18 años</li> <li>• T del estado de ánimo de origen orgánico (ver pág. 44)</li> <li>• Trastorno adaptativo con síntomas depresivos y Duelo (ver pág. 45)</li> </ul>	<p><b>Derivaciones</b> según criterios de complejidad asistencial o resistencia al tratamiento (ver más adelante)</p>
<p><b>Inclusiones</b> Trastornos depresivos (ver pág. 37) según criterios DSM-IV-TR o CIE-10</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Trastorno depresivo mayor, episodio único (ver pág. 37)</li> <li>• Trastorno depresivo mayor, recidivante (ver pág. 38)</li> <li>• Trastorno distímico (ver pág. 39)</li> <li>• Trastorno depresivo no especificado (ver pág. 39)</li> <li>• Trastorno bipolar I, episodio maníaco único (ver pág. 41)</li> <li>• Trastorno bipolar I, episodio más reciente... (ver pág. 41-42)</li> <li>• Trastorno bipolar II (ver pág. 42)</li> <li>• Trastorno ciclotímico (ver pág. 43)</li> <li>• Trastorno bipolar no especificado (ver pág. 43)</li> </ul>	<p><b>Exclusiones</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Menores de 18 años</li> <li>• T del estado de ánimo de origen orgánico (ver pág. 44)</li> <li>• Trastorno adaptativo con síntomas depresivos y Duelo (ver pág. 45)</li> </ul>	<p><b>Derivaciones</b> según criterios de complejidad asistencial o resistencia al tratamiento (ver más adelante)</p>		
<b>Criterios de salida</b>				
<p><b>Resolución del proceso</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mejoría de síntomas depresivos en ausencia de malestar o disfunción significativos, que se mantiene estable y sin tratamiento durante 6 meses</li> </ul>			
<p><b>Incumplimentación</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Falta de adherencia al tratamiento</li> <li>• Incomparecencia a las consultas durante más de 6 meses</li> <li>• Abandono voluntario del programa</li> </ul>			
<p><b>Cambio de programa</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Entrada en programa de ANSIEDAD</li> <li>• En caso de sintomatología mixta (ansiosa y depresiva) incluir en programa de DEPRESION</li> </ul>			



<b>Proceso diagnóstico</b>		
<b>Algoritmo diagnóstico</b>	Evaluación de <b>síntomas de sospecha</b> (ánimo deprimido, pérdida del interés o de la capacidad para experimentar placer, falta de energía) a través de anamnesis, exploración y/o pruebas complementarias	
<b>1.</b> Descartar <u>causa orgánica</u> (ver pág. 46) de los síntomas depresivos: Trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica o por consumo de fármacos o drogas (ver pág. 44)		
<b>2.</b> Presencia de ánimo deprimido o pérdida de interés, acompañado de uno o más de los siguientes síntomas: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Falta de energía, menor actividad</li> <li>• Cambios en el patrón de sueño o apetito, cambios de peso</li> <li>• Dificultad para concentrarse</li> <li>• Sentimientos de culpa o inutilidad</li> <li>• Ideas de muerte o de suicidio</li> </ul> La clínica depresiva puede acompañarse de síntomas de ansiedad Descartar <u>T. Adaptativo</u> y <u>Duelo</u> (ver pág. 45)	SI	Incluir en <i>Programa de DEPRESIÓN</i> y pasar a punto <b>4</b>
	NO	Pasar a punto <b>3</b>
<b>3.</b> Marcado predominio de angustia, aprensión expectante, preocupación excesiva, crisis de ansiedad o pánico espontáneas o provocadas por estímulo externo, u obsesiones y compulsiones.	SI	Incluir en <i>Programa de Ansiedad</i>
	NO	Salida del algoritmo.
<b>4.</b> Presencia de <u>episodio maníaco</u> (ver pág. 40) / <u>hipomaníaco</u> (ver pág. 41) / <u>mixto</u> (ver pág. 40) previo (estado de ánimo elevado, expansivo o irritable).	SI	<u>Trastorno Bipolar</u> (ver pág. 41): <i>DERIVAR</i> a Salud Mental.
	NO	Pasar a punto <b>5</b>
<b>5.</b> Presencia de <u>episodio depresivo mayor</u> previo (ver pág. 37).	SI	<u>Trastorno Depresivo Mayor Recidivante</u> (ver pág. 38): Evaluación y tratamiento.
	NO	Pasar a <b>6</b>
<b>6.</b> Presencia de sintomatología depresiva leve/moderada de > 2 años de evolución.	SI	<u>Trastorno Distímico</u> (ver pág. 39): Evaluación y tratamiento.
	NO	<u>Trastorno Depresivo Mayor episodio único</u> (ver pág. 37): Evaluación y tratamiento.



**PAUTAS DE ACTUACIÓN**

**Bases de la anamnesis y la exploración**

**A.** La exploración psicopatológica básica debe obtener información clínica de la presencia e intensidad de los siguientes síntomas, su evolución y relación con eventos vitales:

Estado de ánimo  
Energía, interés, actividad  
Cambios en apetito y sueño  
Falta de atención  
Sentimientos de culpa e inutilidad  
Ideas de muerte o suicidio

Grado de malestar subjetivo y deterioro funcional en varias áreas vitales

**B.** Obtener información relevante a través de la entrevista clínica entorno a las siguientes áreas:

Historia personal  
Historia familiar  
Enfermedades médicas, uso de fármacos, consumo de sustancias  
Comorbilidad psiquiátrica (ansiedad, abuso de alcohol)

**C.** Descartar a través de la anamnesis, exploración física pruebas complementarias pertinentes la presencia de patología médica o uso de sustancias o fármacos que justifiquen la aparición de síntomas depresivos.

Pruebas complementarias básicas

- Bioquímica perfil general
- Hemograma
- Hormonas tiroideas

<b>Seguimiento y revisiones</b>		
<b>Frecuentación del seguimiento</b>		
Primera revisión	Debe realizarse en el plazo máximo de 4 semanas	
Revisiones siguientes	<i>Si evolución positiva</i> Deben realizarse con la siguiente secuencia de tiempos máximos: 2ª --- 8 semanas 3ª y siguientes --- 12 semanas	
	<i>Si evolución negativa</i> Debe realizarse en el plazo máximo de 2 semanas Una vez obtenida respuesta ver pauta previa (4 – 8 – 12 --- 12 --- semanas)	
Revisiones en período de retirada de tratamiento	Tras <b>un año</b> libre de síntomas relevantes, con tratamiento estable, iniciar reducción progresiva de medicación hasta suspensión. Revisiones cada 4 semanas hasta retirada completa del tratamiento	
Tras 6 meses libre de síntomas sin tratamiento	Salida de programa	
<b>Elementos a considerar en seguimiento</b>	Presencia de síntomas e intensidad de los mismos Malestar y repercusión funcional de los síntomas Enfermedades y medicación concomitante	Cumplimentación del tratamiento Efectos adversos Consumo de drogas
<b>Información básica a usuarios y cuidadores</b>		
<i>Contenidos básicos de la información a usuarios y pacientes</i>		<b>Mensajes básicos</b> (ver pág. 47)
Informar sobre <ul style="list-style-type: none"> <li>• la naturaleza, curso y tratamiento de la enfermedad</li> <li>• la diferencia entre reacción depresiva normal y patológica</li> <li>• la toma compartida de decisiones</li> <li>• la existencia de alternativas terapéuticas, efectos adversos, tiempo de latencia, efectos discontinuación, etc.</li> <li>• específicamente sobre la alternativa terapéutica elegida</li> <li>• elementos básicos de autocontrol y manejo de depresión (acompañar de material escrito)</li> </ul>		

## Criterios de derivación a especializada

1. Depresión grave con riesgo autolítico y/o síntomas psicóticos.

2. Trastorno bipolar.

3. Depresión resistente (cuando han fracasado dos tratamientos antidepresivos a dosis adecuadas, al menos durante 6 a 8 semanas cada uno).

4. Trastorno depresivo de **alta recurrencia** (3 o más episodios depresivos mayores en cinco años).

5. Necesidad de **intervención psicoterapéutica** formal y estructurada (prioritariamente en persona joven, con capacidad introspectiva y motivación para el cambio).

6. Existencia de dudas o **dificultades diagnósticas** o de **manejo** del trastorno depresivo.

<b>Criterios básicos de tratamiento</b>	
<b>Información</b>	<p>Informar al paciente de alternativas terapéuticas</p> <p>Potenciar la toma compartida de decisiones</p> <p>Favorecer uso combinado de intervenciones farmacológicas y psicológicas</p>
<b>Medicación</b>	<p><b>Antidepresivos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• De primera elección <b>ISRS</b>, iniciando a mitad de dosis la primera semana y después dosis terapéutica, hasta conseguir respuesta en un período de 6 - 8 semanas .</li> <li>• Tratamiento de continuación a dosis terapéutica hasta lograr remisión.</li> <li>• Tratamiento de mantenimiento a dosis mínima eficaz, durante un mínimo de 6 meses.</li> <li>• Si no hay respuesta a las 6 – 8 semanas, cambiar a otro antidepresivo, a dosis terapéutica durante el mismo tiempo.</li> <li>• Si no hay respuesta derivar a Salud Mental.</li> <li>• Si son efectivos, mantener un año tras desaparición de síntomas y suspender lentamente.</li> <li>• Retirada siempre gradual.</li> </ul>
	<p><b>Benzodiacepinas</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Utilizar solamente al inicio del tratamiento, si existe ansiedad asociada, durante 6 - 12 semanas como máximo.</li> </ul>
<b>Intervenciones psicológicas</b>	<p><b>Psicoeducación y apoyo</b></p> <p>Todos los pacientes recibirán durante el proceso terapéutico información psicoeducativa y apoyo de los profesionales del EAP</p>
	<p><b>Consejo terapéutico</b></p> <p>El <b>consejo terapéutico</b> (ver pág. 48) es una intervención de corta duración focalizada en una determinada situación conflictiva.</p>
	<p><b>Autoayuda</b></p> <p>Ofrecer en caso de que existan, la participación en <b>asociaciones</b> (ver pág. 50) y grupos de autoayuda.</p> <p>Informar sobre lecturas de autoayuda (<b>biblioterapia</b> –ver pág. 49–)</p>

<b>Indicadores de calidad</b>	Adecuación diagnóstica a criterios DSM-IV TR o CIE-10.
	Primera revisión en un plazo máximo de 4 semanas.
	Tratamiento de 1ª elección con ISRS.
	Entrega de información básica y biblioterapia.
	Criterios de derivación adecuados a estándar.
<b>Bibliografía</b>	
<i>Guías clínicas de Atención Primaria (GuíaSalud)</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alberdi J, Taboada O, Castro C, Vazquez C. Guías clínicas: Depresión. Complejo Hospitalario Juan Canalejo (SERGAS), A Coruña, 2006.</li> <li>• Guías clínicas de Atención Primaria (Guía Salud): Depresión, 2004.</li> </ul>
<i>Guías clínicas internacionales</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• American Psychiatric Association: DSM IV-TR: Criterios diagnósticos, 2005.</li> <li>• American Psychiatric Association: Guías clínicas APA para el tratamiento de los trastornos psiquiátricos, 2004.</li> <li>• Aragües M, Fernández I, Jiménez MA, Llorente P, Pereira M, Villasante F. Recomendaciones para el manejo de los trastornos depresivos y de ansiedad en Atención Primaria. Programa Psicomedica 2000.</li> <li>• National Institute for Clinical Excellence (NICE): Depression: management of depression in primary and secondary care. Londres, Diciembre, 2004.</li> </ul>
<i>Manuales</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Haro JM. et al. Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: Resultados del estudio ESEMeD-España. Med Clin. 2006; 126(12) 445-51.</li> <li>• Subdirección de Salud Mental del Servicio Extremeño de Salud. Consejería de Sanidad. Junta de Extremadura: Datos de elaboración propia, 2005.</li> <li>• Vallejo J. Psiquiatría en Atención Primaria. Ed. Ars Médica, 2005.</li> <li>• Vallejo J, Crespo JM. Afrontar la depresión. Grupo Ferrer, 1999.</li> <li>• Vazquez-Barquero JL. Psiquiatría en Atención Primaria. Ed. Aula Médica, 1998.</li> </ul>

**10. DATOS DE PREVALENCIA**

Prevalencia ESEMeD España 2006		Población extremeña que podría desarrollar un T Depresivo a lo largo de su vida
Prevalencia vida total	11,4%	123.561
Prevalencia vida mujeres	15,8%	86.055
Prevalencia vida hombres	6,7%	36.128
Prevalencia año total	4,3%	
Prevalencia año mujeres	6,2%	
Prevalencia año varones	2,3%	
Prevalencia atendida en ESM		F30-39 CIE: 31,5% consultas nuevas (2005)
T específicos		
T Depresivo Mayor		10,5% población general (mujeres: 2/1)
T Distímico		3,6% población general (mujeres: 2/1)

CARTERA DE SERVICIOS  
 DE ATENCIÓN PRIMARIA DEL  
 SERVICIO EXTREMEÑO DE SALUD

## 11. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE TRASTORNOS DEPRESIVOS

### a. Episodio depresivo mayor

A. Presencia de cinco (o más) de los siguientes síntomas durante un período de 2 semanas, que representan un cambio respecto a la actividad previa; uno de los síntomas debe ser (1) estado de ánimo depresivo o (2) pérdida de interés o de la capacidad para el placer.

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

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

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

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

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

### b. F.32.x Trastorno depresivo mayor, episodio único (296.2x)

A. Presencia de un único episodio depresivo mayor (ver ídem).

B. El episodio depresivo mayor no se explica mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no está superpuesto a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado.

C. Nunca se ha producido un episodio maníaco (ver ídem), un episodio mixto (ver ídem) o un episodio hipomaniaco (ver ídem).

### Anexos

**Si se cumplen** todos los criterios de un episodio depresivo mayor, *especificar su estado clínico actual y/o sus síntomas*:

- Leve, moderado, grave sin síntomas psicóticos / grave con síntomas psicóticos (según síntomas, malestar subjetivo e interferencia en actividad habitual)
- Crónico (los criterios completos para episodio depresivo mayor se han cumplido de forma continua durante al menos los dos últimos años)
- Con síntomas catatónicos (*al menos 2 síntomas de los siguientes*: Inmovilidad motora, actividad motora excesiva, negativismo extremo, peculiaridades del movimiento voluntario, ecolalia o ecopraxia)
- Con síntomas melancólicos (*uno de los siguientes*: Pérdida de placer, falta de reactividad; *y tres o más de los siguientes*: Ánimo depresivo, peor por la mañana, despertar precoz, agitación o enlentecimiento psicomotores, anorexia o pérdida de peso, culpabilidad excesiva o inapropiada)
- Con síntomas atípicos (reactividad del estado de ánimo *y dos o más de los siguientes*: Aumento de peso o apetito, hipersomnia, abatimiento, sensibilidad al rechazo interpersonal prolongada)
- De inicio en el período postparto (inicio del episodio en las primeras 4 semanas del posparto)

**Si no se cumplen** todos los criterios de un episodio depresivo mayor, especificar el estado clínico actual del trastorno depresivo mayor o los síntomas del episodio más reciente:

- En remisión parcial (menor nº de síntomas o sin síntomas en un período < de 2 meses) o remisión total (sin síntomas en los últimos 2 meses)

#### **c. F.33.x Trastorno depresivo mayor, recidivante (296.3x)**

- Presencia de dos o más episodios depresivos mayores (ver ídem), con un intervalo de al menos dos meses seguidos sin criterios entre ambos.
- Los episodios depresivos mayores no se explican mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no están superpuestos a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado.
- Nunca se ha producido un episodio maniaco (ver ídem), un episodio mixto (ver ídem) o un episodio hipomaniaco (ver ídem).

**Si se cumplen** todos los criterios de un episodio depresivo mayor, *especificar su estado clínico actual y/o sus síntomas*:

- Leve, moderado, grave sin síntomas psicóticos / grave con síntomas psicóticos (según síntomas, malestar subjetivo e interferencia en actividad habitual)
- Crónico (los criterios completos para episodio depresivo mayor se han cumplido de forma continua durante al menos los dos últimos años)
- Con síntomas catatónicos (*al menos 2 síntomas de los siguientes*: Inmovilidad motora, actividad motora excesiva, negativismo extremo, peculiaridades del movimiento voluntario, ecolalia o ecopraxia)
- Con síntomas melancólicos (*uno de los siguientes*: Pérdida de placer, falta de reactividad; *y tres o más de los siguientes*: Ánimo depresivo, peor por la mañana, despertar precoz, agitación o enlentecimiento psicomotores, anorexia o pérdida de peso, culpabilidad excesiva o inapropiada)
- Con síntomas atípicos (reactividad del estado de ánimo *y dos o más de los siguientes*: Aumento de peso o apetito, hipersomnia, abatimiento, sensibilidad al rechazo interpersonal prolongada)
- De inicio en el período postparto (inicio del episodio en las primeras 4 semanas del posparto)



Si no se cumplen todos los criterios de un episodio depresivo mayor, especificar el estado clínico actual del trastorno depresivo mayor o los síntomas del episodio más reciente:

- En remisión parcial (menor nº de síntomas o sin síntomas en un período < de 2 meses) o remisión total (sin síntomas en los últimos 2 meses)

**Especificar:**

- Con o sin recuperación interepisódica total (remisión total entre episodios)
- Con o sin patrón estacional (relación temporal sostenida entre el inicio/remisión de los síntomas y una determinada época del año)

#### **d. F.34.1 Trastorno distímico (300.4)**

**A.** Estado de ánimo crónicamente depresivo la mayor parte del día de la mayoría de los días, manifestado por el sujeto u observado por los demás, durante al menos dos años.

**B.** Presencia, mientras está deprimido, de 2 ó más de los siguientes síntomas:

- Pérdida o aumento de apetito
- Insomnio o hipersomnia
- Falta de energía o fatiga
- Baja autoestima
- Dificultades para concentrarse o para tomar decisiones
- Sentimientos de desesperanza

**C.** Durante el período de 2 años de la alteración, el sujeto no ha estado sin síntomas de los criterios A y B durante más de dos meses seguidos.

**D.** No ha habido ningún episodio depresivo mayor (ver ídem) durante los primeros dos años de la alteración; p.ej. la alteración no se explica mejor por la presencia de un trastorno depresivo mayor crónico o un trastorno depresivo mayor en remisión parcial.

**E.** Nunca se ha producido un episodio maníaco (ver ídem), un episodio mixto (ver ídem) o un episodio hipomaniaco (ver ídem) y nunca se han cumplido los criterios para el trastorno ciclotímico.

**F.** La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de un trastorno psicótico crónico, como son la esquizofrenia o el trastorno delirante.

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

**H.** Los síntomas causan un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

#### **e. F.32.9 Trastorno depresivo no especificado (311)**

Incluye los trastornos con síntomas depresivos que no cumplen los criterios para trastorno depresivo mayor, trastorno distímico, trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo o trastorno adaptativo con estado de ánimo mixto ansioso y depresivo.

1. Trastorno disfórico premenstrual (los síntomas depresivos se presentan con regularidad durante la última semana de la fase luteínica y remiten a los pocos días del inicio de la menstruación).
2. Trastorno depresivo menor (episodios de al menos 2 semanas de síntomas depresivos, pero con menos de los 5 ítems exigidos para Tr. Depresivo mayor).

### Anexos

3. Trastorno depresivo breve recidivante (episodios depresivos con duración de 2 días a 2 semanas, que se presentan al menos una vez al mes, durante 12 meses).
4. Trastorno depresivo postpsicótico en la esquizofrenia (un episodio depresivo mayor que se presenta durante la fase residual en la esquizofrenia).
5. Un episodio depresivo mayor superpuesto a un trastorno delirante, a un trastorno psicótico no especificado o a la fase activa de la esquizofrenia.
6. Trastorno depresivo sin poder determinar si es primario, debido a enfermedad médica o inducido por sustancias.

#### f. Episodio maníaco

- A. Un período diferenciado de un estado de ánimo anormal y persistentemente elevado, expansivo o irritable, que dura al menos 1 semana (o de cualquier duración si es necesaria la hospitalización).
- B. Durante el período de alteración del estado de ánimo han persistido tres o más de los siguientes síntomas (cuatro si el estado de ánimo es solo irritable) y ha habido en un grado significativo:
  - (1) Autoestima exagerada o grandiosidad
  - (2) Disminución de la necesidad de dormir (p.ej. se siente descansado tras solo 3 horas de sueño)
  - (3) Más hablador de lo habitual o verborreico
  - (4) Fuga de ideas o experiencia subjetiva de que el pensamiento está acelerado
  - (5) Distraibilidad (p.ej. la atención se desvía demasiado fácilmente hacia estímulos externos banales o irrelevantes)
  - (6) Aumento de la actividad intencionada (ya sea socialmente, en el trabajo o en los estudios, o sexualmente) o agitación psicomotora
  - (7) Implicación excesiva en actividades placenteras que tienen un alto potencial para producir consecuencias graves (p.ej. enzarzarse en compras irrefrenables, indiscreciones sexuales o inversiones económicas alocadas)
- C. Los síntomas no cumplen los criterios para el episodio mixto (ver ídem).
- D. La alteración del estado de ánimo es lo suficientemente grave como para provocar deterioro laboral o de las actividades sociales habituales o de las relaciones con los demás, o para necesitar hospitalización con el fin de prevenir los daños a uno mismo o a los demás, o hay síntomas psicóticos.
- E. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p.ej. una droga, un medicamento u otro tratamiento) ni a una enfermedad médica (p.ej. hipertiroidismo).

#### g. Episodio mixto

- A. Se cumplen los criterios tanto para un episodio maníaco (ver ídem) como para un episodio depresivo mayor (ver ídem) casi cada día durante al menos un período de 1 semana.
- B. La alteración del estado de ánimo es lo suficientemente grave como para provocar deterioro laboral o de las actividades sociales habituales o de las relaciones con los demás, o para necesitar hospitalización con el fin de prevenir los daños a uno mismo o a los demás, o hay síntomas psicóticos.
- C. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p.ej. una droga, un medicamento u otro tratamiento) ni a una enfermedad médica (p.ej. hipertiroidismo).

**h. Episodio hipomaniáico**

- A. Un período diferenciado durante el que el estado de ánimo es persistentemente elevado, expansivo o irritable durante al menos 4 días y que es claramente diferente del estado de ánimo habitual.
- B. Durante el período de alteración del estado de ánimo, han persistido tres o más de los siguientes síntomas (cuatro si el estado de ánimo es solo irritable) y ha habido en un grado significativo:
- (1) Autoestima exagerada o grandiosidad
  - (2) Disminución de la necesidad de dormir (p.ej. se siente descansado tras solo 3 horas de sueño)
  - (3) Más hablador de lo habitual o verborreico
  - (4) Fuga de ideas o experiencia subjetiva de que el pensamiento está acelerado
  - (5) Distraibilidad (p.ej. la atención se desvía demasiado fácilmente hacia estímulos externos banales o irrelevantes)
  - (6) Aumento de la actividad intencionada (ya sea socialmente, en el trabajo o en los estudios, o sexualmente) o agitación psicomotora
  - (7) Implicación excesiva en actividades placenteras que tienen un alto potencial para producir consecuencias graves (p.ej. enzarsarse en compras irrefrenables, indiscreciones sexuales o inversiones económicas alocadas)
- C. El episodio está asociado a un cambio inequívoco de la actividad, que no es característico del sujeto cuando está asintomático.
- D. El episodio no es suficientemente grave como para provocar un deterioro laboral o social importante o para necesitar hospitalización, ni hay síntomas psicóticos.
- F. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p.ej. una droga, un medicamento u otro tratamiento) ni a una enfermedad médica (p.ej. hipertiroidismo).

**i. F30.x Trastorno bipolar tipo I, episodio maníaco único (296.0x)**

- A. Presencia de un único episodio maníaco (ver ídem) sin episodios depresivos mayores anteriores.
- B. El episodio maníaco no se explica mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no está superpuesto a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado.

**Especificar si:**

*Mixto: si los síntomas cumplen los criterios para un episodio mixto.*

**j. F31.0 Trastorno bipolar I, episodio más reciente hipomaniáico (296.40)**

- A. Actualmente (o el más reciente) en un episodio hipomaniáico (ver ídem) .
- B. Previamente se ha presentado al menos un episodio maníaco (ver ídem) o un episodio mixto (ver ídem).
- C. Los síntomas afectivos provocan un malestar clínicamente significativo o un deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- D. Los episodios afectivos en los criterios A y B no se explican mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no están superpuestos a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado.

#### **k. F31.x Trastorno bipolar I, episodio más reciente maníaco**

- A. Actualmente (o el más reciente) en un episodio maníaco (ver ídem).
- B. Previamente se ha presentado al menos un episodio depresivo mayor (ver ídem), un episodio maníaco (ver ídem) o un episodio mixto (ver ídem).
- C. Los episodios afectivos en los criterios A y B no se explican mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no están superpuestos a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado.

#### **l. F31.6 Trastorno bipolar I, episodio más reciente mixto (296.6x)**

- A. Actualmente (o el más reciente) en un episodio mixto (ver ídem).
- B. Previamente se ha presentado al menos un episodio depresivo mayor (ver ídem), un episodio maníaco (ver ídem) o un episodio mixto (ver ídem).
- C. Los episodios afectivos en los criterios A y B no se explican mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no están superpuestos a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado.

#### **m. F31.x Trastorno bipolar I, episodio más reciente depresivo (296.5x)**

- A. Actualmente (o el más reciente) en un episodio depresivo mayor (ver ídem).
- B. Previamente se ha presentado al menos un episodio maníaco (ver ídem) o un episodio mixto (ver ídem).
- C. Los episodios afectivos en los criterios A y B no se explican mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no están superpuestos a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado.

#### **n. F31.9 Trastorno bipolar I, episodio más reciente no especificado (296.7)**

- A. Actualmente (o en el episodio más reciente) se cumplen los criterios, excepto en la duración, para un episodio maníaco (ver ídem), un episodio hipomaníaco (ver ídem), un episodio mixto (ver ídem) o un episodio depresivo mayor (ver ídem).
- B. Previamente se han presentado al menos un episodio maníaco o un episodio mixto.
- C. Los síntomas afectivos provocan un malestar clínicamente significativo o un deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- D. Los episodios afectivos en los criterios A y B no se explican mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no están superpuestos a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado.
- E. Los síntomas afectivos en los criterios A y B no son debidos a los efectos fisiológicos de una sustancia (p.ej. una droga, un medicamento u otro tratamiento) ni a una enfermedad médica (p.ej. hipertiroidismo).

#### **o. F31.8 Trastorno bipolar tipo II (296.89)**

- A. Presencia (o historia) de uno o más episodios depresivos mayores (ver ídem).
- B. Presencia o historia de al menos un episodio hipomaníaco (ver ídem).
- C. No ha habido ningún episodio maníaco (ver ídem) ni un episodio mixto (ver ídem).

- D. Los episodios afectivos en los criterios A y B no se explican mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no están superpuestos a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado.
- E. Los síntomas provocan un malestar clínicamente significativo o un deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

**p. F34.0 Trastorno ciclotímico (301.13)**

- A. Presencia, durante al menos 2 años, de numerosos períodos de síntomas hipomaniacos y numerosos períodos de síntomas depresivos que no cumplen los criterios para un episodio depresivo mayor.
- B. Durante el período de más de 2 años, la persona no ha dejado de presentar los síntomas del criterio A durante un tiempo superior a los 2 meses.
- C. Durante los primeros dos años de la alteración no se ha presentado ningún episodio depresivo mayor, episodio maníaco o episodio mixto.
- D. Los síntomas del criterio A no se explican mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no están superpuestos a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado.
- E. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p.ej. una droga, un medicamento) ni a una enfermedad médica (p.ej. hipertiroidismo).
- F. Los síntomas provocan un malestar clínicamente significativo o un deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

**q. F31.9 Trastorno bipolar no especificado (296.80)**

Incluye los trastornos con características bipolares que no cumplen los criterios para ningún trastorno bipolar específico:

1. Alternancia muy rápida (en días) entre síntomas maníacos y síntomas depresivos, sin criterio de duración mínima para constituir un episodio.
2. Episodios hipomaniacos recidivantes, sin síntomas depresivos intercurrentes.
3. Un episodio maníaco o mixto superpuesto a un trastorno delirante, a una esquizofrenia residual o a un trastorno psicótico no especificado.
4. Episodios hipomaniacos junto a síntomas depresivos crónicos.
5. Trastorno bipolar sin poder determinar si es primario, debido a enfermedad médica o inducido por una sustancia.

## 12. TRASTORNO DEL ESTADO DE ÁNIMO DEBIDO A ENFERMEDAD MÉDICA O SUSTANCIAS

### F06.xx Trastorno del estado de ánimo debido a... (indicar enfermedad médica) (293.83)

- A. En el cuadro clínico predomina una notable y persistente alteración del estado de ánimo, caracterizada por uno o ambos de los siguientes estados:
- (1) Estado de ánimo depresivo o notable disminución de los intereses o del placer en todas o casi todas las actividades
  - (2) Estado de ánimo elevado, expansivo o irritable
- B. A partir de la historia clínica, la exploración física o las pruebas complementarias, hay pruebas de que la alteración es una consecuencia fisiológica directa de una enfermedad médica.
- C. La alteración no se explica mejor por la presencia de otro trastorno mental (p.ej. un trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo en respuesta al estrés de tener una enfermedad médica).
- D. Estas alteraciones no aparecen exclusivamente en el transcurso de un delirium.
- E. Estas alteraciones provocan un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

### Trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias

- A. En el cuadro clínico predomina una notable y persistente alteración del estado de ánimo, caracterizada por uno o ambos de los siguientes estados:
- (1) Estado de ánimo depresivo o notable disminución de los intereses o del placer en todas o casi todas las actividades
  - (2) Estado de ánimo elevado, expansivo o irritable
- B. A partir de la historia clínica, de la exploración física o de las pruebas de laboratorio se demuestra que (1) o (2):
- (1) Los síntomas del Criterio A aparecen durante la intoxicación o abstinencia o en el primer mes siguiente
  - (2) El consumo del medicamento está relacionado etiológicamente con la alteración
- C. La alteración no se explica mejor por la presencia de un trastorno de ansiedad no inducido por sustancias. Entre las pruebas que demuestran que los síntomas pueden atribuirse más correctamente a un trastorno de ansiedad no inducido por sustancias se incluyen las siguientes: la aparición de los síntomas precede al consumo de la sustancia (o medicamento); los síntomas persisten durante un tiempo considerable (p. ej., alrededor de 1 mes) después del final del período agudo de intoxicación o de abstinencia, o son claramente excesivos en comparación con los que cabría esperar teniendo en cuenta el tipo o la cantidad de sustancia consumida o la duración de este consumo; o existen otras pruebas que sugieren la existencia de un trastorno del estado de ánimo independiente no inducido por sustancias (p. ej., una historia de episodios depresivos mayores recidivantes).
- D. La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de un delirium.
- E. La alteración provoca un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

**Nota:** Sólo debe efectuarse este diagnóstico en vez del de intoxicación o abstinencia cuando los síntomas son claramente excesivos en comparación con los que cabría esperar en una intoxicación o una abstinencia y cuando son de suficiente gravedad como para merecer una atención clínica independiente.



### 13. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE TRASTORNO ADAPTATIVO CON ESTADO DE ÁNIMO DEPRESIVO Y DUELO

#### a. Criterios para el diagnóstico de trastornos adaptativos

- A. La aparición de síntomas emocionales o comportamentales en respuesta a un estresante identificable tiene lugar dentro de los 3 meses siguientes a la presencia del estresante.
- B. Estos síntomas o comportamientos se expresan, clínicamente del siguiente modo:
  1. Malestar mayor de lo esperable en respuesta al estresante
  2. Deterioro significativo de la actividad social o laboral (o académica)
- C. La alteración relacionada con el estrés no cumple los criterios para otro trastorno específico y no constituye una simple exacerbación de un trastorno preexistente.
- D. Los síntomas no responden a una reacción de duelo.
- E. Una vez ha cesado el estresante (o sus consecuencias), los síntomas no persisten más de 6 meses.

#### Especificar si:

**Agudo:** Si la alteración dura menos de 6 meses.

**Crónico:** Si la alteración dura 6 meses o más.

Los trastornos adaptativos son codificados según el subtipo, que se selecciona de acuerdo con los síntomas predominantes. El estresante específico puede señalarse en el Eje IV.

F43.20 Con estado de ánimo depresivo [309.0]

F43.28 Con ansiedad [309.24]

F43.22 Mixto, con ansiedad y estado de ánimo depresivo [309.28]

F43.24 Con trastorno de comportamiento [309.3]

F43.25 Con alteración mixta de las emociones y el comportamiento [309.4]

F43.9 No especificado [309.9]

#### b. Duelo

Esta categoría puede usarse cuando el objeto de atención clínica es una reacción a la muerte de una persona querida. Como parte de su reacción de pérdida, algunos individuos afligidos presentan síntomas característicos de un episodio depresivo mayor. La duración y la expresión de un duelo "normal" varía considerablemente entre los diferentes grupos culturales. El diagnóstico de trastorno depresivo mayor no está indicado a menos que los síntomas se mantengan dos meses después de la pérdida.

La presencia de ciertos síntomas no característicos de una reacción de duelo normal, puede ser útil para diferenciar el duelo del episodio depresivo mayor:

- (1) La culpa por las cosas, más que por las acciones, recibidas o no recibidas por el superviviente en el momento de morir la persona querida
- (2) Pensamientos de muerte más que voluntad de vivir, con el sentimiento de que el superviviente debería haber muerto con la persona fallecida
- (3) Preocupación mórbida con sentimiento de inutilidad
- (4) Entecimiento psicomotor acusado
- (5) Deterioro funcional acusado y prolongado
- (6) Experiencias alucinatorias distintas de las de escuchar la voz o ver la imagen fugaz de la persona fallecida



**14. ENFERMEDADES, MEDICAMENTOS O DROGAS QUE PUEDEN PRODUCIR SÍNTOMAS DEPRESIVOS**

1.	<b>Neurológicas:</b> Enf. Alzheimer, enf. Parkinson, enf. Wilson, Enf. Huntington, enfermedad cerebrovascular, esclerosis múltiple, lesiones ocupantes de espacio...
2.	<b>Endocrinológicas:</b> Hipo/hipertiroidismo, hipo/hiperparatiroidismo, hipoglucemia/diabetes, enf. Addison, enf. Cushing, hipogonadismo...
3.	<b>Cardiovasculares:</b> Infarto de miocardio, miocardiopatías...
4.	<b>Reumatológicas:</b> Artritis reumatoide, lupus eritematoso sistémico, fibromialgia, síndrome carcinóide...
5.	<b>Infecciosas:</b> Víricas (gripe, hepatitis, neumonía vírica), tuberculosis, mononucleosis infecciosa, encefalitis, infección por VIH...
6.	<b>Oncológicas:</b> Carcinoma de cabeza de páncreas, neoplasias cerebrales, tumores abdominales...
7.	<b>Hematológicas:</b> Anemia, déficit vitamínicos del grupo B...
8.	<b>Intoxicaciones:</b> Medicamentos, plomo, benceno, mercurio, bismuto, quinina, monóxido de carbono...
9.	<b>Yatrogenia:</b> Fármacos cardiovasculares (reserpina, propanolol, alfa-metildopa, clonidina, digital, IECAs, bloqueantes de canales de calcio, hipolipemiantes), AINES, Interferón, Anticonceptivos orales, Corticoides, Esteroides anabolizantes, Antineoplásicos, Neurolépticos, Benzodiazepinas, Anticolinérgicos, Metoclopramida, L-Dopa.
10.	<b>Drogas:</b> Anfetaminas, cocaína, alcohol, opiáceos...

## 15. MENSAJES BÁSICOS A PACIENTES Y USUARIOS

Mensajes básicos en lenguaje sencillo y comprensible:

### Para familiares

- En la depresión, el sufrimiento no solo recae en el paciente sino también sobre aquellas personas que le rodean y comparten su vida.
- Conocer lo que es la depresión y en qué consiste, a través de la información que su médico le puede aportar.
- Solo el hecho de interesarse y procurar entender lo que le ocurre al paciente, puede ayudarle.
- Seguir los consejos e indicaciones del médico responsable del paciente e intentar colaborar al máximo con él.
- Evitar comentarios del tipo “está así porque quiere”, “no pone de su parte”, “no hay nada que hacer”, “menos mal que hago yo las cosas”, ya que no ayudan a mejorar la autoestima del paciente.
- Evitar la recomendación de remedios caseros, que la mayoría de las veces son inútiles.
- Actitudes de disponibilidad, cariño, paciencia y comprensión ayudan al paciente, mientras que deben evitarse actitudes radicales, de sermonear, ridiculizar o minimizar al paciente.
- Dar soporte emocional adecuado al paciente, tan negativo es decirle “no tienes nada” como vigilarle y supervisarle constantemente en cualquier actividad que realice.
- Disuadir al paciente de realizar tareas importantes o de tomar decisiones que afecten a su futuro.
- Las relaciones de pareja suelen resentirse por la disminución del deseo sexual que padecen muchos pacientes depresivos, ya sea por su enfermedad o por el tratamiento. La pareja ha de intentar minimizarlo, quitarle importancia y tener paciencia.

### Para pacientes

- La depresión es una enfermedad que afecta al estado de ánimo de la persona. Conocer e informarse acerca de la depresión ayuda a comprender mejor muchos de los sentimientos que aparecen en ella.
- Es fundamental seguir las indicaciones de su médico, así como el tratamiento prescrito en las dosis y tiempo recomendados por él.
- La mejoría no se nota hasta transcurridos unos 15 días del inicio del tratamiento, debemos tener paciencia, si aparecen molestias suelen ser leves y transitorias. Si aparecen efectos secundarios molestos hay que consultar al médico.
- No se debe esforzar por ser sociable o por distraerse al principio, simplemente se debe limitar a cumplir la pauta de tratamiento y confiar en él.
- No es recomendable tomar decisiones importantes mientras se padece una depresión, ya que su estado de ánimo le impide realizar una evaluación objetiva de las situaciones.
- Debe comentar al médico todas las sensaciones y sentimientos que tenga, sin avergonzarse ni temer que se le tome por loco, sobre todo si tiene alguna idea de muerte.
- Cuando comience a sentirse mejor debe esforzarse por salir, distraerse, hacer ejercicio físico y actividades placenteras.
- No debe ingerir bebidas alcohólicas durante el tratamiento.
- No debe abandonar el tratamiento por su cuenta y debe saber que los antidepresivos no crean dependencia.
- La depresión es una enfermedad tratable que en la mayoría de los casos responde al tratamiento.

### 16. CONSEJO TERAPÉUTICO

El **consejo terapéutico** es una intervención de corta duración focalizada en una determinada situación conflictiva. Su objetivo es profundizar en la comprensión que tiene el paciente de su propia situación, mejorar su capacidad crítica y ayudarlo a tomar decisiones por sí mismo. El médico debe desarrollar una alianza terapéutica con el paciente, aceptarle, comprenderle y empatizar con su situación, respetarle como a un igual y asumir que con cierta ayuda es capaz de resolver sus problemas.

Es una técnica que incide de forma muy positiva en la resolución de problemas psicosociales, importante para la prevención de la enfermedad, mejora la evolución de pacientes con depresión o ansiedad, y el médico de atención primaria está en una situación ideal para ejercerlo debido al conocimiento profundo que tiene del paciente y de sus circunstancias tanto personales como familiares.

El médico debe tener capacidad de escuchar con sensibilidad, responder a los mensajes verbales y no verbales, dar calor humano y preocuparse por los problemas de los pacientes, empatía, sinceridad, no ser crítico, respetar al individuo y mantener un abordaje centrado en el paciente.

Según Gerald Egan, el proceso se compone de **tres fases**:

- **Clarificación del problema:** Se explora el problema desde el punto de vista del paciente, ayudándole a comprenderlo de forma más eficaz.
- **Fijación de objetivos:** Se fijan objetivos claros, realistas y factibles de cara a resolver el problema.
- **Desarrollo de acciones:** Se ayuda al paciente a que diseñe y ponga en práctica las acciones necesarias, se le da ánimo y apoyo para conseguir los objetivos y finalmente se evalúa el proceso.

El consejo terapéutico está **indicado** en:

- Ajustes a pérdidas y duelos.
- Ajuste a enfermedades físicas, enfermedades crónicas o discapacidades.
- Ajuste a otros acontecimientos vitales.
- Cuidadores de enfermos crónicos y/o discapacitados.
- Problemas en las relaciones interpersonales.
- Depresión leve y moderada.
- Ansiedad o estrés situacional.
- Depresión postparto leve.

Está **contraindicado** en:

- Pacientes marcadamente dependientes.
- Pacientes con escasa motivación para el cambio.
- Pacientes que se puedan sentir amenazados por la cercanía o intimidad del encuentro.
- Pacientes que precisan ayuda de índole material, más práctica.
- Trastornos de personalidad.
- Trastornos mentales severos o crónicos.
- Pacientes que recibieron tratamiento anterior sin éxito.

## 17. BIBLIOTERAPIA

### Depresión

- Sevilla, Juan y Pastor, Carmen. *“Tratamiento psicológico de la depresión: Un manual de autoayuda paso a paso”* (4ª ed.). Publicaciones del centro de terapia de conducta. 173 pgs. Aprox. 15,60 €
- David D. Burns. *“Sentirse bien, una nueva terapia contra las depresiones”*. Ediciones Paidós, 1990. 424 pags. Aprox. 24 €
- Albert Ellis. *“Usted puede ser feliz. Terapia racional emotiva para superar la ansiedad y la depresión”*. Ediciones Paidós. 2000. 224 pgs. Aprox. 16 €
- González García, López Menéndez. *“Sentirse bien está en tus manos”*. Ed. Sol Terrae.
- Vallejo J, Crespo JM. *“Afrontar la depresión”*. Grupo Ferrer, 1999.

### Pánico

- Sevilla, Juan y Pastor, Carmen. *“Tratamiento psicológico del pánico-agorafobia: un manual de autoayuda paso a paso”* (7ª ed.). Publicaciones del centro de terapia de conducta. (Existe edición acompañada de DVD). 143 pgs. Aprox. 10 €
- Elia Roca. *“Como superar el pánico (con o sin agorafobia). Programa de autoayuda”*. Ediciones ACDE. 2005. 190 pgs. 18 € aprox.

### Generales

- Burns, David. *“Adiós Ansiedad. Cómo superar la timidez, los miedos, las fobias y las situaciones de pánico”*. Ediciones Paidós Ibérica, S.A. 2006. 348 pgs. Aprox. 20 €
- Ellis Albert. *“Cómo controlar la ansiedad antes de que le controle a usted”*. Ediciones Paidós. 2000. 304 pgs. Aprox. 17 €
- Ellis, Albert. *“Sentirse mejor, estar mejor, y seguir mejorando”*. Ediciones Mensajero, S.A. 319 pgs. Aprox. 20 €
- Ellis, Albert. *“Ser feliz y vencer las preocupaciones”*. Ediciones Obelisco, S.A. 2003. 222 pgs. Aprox. 12 €
- Ellis, Albert. *“Una nueva guía para una vida racional”*. Ediciones Obelisco, S.A. 2003. 348 pgs. Aprox. 17 €
- González, López. *“Sentirse bien está en tus manos”*. Ediciones Sol Terrae.

### Guías en Internet

- *Guía para angustiados*: [http://www.psicologia-online.com/colaboradores/jc/guia\\_ansiedad.html](http://www.psicologia-online.com/colaboradores/jc/guia_ansiedad.html)
- *Sentirse mejor*: [http://www.psicologia-online.com/ESMUbada/Libros/Sentirse\\_Mejor/sentirse6.htm](http://www.psicologia-online.com/ESMUbada/Libros/Sentirse_Mejor/sentirse6.htm)
- *Guía de la ansiedad y las crisis de pánico*: <http://www.ansede.com/index.php?id=20>

## **18. ASOCIACIONES Y GRUPOS DE AUTOAYUDA EN DEPRESIÓN**

### ***Asociación Autoayuda "Puertas Abiertas"***

C/ Cádiz, 2  
41800 Sanlúcar la Mayor (Sevilla)  
Teléfono de contacto: 955 703 184

### ***Asociación para la Ayuda de la Depresión, Ansiedad y Soledad A.D.A.S.***

Av. República Argentina, 40, 2º C  
41011 Sevilla  
Teléfono de contacto: 954 277 208  
Correo electrónico: adas64@hotmail.com

### ***ACTAD Asociación Catalana para el Tratamiento de los Trastornos de Ansiedad y Depresión "antigua AADA Camins Oberts"***

Europa, 22, 2º 3ª  
08028 Barcelona  
Teléfono de contacto: 93 430 1290 (Concertar entrevista telefónicamente lunes y miércoles de 10 a 14 y 16 a 19 horas)  
Correo electrónico: info@actad.org

### ***A.C.E.D Asociación contra el estrés y la depresión***

Plaza Callao, 1, 5º 11  
28013 Madrid  
Teléfono de contacto: 915 328 414 (servicio contestador)  
Correo electrónico: aced@estresydepresion.org

### ***Asociación de Mujeres con depresión y/o ansiedad "Bello Amanecer"***

Avda. Dr. Fleming, s/n. Centro de Servicios Sociales  
11540 Sanlúcar de Barrameda (Cádiz)  
Teléfono de contacto: 63002057  
Correo electrónico: asoc\_depresion@wanadoo.es



