

## **T. 2: CONCEPTO Y CATEGORIZACIÓN DE LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD.**

La ansiedad es un componente presente en la mayor parte de los trastornos psicológicos y psicosomáticos.

Los T. de Ansiedad son el problema mental más frecuente entre todos los trastornos psiquiátricos.

### **1. CONCEPTOS BÁSICOS.**

El concepto de ansiedad ha estado ligado a conceptos como miedo, fobia, angustia y estrés.

Maticemos estas relaciones.

#### - ANSIEDAD Y ANGUSTIA:

La psiquiatría española recogió la distinción hecha por la psiquiatría francesa:

- Angustia: predominio de componentes físicos
- Ansiedad: predominio de componentes psíquicos.

Pero la psicología española no mantiene tal distinción: La ansiedad reúne tanto componentes físicos como cognitivos.

#### - ANSIEDAD Y MIEDO:

Bastantes autores mantienen la distinción, aunque a nivel operativo suelen identificarse.

##### **Tradicionalmente:**

- miedo: se asocia a un E externo identificable y amenazante.
- ansiedad: estado emocional más difuso, sin una fuente externa amenazante reconocible.

##### **Epstein:** los diferencia en términos de la acción:

- Miedo: drive que motiva la conducta de evitación (o escape) ante la percepción de un estímulo de amenaza.
- Ansiedad: estado emocional de miedo no resuelto o un estado de activación sin dirección específica tras la percepción de amenaza.

**Barlow:**

- Miedo: alarma primitiva en respuesta a un peligro presente... elevada activación y alto afecto negativo. Componentes más primigenios, biológicos y en cierto modo automáticos (reacciones de alarma - defensa) y una orientación hacia el presente.
- Ansiedad (aprensión ansiosa): combinación difusa de emociones (estructura cognitivo - afectiva) orientada hacia el futuro. Fundamentalmente de naturaleza cognitiva.

- **MIEDO Y FOBIA:**

Desde el p.d.v. psicopatológico debe establecerse una separación.

**Marks:** señaló los requisitos que deben cumplir las fobias:

- Miedo desproporcionado en relación con la situación.
- Evitación de la situación temida.  
Actualmente: fuerte deseo de evitación o tolerancia con elevado grado de ansiedad y malestar.
- Irracionalidad.
- Sobrepasan el control voluntario.
- Producen malestar o sufrimiento.

La definición de ansiedad:

Suele hacerse en términos fenomenológicos (subjetivos).

P.ej. Spielberger y cols: como una reacción emocional que consiste en sentimientos de tensión, aprensión, nerviosismo y preocupación, así como activación o descarga del SNA.

Otros, dan definiciones más operativas.

P.ej. Wolpe: como la reacción autónoma de un organismo tras la presentación de algún E nocivo.

Una propiedad importante: su naturaleza anticipatoria.

Importante valor funcional para la supervivencia (utilidad biológico – adaptativa). Pero se convierte en desadaptativa cuando se anticipa un peligro irreal (ansiedad clínica o patológica).

Así, la ansiedad puede ser entendida bien como una R. normal y necesaria (adaptativa) o bien como una R. desadaptativa (patológica). ¿Cuáles son las características de la ansiedad patológica?

Presentar ciertas diferencias cuantitativas respecto a la ansiedad normal. Esto es, un nivel más elevado de ocurrencia, intensidad y duración.

A la hora de clasificarla:

- Un sistema categorial: ≠ cualitativas entre sujetos clínicos/normales; entre los ≠ tipos de T.

A veces es difícil diferenciarlas y posee un alto grado de artificio, pero es más práctica para organizar el conocimiento.

- Un modelo dimensional: ≠ cuantitativa.

## **2. COMPONENTES DE ANSIEDAD**

### **2.1. EL TRIPLE SISTEMA DE RESPUESTA**

La ansiedad no es un fenómeno unitario, implica al menos tres componentes:

**1. Subjetivo–cognitivo o verbal–cognitivo, relacionado con la experiencia interna.**

Se asocia con la percepción y evaluación subjetiva de EE y estados asociados con la ansiedad.

La persona con ansiedad experimenta un estado emocional desagradable, cualitativamente diferente de la ira y tristeza y semejante a la experiencia de miedo.

ii Es el componente central.

**2. Fisiológico-somático: el componente biológico.**

Incremento de la actividad del SNA → cambios externos (sudoración, dilatación pupilar, temblor, incremento de la tensión muscular, palidez facial, etc.) e internos (aceleración cardiaca, descenso de la salivación, aceleración respiratoria, etc.). Algunos pertenecen a funciones corporales que pueden ser controladas voluntariamente (agitación, defecación, respiración, etc.) y otros a funciones involuntarias o parcialmente voluntarias (palpitaciones, vómitos, temblor, etc.).

La experiencia subjetiva de estos cambios suele ser percibida de forma molesta y desagradable, contribuyendo así a conformar el estado subjetivo de ansiedad.

**3. Motor-conductual: componentes observables de conducta**

CNV y respuestas instrumentales de escape (huida) y evitación.

### **2.2. DISOCIACIÓN ENTRE LOS SISTEMAS DE RESPUESTAS**

Un amplio número de investigaciones sugieren que las tres modalidades pueden estar disociadas, pueden no covariar entre sí ("fraccionamiento de respuestas").

Un área de investigación derivada de ello es la búsqueda de patrones de R diferenciales en los pacientes con T. de ansiedad.

Se han señalado perfiles cognitivos, fisiológicos y conductuales de acuerdo con el predominio de los diferentes sistemas.

ii La importancia de estos perfiles se ha demostrado a nivel de diagnóstico, de implementación de tratamientos y de pronóstico.

### **3. NEUROSIS Y TRASTORNO DE ANSIEDAD**

#### **3.1. NEUROSIS Y ANSIEDAD**

El término ansiedad, no aparece en el sistema CIE hasta su séptima revisión (CIE-7).

Lo que hoy entendemos por ansiedad, antes era conceptualizado como “neurosis”.

- **Cullen** (quien acuñó el término) entendió la neurosis como una enfermedad del sistema nervioso.
- Pero a partir de Freud: la neurosis es vista como un trastorno emocional de origen no orgánico.
  - o Conceptuó la ansiedad en términos de una “teoría de señal de peligro”.  
Reacción emocional que servía para señalar la presencia de una situación peligrosa.
  - o Estableció que la ansiedad constituía el componente central de la neurosis.  
Utilizó el término neurosis para describir los síntomas de malestar general y también, para referirse a los procesos de defensa contra la ansiedad.
  - o ≠ 2 grandes tipos de neurosis según fuera experimentada o inferida.
    - Ansiedad sentida: neurosis fóbicas y las neurosis de ansiedad.
    - Ansiedad inferida: la neurosis obsesivo - compulsiva y la histeria.

**Rosenhan y Seligman** han descrito los T de Ansiedad de forma ≈ a Freud:

- Ansiedad observada: fobias, TEPT, pánico y TAG
- Ansiedad inferida (la ansiedad no es generalmente observada): TOC, histeria (T. somatoformes) y T. disociativos.

Las neurosis se han entendido generalmente como trastornos contrapuestos a la psicosis. En las neurosis:

- Permanece intacto el contacto con la realidad.
- No existe violación de las normas sociales.
- Los síntomas son reconocidos por el paciente como inaceptables.
- El principal foco de alteración lo constituyen los síntomas de malestar/sufrimiento emocional.

La consolidación del concepto de neurosis, como término descriptivo y predictivo de los problemas de ansiedad, también dependió de los trabajos de Eysenck (veía la conducta anormal más en términos dimensionales que categoriales)

Diferencias entre la descripción de la neurosis que hacen Eysenck y Freud:

- Eysenck: las neurosis y las psicosis son dimensiones independientes, asociadas a las dimensiones de personalidad de neuroticismo y psicoticismo.
- Freud: las sitúa en una única dimensión de “funcionamiento del yo”. Las psicosis tienen mayor grado de regresión del yo que las neurosis; y estas mayor que en las personas normales.

Actualmente son muchos los que siguen empleando el concepto de neurosis. En este sentido, Roth ha destacado la posible utilidad del “síndrome neurótico general” (SNG) de **Tyrer**, como un continuo unitario en cuyos polos opuestos se sitúan la ansiedad y la depresión.

El SNG consiste únicamente en una estructura subyacente, ya que solo puede ser diagnosticado en presencia de un perfil premórbido específico de “personalidad inhibida o dependiente”, y en ausencia de sucesos vitales antecedentes.

### 3.2. HERENCIA FREUDIANA

**DSM-I:** los trastornos asociados a la ansiedad como trastornos psiconeuróticos (psiconeurosis)

- Término “reacción” (A. Meyer)

**DSM-II:** como trastornos neuróticos (neurosis).

- Vuelta a los planteamientos freudianos.
- Incluye:  
(ya en el DSM-I):
  - Neurosis de ansiedad (no asociada a un objeto o situación)
  - Neurosis histérica (de conversión y disociativa)
  - Neurosis obsesiva-compulsiva
  - Neurosis fóbica (asociada a un objeto o situación)
  - Neurosis depresiva

(nuevos):

- Neurosis neurasténica o *agotamiento nervioso* (=debilidad crónica, fatigabilidad y agotamiento.  
¡¡Se mantiene en la CIE-10.
  - Dos tipos: fatigabilidad mental y de índole física
  - Cefalea tensional, vértigo, sensación de inestabilidad, mareos, irritabilidad y dificultades para relajarse. Síntomas de ansiedad y depresión

- Para diagnosticarla hay que descartar T. de Ansiedad o Depresivo.
  - Neurosis de despersonalización
  - Neurosis hipocondríaca

Tanto en el DSM-I como en el DSM-II:

- La ansiedad desempeña un papel central.
- Las neurosis se definen por la presencia de síntomas de malestar emocional (yo distónico)
- Las neurosis son defensas contra la ansiedad.
- Muchos aspectos inferidos de la ansiedad se explican mediante procesos inconscientes de defensa como la conversión y el desplazamiento.
- La clasificación se hace en base a criterios etiológicos y descriptivos

### 3.3. DSM-III: LA NUEVA ERA DE LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD

Supone un cambio radical con sus antecesores:

- Notable mejora en validez y fiabilidad: más descriptivo y detallado, más específico (especificidad y operatividad de criterios), es ateórico (elude los supuestos etiológicos psicodinámicos) y se centra más en las conductas observables que en inferir.
- Notable mejora respecto a cualquier clasificación categorial de los problemas de ansiedad
- Incluye por 1<sup>a</sup> vez el grupo de los “Trastornos de ansiedad”.
- También incluye un grupo específico de T. Ansiedad característicos de la infancia y adolescencia.

Significó el comienzo de una nueva era en la conceptualización y diagnóstico de los T. basados en la ansiedad.

Cambios respecto al DSM-II:

1. Desaparece el grupo general de neurosis. Y se reorganizan y amplían los cuadros anteriores de la siguiente manera:
  - T. de ansiedad:
    - T. Fóbicos: Agorafobia con/sin A.P.; Fobia social; fobia simple
    - Estados de ansiedad: T. de pánico; TAG; TOC
    - TEPT (agudo y crónico o tardío)
    - T. de ansiedad atípico
    - T. de ansiedad de inicio en la infancia o adolescencia: T. ansiedad/separación; T. de evitación; T. de hiperansiedad
  - T. somatoformes.
  - T. disociativos.
2. Desaparece como cuadro clínico la neurosis neurasténica.

3. Se define por primera vez el TEPT como un trastorno de ansiedad.
4. Mantiene dos grandes grupos de trastornos de ansiedad: los trastornos fóbicos (antes neurosis fóbica) y los estados de ansiedad (antes neurosis de ansiedad), según se asocien/no a objetos o situaciones específicas.
5. Se definen por primera vez y de forma clara los principales cuadros clínicos de la ansiedad. (La CIE-9, dos años antes, ya había delimitado estos trastornos).
6. Los trastornos de ansiedad se separan de forma definitiva de otras alteraciones asociadas a la ansiedad: trastornos somatoformes (en el DSM-II: histeria de conversión y neurosis hipocondríaca) y disociativos (en el DSM-II: histeria disociativa y neurosis de despersonalización).

Define los trastornos de ansiedad como síndromes en los que la ansiedad es la perturbación predominante (T. de pánico o TAG) o es experimentada cuando trata de dominar los síntomas (fobias) o cuando se resiste a las obsesiones o compulsiones (TOC).

Respecto al diagnóstico, contempla un criterio jerárquico de exclusión.

No se establece diagnósticos de trastorno de ansiedad si esta es debida a otro trastorno como esquizofrenia, depresión o un trastorno mental de causa orgánica.

En resumen, dos grandes cambios se producen en el DSM-III:

- Tipo conceptual: supresión del término neurosis como elemento central.
- Tipo operacional: relativo a la descripción y especificación de las características clínicas de los trastornos y de los criterios de diagnóstico atendiendo más a conductas observables que a fenómenos subyacentes inferidos.

El DSM-III ha tenido tanto éxito porque:

- Es relativamente ateórico
- Es altamente descriptivo y específico. Permitió estudios auténticos de fiabilidad y validez
- Enorme valor heurístico para los investigadores con sujetos clínicos
- Ha facilitado la comunicación entre investigadores
- Ha permitido ver la ansiedad de forma descriptiva y no como un fenómeno inconsciente (subyacente)

#### **4. CATEGORIZACIÓN ACTUAL DE LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD**

El DSM-III ha incrementado la fiabilidad y la validez, y además de establecer criterios claros, estimuló el desarrollo de nuevos métodos estructurados:

P.ej. ADIS: entrevista estructurada para los trastornos de ansiedad.

Aún así, ha revelado problemas de validez → Necesidad de:

- Reagrupar los trastornos fóbicos dadas las características diferenciales de la agorafobia
- Establecer criterios de diagnóstico menos jerárquicos.
- Evaluar rangos de conducta más amplios
- Modificar los criterios del TAG (en el DSM-III era tratada como una categoría residual)
- Incluir trastornos mixtos de ansiedad/depresión
- Incluir síndromes de ansiedad causados por factores orgánicos

#### 4.1. NUEVOS AVANCES: EL DSM-III-R y EL DSM-IV

El DSM-III-R y, especialmente, el DSM-IV han modificado sustancialmente algunos criterios diagnósticos. El DSM-IV-TR no incluye modificaciones sustanciales. Y la CIE-10 también se ha actualizado.

Cuando comparamos DSM-III-R, DSM-IV y CIE-10, vemos que:

- El DSM-IV no incluye modificaciones sustanciales respecto a la clasificación de los T. de Ansiedad.
- En términos generales: las mismas categorías fundamentales de T. de Ansiedad en los tres.
- En el CIE-10 los criterios son siempre -claros, - específicos, - elaborados y - detallados que en el DSM.

Los cambios en el DSM-III-R respecto al DSM-III:

- Son de tipo aclaratorio (vs estructurales consistentes)
- Suprime los subgrupos: "T. fóbicos" y "Estados de ansiedad".
- Los cambios afectan fundamentalmente al TAG, al T. de pánico y a los criterios de exclusión jerárquica:
  - TAG: mejora sus criterios diagnósticos, dejando de ser un T. residual y convirtiéndose en una entidad clínica con características propias, definido en torno al concepto "preocupación".

- T. de pánico: cambio conceptual (no tanto en criterios diagnósticos):  
La Agorafobia con ataques de pánico → T. de pánico con agorafobia.

Esto implica que el T. de pánico es primario a la Agorafobia, y es considerado el fenómeno central de la Agorafobia.

- Porque hay poca Agorafobia sin T. pánico
- La "primacía del pánico" justifica el tratamiento psicofarmacológico del T.
- El grupo Klein: pánico (farmacológico) vs ansiedad anticipatoria (psicológico), pero...



- Los criterios de exclusión jerárquica: suprime la mayoría de las reglas de exclusión → mejora la validez.

#### Comparando el DSM-IV con el DSM-III-R:

- No supone un cambio estructural significativo.
- Las principales modificaciones: especificación de criterios y tipos (dentro de categorías), así como a la inclusión de nuevas categorías.

Así:

- a). Los criterios para el diagnóstico del T. de pánico permanece prácticamente invariables.  
Cambios: se establece por la presencia de ataques de pánico recurrentes durante un periodo mínimo de 1 mes. Antes 4 ataques/1 mes.
  - b). Más drásticas son las modificaciones al TAG: gira en torno al concepto “preocupación”.
  - c). Una innovación importante: Se sustituye la denominación de fobia simple por la de fobia específica, y se matizan los tipos de fobia específica: animal; ambiente natural; sangre, inyección, herida; situacional (son ≠ por edad de comienzo, manifestaciones clínicas y R al tratamiento). Esto mejora la validez del DSM.
  - d). La diferenciación de los tipos agudo y crónico del TEPT reaparece (ya estaba presente en la edición DSM-III, pero no en el DSM-III-R)
  - e). La separación entre tres tipos diferentes de ataques de pánico (inesperado, limitado situacionalmente y predisuesto situacionalmente)  
Importante mejora respecto al DSM-III-R, ya que aporta un análisis más descriptivo de los ataques de pánico, ajustándose mejor a la realidad psicopatológica de este síndrome. Mejora su validez.
  - f). El DSM-IV introduce nuevas categorías de trastornos de ansiedad, no incluidas en anteriores ediciones:
    - el trastorno de estrés agudo
    - el trastorno de ansiedad por condición médica general
    - el trastorno de ansiedad inducido por sustancias.
- ij El DSM-IV asume así más postulados etiológicos que sus antecesores.
- g). Tendencia hacia una interpretación unitaria de los trastornos de ansiedad con independencia de la etapa de desarrollo evolutivo de la persona. Tanto en el DSM-III como en el DSM-III-R había tres categorías. Ahora sólo habrá una. Así:

- El T. de hiperansiedad (de la infancia o adolescencia) → TAG
- El T. de evitación (de la infancia o adolescencia) → la fobia social (o trastorno de ansiedad social).
- El T. de ansiedad de separación se mantiene como único trastorno de ansiedad específico de la infancia/adolescencia.

h). Respecto al TOC y al TEPT ambos trastornos no son considerados por la CIE-10 como trastornos de ansiedad (tampoco el TAG), aunque sí lo son por los sistemas DSM, aunque también es cierto que poseen características propias que los distancian de los demás.

#### **4.2. FIABILIDAD Y VALIDEZ DEL DIAGNOSTICO DE LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD**

Todo sistema de clasificación y diagnóstico debe cumplir al menos dos propiedades: ser fiable y ser válido.

Las principales investigaciones se han hecho sobre el DSM-III y DSM-III-R.

Los sistemas anteriores dificultaban la posibilidad de establecer diagnósticos que fuesen válidos y fiables.

La fiabilidad y validez se han visto favorecidas por el desarrollo de entrevistas estructuradas para evaluar los T. de Ansiedad de acuerdo con los criterios del DSM. Ej. ADIS, ADIS-M

#### **Fiabilidad:**

Viene dada por una adecuada descripción de subgrupos específicos de síntomas o dimensiones de conducta que sean fiablemente identificados por observadores independientes en bases a definiciones operacionales.

Datos:

- Sobre el DSM-III:
  - La consistencia interna: aceptable.
  - Con la ADIS: coeficiente de fiabilidad kappa (interjueces): de 0,91 (f. social) al 0,56 para la fobia simple.
    - Las puntuaciones + altas: f. social, agorafobia con pánico y TOC (+0,80)
    - Las + bajas: Fobia simple (por su alta comorbilidad), TAG (era residual) y T. de pánico.
- Sobre el DSM-III-R:
  - Mejoras en el índice kappa: cerca del 0.90. excepto en TAG (0,60 y 0,54) (→ necesitaba la reforma que se hizo en el DSM-IV)

- La introducción de los grados de evitación agorafóbica: bajos coef. Kappa (¡es difícil!)

### **La validez:**

Viene dada por la utilidad de identificar trastornos específicos (predecir R. al tratamiento, el curso del trastorno y la posible etiología)

La validez del constructo se puede analizar estudiando la coherencia de las características que configuran cada trastorno.

P. ej. Una prueba a favor de la validez del DSM-IV son las dimensiones obtenidas mediante A.F. con los diferentes tipos de miedos y fobias.

Otra forma de estudiar la validez es a través del grado de distinción entre las categorías y tipos establecidos por el sistema de diagnóstico:

No todos los trastornos de ansiedad se han diferenciado entre sí con el mismo grado:

- El TOC parece ser el más distinto, seguido de las fobias simples y sociales.
- El T. de pánico, la Agorafobia y el TAG: límites menos claros.

Existen abundantes datos que apoyan la distintividad de los T. de Ansiedad:

Distinta edad de comienzo, curso, pronóstico, R al tratamiento, prevalencia, factores precipitantes y etiológicos, sociodemográficos.

Un problema que dificulta en cierto grado la distintividad es la elevada tasa de diagnósticos comórbidos que concurren en los T. de Ansiedad.

Por otro lado, es frecuente, incluso, que un T. de ansiedad vaya cambiando a través del tiempo a otros T. de ansiedad diferentes, o incluso a un trastorno depresivo, o viceversa.

A veces se ha especulado que los trastornos de ansiedad se pueden situar en un continuo de gravedad (*"hipótesis del estado básico de ansiedad"*), siendo las distintas categorías de ansiedad diferentes manifestaciones de un mismo trastorno básico:

- En el polo + leve: ansiedad generalizada
- En el polo + grave: T. de pánico

Es una idea semejante a la de Tyer: "síndrome neurótico general"

## 5. COMORBILIDAD ENTRE LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD

### 5.1. CONCEPTO E IMPLICACIONES

La comorbilidad o co-ocurrencia tiene dos acepciones:

1. La similaridad o solapamiento de síntomas que se produce entre varios trastornos.

- Serios problemas teóricos y prácticos, especialmente relativos al diagnóstico.
- La co - ocurrencia sintomatológica se evidencia:
  - entre los trastornos de ansiedad
  - entre los trastornos de ansiedad y depresivos.
  - con los trastornos somatoformes, psicósomáticos, disfunciones sexuales, alteraciones del sueño, alcoholismo y drogadicción.

Algunos autores incluso han sugerido que la ansiedad es una característica central en casi todos los trastornos psicopatológicos.

2. Dos o más trastornos diferentes se dan conjuntamente en la misma persona (=diagnóstico múltiple)

- Empleada en este sentido, parece ser elevada en los trastornos de ansiedad.
- El hecho posee enormes implicaciones:
  - o Implicaciones terapéuticas: estrategias de intervención diferenciales para cada cuadro.
  - o Implicaciones relacionadas con el origen, curso y pronóstico del trastorno.
  
- La presencia de un T. de Ansiedad incrementa la % de padecer otro T. de Ansiedad.

Otros datos:

- El DSM-III: su estricto n. de jerarquías muchas veces no permitía un diagnóstico múltiple:
  - o El TAG era el último escalafón del los T. de Ansiedad
  - o Un diagnóstico de Depresión impedía el de Ansiedad.
  - o Muchos T. de Ansiedad nunca fueron diagnosticados: no lo permitía.
  
- El DSM-III-R: modifica sustancialmente los criterios de jerarquías diagnósticas: más facilidad para diagnosticar concurrencias en un mismo paciente.
  - P. ej. una misma persona puede ser diagnosticada de TAG, T. de Pánico y Depresión mayor.
    - o El DSM-III-R más que cualquier otro sistema diagnóstico reconoce la importancia de la comorbilidad, y en particular con respecto al TAG.
    - o Los datos anteriores al DSM-III-R sobre comorbilidad: muchos falsos negativos. No validez.

### 5.2. FRECUENCIA DE COMORBILIDAD

Los estudios de comorbilidad pertenecen a datos epidemiológicos (mejores) y clínicos (más sesgados).

Resultados:

- Las tasas de comorbilidad de los T. de Ansiedad son mayores en las muestras clínicas que en las epidemiológicas  
Los sujetos clínicos poseen formas más graves de alteración que los sujetos diagnosticados a partir de los estudios epidemiológicos.
- En estudios **epidemiológicos** (ECA y MFS):
  - o solo el 33,8% de todos los casos de ansiedad recibe 1 único diagnóstico de ansiedad.  
Entre el 30% y el 80%: al menos 2 T. de ansiedad.
  - o elevada % entre Agorafobia y Fobia específica.
- Con **sujetos clínicos** (gran variación entre los estudios):
  - Sobre fobia específica:
    - o Es el trastorno de ansiedad más concurrente como diagnóstico 2º.
      - Concorre de forma elevada con F. social y Agorafobia.
      - se asocia de forma muy común con otros síndromes de ansiedad: es muy probable que un paciente con algún T. de ansiedad tenga también algún tipo de fobia específica
    - o Cuando es diagnóstico principal: Es el T. que menos diagnósticos 2º tiene.  
ij son las que implican menor grado de gravedad clínica.
  - Sobre TAG: al contrario que la fobia específica:
    - o Exhibe el menor grado de frecuencia como síndrome comórbido (2º) con otros trastornos de ansiedad.
    - o Pero, es uno de los T. (como 1º) con el que concurren más diagnósticos 2ºs.
    - o Esto demuestra que el TAG es una entidad clínica independiente y no un síndrome residual.
  - La depresión: parece darse frecuentemente asociado a algún trastorno de ansiedad.
    - o Los pacientes con diagnóstico principal de depresión mayor tienden a exhibir tasas elevadas y consistentes de diagnósticos comórbidos de ansiedad.
    - o Pero la depresión también se asocia de forma elevada a los síndromes de ansiedad como diagnóstico comórbido (secundario).
    - o La inseparable concurrencia de síntomas de ansiedad y depresión que a veces ocurre es lo que ha llevado a designar como entidad clínica el trastorno mixto de ansiedad - depresión.
      - ij De hecho es raro encontrarlas como entidades puras.

### 5.3.COMORBILIDAD EN LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA

El principal síndrome característico de la infancia/adolescencia es el T. de ansiedad de separación (TAS)

Este coexiste a veces con otros trastornos de ansiedad, o depresión, de forma semejante a como ocurre con otros síndromes de ansiedad no específicos de estas edades del desarrollo.

El trastorno de hiperansiedad (THA) no se considera a partir del DSM-IV como entidad específica.

Resultados:

- Sobre el TAS (1º): elevados % de diagnósticos 2ºs de fobia específica y agorafobia
- Sobre el THA (1º): elevados % de diagnósticos 2ºs de fobia social y fobia específica

## **6. ANSIEDAD Y DEPRESIÓN**

Dada la alta comorbilidad entre Ansiedad y Depresión (p.ej. es frecuente que los pacientes con T. de pánico, TOC y TAG cumplan también los requisitos para el diagnóstico de depresión o distimia) algunos han llegado a señalar que son componentes de un mismo trastorno, pero hay más pruebas de lo contrario: son trastornos bastante diferentes.

Esto no invalida que a veces tengan síntomas comunes o configurar un T. común ("T. mixto de ansiedad-depresión")

A veces no/resulta fácil establecer cuál es el diagnóstico principal y cuál el 2º.

Durante los últimos años: interés particular sobre la posibilidad de que exista/ no un síndrome propio (específico, mixto) de ansiedad-depresión → importantes repercusiones psicopatológica o terapéuticas.

El DSM - IV no incluye una categoría específica mixta de ansiedad – depresión.

Sí contempla la posibilidad de una alteración mixta de ansiedad-depresión dentro del "T. de Ansiedad no especificado" (trastorno claramente residual) en aquellos casos en que, existiendo síntomas importantes de ansiedad y depresión, no se cumplen los criterios para el diagnóstico de un T. específico ansioso o depresivo.

La CIE-10 sí define un Trastorno mixto de ansiedad y depresión, para los casos en que no predomine ninguno ni tengan la intensidad suficiente para diagnosticarse por separado.

Esta categoría, al corresponder a cuadros con síntomas relativamente leves de ansiedad y depresión, es frecuente en medicina primaria, y más aún en población no clínica.

Las formas menores de ansiedad y depresión tienden a presentar formas mixtas (vs T. mayores de ansiedad o depresión). El solapamiento y la severidad correlacionan de forma inversa:

- En las muestras comunitarias: solapamiento \*\*\* (n. de síntomas)
- En los pacientes de centros de atención primaria: solapamiento \*\* (n. de síndrome)
- En los pacientes de centros de salud mental: solapamiento \* (n. de diagnóstico)

Si ambos están presentes y son suficientemente graves como para justificar un diagnóstico individual: hacer los 2 diagnósticos (no el mixto).

ii Parece existir bastante apoyo empírico de la existencia de un trastorno mixto de este tipo.

Katon y Roy-Byrne: “los datos basados en estudios comunitarios, de asistencia primaria y psiquiátricos indican de forma clara que existe un subgrupo de personas con síntomas subclínicos mixtos de ansiedad - depresión que no cumplen los requisitos para un diagnóstico clínico según el DSM-III-R”.

Estos pacientes exhiben niveles elevados de sintomatología somática y de alteración y deterioro sociolaboral y suelen utilizar con frecuencia los servicios médicos no psiquiátricos.

Representan también un tipo de población con alto riesgo para desarrollar formas más severas de T. afectivos o de ansiedad cuando son expuestos a algún suceso vital importante.

**Clark y Watson** proponen un “modelo tripartito” de ansiedad-depresión, constituido por:

- Afecto negativo (o distress afectivo general, no específico)
  - o Común en la ansiedad y en la depresión
- Hiperactivación fisiológica
  - o Específico de la ansiedad
- y Anhedonia (disminución del/bajo afecto positivo).
  - o Específico de la depresión.

Y sugieren que:

- Los pacientes cuyos síntomas predominantes son no-específicos (distress, irritabilidad, pérdida de apetito, alteraciones del sueño, quejas somáticas vagas...) y muestran n. moderados en Ans. y en Dep. deben diagnosticarse con “T. mixto de ans-dep”, moderado (≈ CIE-10)
- Si tienen n. muy elevados (en afecto negativo, anhedonia e hiperactivación): “T. mixto ans-dep, severo”. Este sería el caso de pacientes que cumplan los criterios de T. Ans. y de T. Dep.

El modelo tripartito se basa en el concepto de afecto positivo y afecto negativo como dos dimensiones de la afectividad independientes. Y han desarrollado un instrumento psicométrico para evaluarlas: **PANAS**.

La importancia del modelo:

- Capacidad heurística para delimitar el síndrome mixto de ans-dep.
- Permite explicar el solapamiento de síntomas ans-dep: comparten muchos síntomas de malestar emocional. (No es un solapamiento de diagnóstico)
- Refleja la importancia de distinguir entre los niveles de síntomas y de diagnóstico.

Si bien el modelo explica la comunalidad entre ansiedad y depresión en base al afecto negativo, explica su distintividad sobre la del afecto positivo.

Lo que caracteriza y diferencia a los pacientes depresivos de los pacientes con ansiedad es precisamente el bajo afecto positivo.

Para terminar:

Cuando mezclamos el modelo del grupo de Watson (afecto + y -) y la hipótesis de Alloy sobre la interrelación entre Ans. y Dep. según la T<sup>a</sup> de la indefensión y desesperanza, obtenemos el siguiente cuadro:

DEPRESIÓN		ANSIEDAD
<b>BAJO AFECTO POSITIVO</b>	<b>ALTO AFECTO NEGATIVO</b> <b>(en común)</b>	<b>HIPERACTIVACIÓN FISIOLÓGICA</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tristeza</li> <li>- Anhedonia</li> <li>- Pérdida de interés</li> <li>- Apatía</li> <li>- Tendencias suicidas</li> <li>- Baja activación simpática</li> <li>- Pérdida de apetito</li> <li>- Inhibición psicomotora</li> <li>- Sentimiento de inutilidad</li> <li>- Percepción de pérdida</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Irritabilidad</li> <li>- Preocupación</li> <li>- Baja concentración</li> <li>- Insomnio</li> <li>- Fatiga</li> <li>- Agitación psicomotora</li> <li>- Llanto</li> <li>- Sentimiento de inferioridad</li> <li>- Culpa</li> <li>- Baja autoestima</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Miedo</li> <li>- Pánico</li> <li>- Nerviosismo</li> <li>- Evitación</li> <li>- Inestabilidad</li> <li>- Alta activación simpática</li> <li>- Tensión muscular</li> <li>- Hipervigilancia</li> <li>- Percepción de amenaza/peligro</li> </ul>
<b>DESESPERANZA</b>	<b>INDEFENSIÓN</b>	<b>INCERTIDUMBRE</b>



Comentarios al cuadro:

- El alto afecto negativo, aunque elemento común, tiende a ser algo más característico de la ansiedad.
- La indefensión, aunque se trata de un componente común, tiende a ser más propia de la depresión.
- El diagnóstico de un trastorno de ansiedad vendría caracterizado por una predominancia de los factores de hiperactivación fisiológica e incertidumbre.
- El diagnóstico de un trastorno de depresión, estaría dominado por bajo afecto positivo y desesperanza.
- El diagnóstico del síndrome mixto de ansiedad – depresión se asociaría a la presencia de los síntomas vinculados al alto afecto negativo y a la indefensión