

## TEMA 02

# CONCEPTO Y CATEGORIZACIÓN DE LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD

Los trastornos de ansiedad representan el problema mental más frecuente entre todos los trastornos psiquiátricos.

## 1.- CONCEPTOS BÁSICOS

Términos relacionados con ansiedad: miedo, fobia, angustia y estrés.

- **ANSIEDAD Y ANGUSTIA:**

A partir de la influencia latina y de la psiquiátrica francesa, se estableció en nuestro país (tradición psiquiátrica española), la separación entre ansiedad (*predominio de componentes psíquicos*) y angustia (*predominio de componentes físicos*).

Sin embargo, en la psicología española, no se asume esta distinción, permaneciendo únicamente el término ansiedad con sus variantes somática y cognitiva.

- **ANSIEDAD Y MIEDO:**

MIEDO: Se asocia a algún tipo externo de estímulo amenazante identificable.

ANSIEDAD: Estado emocional más difuso y sin fuente externa de amenaza reconocible.

La distinción resulta problemática:

- Los estímulos externos elicitadores pueden existir aunque no sean fácilmente identificables.
- A veces, los estímulos inductores de respuestas de miedo/ansiedad son de tipo interno.

**Epstein:** Los diferencia en términos de la acción.

MIEDO: *Drive que motiva la conducta de evitación* (escape), ante la percepción de un estímulo de amenaza.

ANSIEDAD: Estado emocional de miedo no resuelto o *estado de activación que no posee una dirección específica* tras la percepción de la amenaza.

**Barlow:**

MIEDO: *Alarma primitiva* en respuesta a un peligro *presente*, caracterizado por elevada activación y alto efecto negativo (*componentes biológicos* y automáticos y orientación hacia el presente).

ANSIEDAD ó *aprensión ansiosa*: Combinación difusa de emociones (*naturaleza cognitivo-afectiva*), orientada hacia el *futuro*.

En términos generales, miedo y ansiedad, se utilizan de forma equivalente.

- **MIEDO Y FOBIA:**

**Marks:** Las **fobias** deben cumplir los siguientes **requisitos**:

1. Existencia **de miedo desproporcionado** en relación con el carácter amenazante de la situación.
2. **El miedo conduce necesariamente a la evitación de la situación temida.** Este es el requisito de mayor relevancia, aunque la evitación no constituye en sí mismo un problema clínico, a no ser que existan contingencias de aproximación hacia la situación temida.
3. No existe explicación lógica del fenómeno ⇒ **carácter irracional** de las fobias.
4. **Sobrepasan el posible control voluntario.**
5. **Producen** cierto grado de **malestar y sufrimiento.**

Si no existieran contingencias de aproximación no existiría miedo fóbico y, por consiguiente, la evitación sería adaptativa. Por tanto, para que las fobias posean relevancia clínica deben implicar el componente subjetivo de miedo (miedo fóbico).

## **DEFINICIÓN DE ANSIEDAD**

Suele hacerse en términos fenomenológicos (subjetivos).

- **Spielberger, Pollans y Worden:** "Reacción emocional que consiste en sentimientos de tensión, aprensión, nerviosismo y preocupación, así como activación del SNAutónomo.

Definiciones más operativas:

- **Wolpe:** **Reacción autónoma de un organismo tras la presentación de algún estímulo nocivo.** Una propiedad importante de la ansiedad es su naturaleza **anticipatoria**, que la confiere un valor funcional importante, por su utilidad biológico-adaptativa. Esta utilidad, no obstante, se convierte en desadaptativa cuando, como en la ansiedad clínica, se anticipa un peligro irreal.

Características de la ansiedad patológica:

- Algunos autores indican que es una manifestación **más frecuente, persistente e intensa que la ansiedad normal** ⇒ **Diferencias cuantitativas** respecto a la ansiedad normal.
- En un sistema categorial (dominante en la actualidad), implicaría también **diferencias cualitativas** entre los sujetos clínicos y los normales o entre las distintas categorías clínicas (pej. Las interpretaciones catastrofistas en el trastorno de pánico). La distinción entre ansiedad clínica y no clínica generalmente se establece a la demanda de tratamiento por la propia persona.
- A veces, la distinción entre ansiedad normal y patológica, resulta problemática: El desarrollo de **ansiedad social** es **normal durante** el periodo evolutivo de **la adolescencia.**

## **2.- COMPONENTES DE LA ANSIEDAD**

### **2.A.- EL TRIPLE SISTEMA DE RESPUESTA**

La ansiedad implica al menos, 3 componentes, modos o sistema de respuesta.

1. **SUBJETIVO-COGNITIVO** o verbal cognitivo:

Relacionado con la propia experiencia interna.

Incluye variables relacionadas con la percepción y evaluación subjetiva de los estímulos y estados asociados con la ansiedad (experiencias de miedo, pánico, alarma, inquietud, preocupación, aprensión).

El componente subjetivo es el elemento central.

2. **FISIOLÓGICO-SOMÁTICO:**

Los cambios fisiológicos más característicos consisten en un **incremento de la actividad del SNA**, que puede reflejarse tanto en cambios **externos** (sudoración, dilatación pupilar, temblor, incremento de la tensión muscular, palidez facial, etc.) como **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 éstos cambios es percibida de forma molesta y desagradable, contribuyendo a conformar el estado subjetivo de ansiedad.

3. **MOTOR-CONDUCTUAL:**

Componentes observables de la conducta.

*Respuestas instrumentales de escape (huída) y evitación.*

## **2.B. - DISOCIACIÓN ENTRE LOS SISTEMAS DE RESPUESTA**

- Las 3 modalidades de respuesta, pueden no covariar entre sí ⇒ fraccionamiento de respuestas.

- No obstante, la **disociación entre los 3 tipos de respuesta** está bastante aceptada en el ámbito científico.

Investigación: Búsqueda de **perfiles de respuesta** diferenciales en los pacientes con trastornos de ansiedad.

**Rachman:** Refirió 8 patrones de respuestas de los que sólo 4 poseen valor clínico.

La importancia de los perfiles de respuesta se ha demostrado:

a) **A nivel de diagnóstico** (separar grupos de pacientes).

b) **Implementación de tratamientos** (mayor eficacia del tratamiento maximizando la consonancia perfil/terapia).

c) **Pronóstico** (a mayor concordancia, mejor pronóstico terapéutico).

## **3. - NEUROSIS Y TRASTORNOS DE ANSIEDAD**

Para comprender la actual categorización y conceptualización de la ansiedad, hay que tener en cuenta los cambios históricos que se han ido produciendo en la psicopatología de los problemas emocionales.

### 3.A. - NEUROSIS Y ANSIEDAD

- El término **ansiedad** no aparece en la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE) hasta su **7ª edición** (1955).
- Lo que hoy entendemos por ansiedad, ha sido un elemento incluido en el tradicional concepto de neurosis.  
**Neurosis:** Utilizado por primera vez por **Cullen**, quien estableció una interpretación vitalista de la enfermedad: Las neurosis (irritabilidad, nerviosismo, estado de ánimo deprimido, etc), eran producidos por **alteración del SN** (*alteración de los fluidos neurales*).  
Fue parte de la moda "neurocéntrica" de la 2ª mitad del siglo XVIII: Trastornos emocionales = alteraciones del SN.
- **Siglo XIX:** Comienza a desarrollarse de forma significativa el concepto de neurosis y la psicopatología de la ansiedad.  
**Freud:** **Ansiedad** en términos de una "**señal de peligro**"; Reacción emocional que servía para señalar la presencia de una situación peligrosa.  
La ansiedad era el componente central de las neurosis. Empleó el concepto de neurosis con fines descriptivos (para describir los síntomas del malestar emocional) y etiologicos (para referirse a procesos de defensa contra la ansiedad).  
Distinguió 2 grandes tipos de neurosis según que la ansiedad fuera inferida o experimentada:
  1. *Neurosis fóbicas y neurosis de ansiedad* (ansiedad sentida).
  2. *Neurosis obsesivo-compulsiva e histeria* (ansiedad inferida).**Freud** conceptuó las neurosis como **trastornos de origen no orgánico**.
- ◆ **Rosenhan y Seligman** han descrito los trastornos de ansiedad siguiendo explícitamente un sistema clasificatorio semejante al de Freud. Argumentan que en las fobias y en el trastorno de estrés postraumático, así como también en el pánico y ansiedad generalizada (el miedo ocurre sin el objeto específico), la ansiedad es observada; en cambio, en los trastornos obsesivo-compulsivos, trastornos somatoformes y trastornos disociativos, la ansiedad no es generalmente observada.
- El concepto de neurosis ha sido aceptado en psicopatología durante gran parte de éste siglo. Ha servido para separar los trastornos emocionales de las alteraciones psicóticas.  
Las neurosis son trastornos opuestos a las psicosis, pues en **las neurosis**:
  - a) Permanece intacto el *contacto con la realidad*.
  - b) *No existe violación de las normas sociales*.
  - c) Los *síntomas* son *reconocidos por los pacientes como inaceptables*.
  - d) El principal foco de alteración lo constituyen los *síntomas de malestar/sufrimiento emocional*.

- La consolidación del concepto de neurosis también depende de la influencia de **Eysenck**, aunque plantea la conducta anormal más en términos dimensionales que categoriales.

#### Diferencia fundamental entre la descripción de neurosis de Eysenck y Freud.

- **Eysenck**, entiende las neurosis y las psicosis según *dimensiones independientes*.
- **Freud**, las categorías de neurosis y psicosis se sitúan *sobre una única dimensión de funcionamiento del yo* (las psicosis poseen mayor grado de regresión que las neurosis).
- **Roth**, destaca la utilidad del "Síndrome neurótico general" (SNG): Continuo unitario en cuyos polos opuestos se sitúan la ansiedad y la depresión. Al margen del interés heurístico del SNG, actualmente es más un planteamiento teórico que algo contrastado empíricamente.

### 3.B. - LA HERENCIA FREUDIANA

- Hasta épocas muy recientes, los sistemas categoriales sobre los trastornos de ansiedad, han estado dominados por el concepto de neurosis:

**DSM-I:** Trastornos psiconeuróticos.

**DSM-II:** Trastornos neuróticos (neurosis).

En el **DSM-I** se incluía el término de "reacción" debido a la influencia ambientalista de **Adolf Meyer** (reacción de conversión, reacción disociativa).

En el **DSM-II** hay una vuelta a los planteamientos de **Freud** (La reacción de conversión y la disociativa son recalificadas como "neurosis histérica de conversión" y "neurosis histérica disociativa").

- El **DSM-II** establece los siguientes síndromes de neurosis (muchos de ellos hoy se entienden como trastornos de ansiedad):

1. Neurosis de ansiedad.
  2. Neurosis histérica (de conversión y disociativa).
  3. Neurosis fóbica.
  4. Neurosis obsesivo-compulsiva.
  5. Neurosis depresiva.
  6. Neurosis neurasténica.
  7. Neurosis de despersonalización.
  8. Neurosis hipocondríaca.
- } No presentes en el DSM-I

La OMS (**CIE**) define la "neurosis neurasténica" en base a presencia de quejas recurrentes de fatigabilidad, debilidad o agotamiento tras algún tipo de esfuerzo. **Dos tipos:**

- a) Fatigabilidad mental.
- b) Fatigabilidad física.

Ambos tipos tienen síntomas somáticos comunes (cefalea tensional, vértigo, sensación de inestabilidad, mareos, irritabilidad y dificultades para relajarse). Estos síntomas suelen acompañarse de síntomas de ansiedad y depresión.

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

- El **DSM-III** supone un cambio radical sobre sus antecesores. Es más descriptivo y detallado, más específico, más fiable y válido, elude los supuestos etiológicos psicodinámicos (ateórico), y se centra más en conductas observables que en las inferidas.

Incluye por primera vez el grupo de "trastornos de ansiedad".

#### CAMBIOS RESPECTO AL DSM-II

1. **Desaparece el grupo general de neurosis** y es sustituido por los 3 grupos siguientes:
  - a) Trastornos de ansiedad.
  - b) Trastornos somatoformes.
  - c) Trastornos disociativos.
2. **Desaparece como cuadro clínico la neurosis neurasténica.**
3. **Se define y caracteriza por primera vez el TEP** (trastornos de estrés postraumático o neurosis traumática).  
La **CIE-9**, categorizó 2 síndromes que podrían corresponder a las formas aguda y crónica del TEP: "reacción de estrés aguda" y "reacción de ajuste".
4. Mantiene dos grandes subgrupos de trastornos de ansiedad:
  - Trastornos fóbicos.
  - Estados de ansiedad.Se basan en la idea tradicional de separar los trastornos de ansiedad en función de que esta se asocie (trastornos fóbicos) o no (estados de ansiedad) a objetos o situaciones específicas.
5. **Se definen por vez primera los principales cuadros clínicos de la ansiedad.**
6. **Los trastornos de ansiedad se separan de forma definitiva de otras alteraciones como los trastornos somatoformes** (histeria de conversión y neurosis hipocondríaca en el DSM-II) **y trastornos disociativos** (histeria disociativa y neurosis de despersonalización en el DSM-II).

En éstos trastornos la ansiedad es inferida.

**Clasificación de los trastornos de ansiedad según el DSM-III**  
(entre paréntesis la correspondencia con el DSM-II)

**A. Trastornos fóbicos (Neurosis fóbica)**

1. Agorafobia con ataques de pánico
2. Agorafobia sin ataques de pánico
3. Fobia social
4. Fobia simple

**B. Estados de ansiedad (Neurosis de ansiedad)**

1. Trastorno de pánico
2. Trastorno de ansiedad generalizada
3. Trastorno obsesivo-compulsivo  
(Neurosis obsesivo-compulsiva)

**C. Trastorno de estrés postraumático (no en DSM-II)**

1. Agudo
2. Crónico o tardío

**D. Trastorno de ansiedad atípico.**

**E. Trastornos de ansiedad de inicio en la infancia o adolescencia.**

1. Trastorno de ansiedad de separación (incluido en La neurosis fóbica)
2. Trastorno de evitación (reacción de aislamiento)
3. Trastorno de hiperansiedad (Reacción de hiperansiedad)

- **En resumen:** DOS GRANDES TIPOS DE CAMBIOS con la publicación del DSM-III:
  1. **De tipo conceptual:** Supresión del término "neurosis" como elemento central.
  2. **De tipo operacional:** Descripción y especificación de las características clínicas de los trastornos, *atendiendo más a conductas observables.*
- **Barlow:** Razones por las que el DSM-III ha tenido tanta aceptación:
  - a) Es un sistema relativamente ateórico.
  - b) Altamente descriptivo y específico.
  - c) Posee enorme valor heurístico.
  - d) Permite que los investigadores sean capaces de comunicarse entre sí.
  - e) Supone ver la ansiedad de forma descriptiva y *no como un fenómeno inconsciente.*

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

- El DSM-III estimuló el desarrollo de nuevos métodos estructurados de evaluación para los trastornos de ansiedad (ADIS).  
Aún así, el **DSM-III** revela problemas asociados a su validez.  
**NECESIDAD DE:**
  - a) *Reagrupar los trastornos fóbicos* dadas las características diferenciales de la agorafobia.
  - b) Establecer *criterios diagnósticos menos jerárquicos*.
  - c) Evaluar *rangos más amplios de conducta* que los establecidos por el DSM-III.
  - d) *Modificar los criterios del TAG* (trastorno de ansiedad generalizada).

- e) *Incluir trastornos mixtos de ansiedad/depresión.*
- f) *Incluir síndromes de ansiedad causados por factores orgánicos.*

#### **4.A.- AVANCES DEL DSM-III-R Y DEL DSM-IV**

- Los cambios del **DSM-III-R** (respecto al DSM-III):
  - **Suprime** los subgrupos de "trastornos fóbicos" y "estados de ansiedad".
  - **Mejora** los criterios diagnósticos del TAG, dejando de ser un trastorno residual y convirtiéndose en una *entidad clínica definida en torno al concepto de "preocupación"*.
  - Respecto al trastorno de pánico no hay grandes modificaciones aunque sí hay cambio conceptual: La agorafobia con ataques de pánico es subsumida por el trastorno de pánico ⇒ *El trastorno de pánico es primario a la agorafobia* (la prevalencia de agorafobia sin trastornos de pánico es baja).
- El paso del DSM-III-R al **DSM-IV** no supone un cambio estructural significativo. Los **PRINCIPALES CAMBIOS** se refieren a especificación de criterios y tipos (dentro de las categorías), así como a la inclusión de nuevas categorías. La categorización de los trastornos de la infancia y adolescencia también sufre algunas alteraciones.

#### **CLASIFICACIÓN DE LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD (DSM IV)**

##### **Trastorno de pánico**

- Trastorno de pánico sin agorafobia
- Trastorno de pánico con agorafobia

##### **Agorafobia sin historia de trastorno de pánico**

##### **Fobia específica**

- Tipo animal
- Tipo ambiente natural (alturas, tormentas, etc.)
- Tipo sangre, inyección, herida
- Tipo situaciones (aviones, ascensores, etc.)
- Otro tipo

##### **Fobia social (trastorno de ansiedad social)**

- Tipo generalizado
- Tipo no generalizado
- [Trastorno de evitación: asimilado en fobia social]

##### **Trastorno obsesivo-compulsivo**

##### **Trastorno de estrés postraumático**

- Tipo agudo
- Tipo crónico

##### **Trastorno de estrés agudo**

##### **Trastorno de ansiedad generalizada**

##### **Trastorno de ansiedad por condición médica general**

##### **Trastorno de ansiedad inducido por sustancias**

##### **Trastorno de ansiedad no especificado**

##### **Trastorno de ansiedad de separación [asimilado en TAG]**



- Los criterios para el diagnóstico del **trastorno de pánico** permanecen invariables, excepto algunas modificaciones prácticas: El diagnóstico ahora se establece por la **presencia de ataques de pánico recurrentes durante un periodo mínimo de 1 mes** (El DSM-III-R exigía un mínimo de 4 ataques durante el mismo periodo).
- Introducción de los tipos de **fobia específica** (se sustituye la denominación de fobia simple por el de fobia específica).
- La **diferenciación de los tipos agudo y crónico del trastorno de estrés postraumático** reaparece en el DSM-IV (presente en el DSM-III).
- ◆ Separación entre **3 tipos** diferentes **de ataques de pánico**: **inesperado, limitado situacionalmente y, predispuesto situacionalmente**. Supone una importante mejora, ya que aporta un análisis más descriptivo de los ataques de pánico, ajustándose mejor a la realidad psicopatológica de este síndrome.
- Introducción de **nuevas categorías de trastornos de ansiedad**:
  - **Trastorno de estrés agudo** (En el CIE-10, el trastorno equivalente es la reacción de estrés aguda).
  - **Trastorno de ansiedad por condición médica general**.
  - **Trastorno de ansiedad inducido por sustancias**.

Una de las principales **diferencias entre el trastorno de estrés agudo y el TEP**, obedece a **parámetros temporales** (el primero ocurre en el primer mes que sigue al suceso traumático, y en el TEP puede ocurrir más tarde y tiene una duración mayor de un mes).
- Tendencia a una **interpretación unitaria de los trastornos de ansiedad, con independencia de la etapa de desarrollo evolutivo** de la persona.
 

Las 3 categorías de la infancia y la adolescencia:

  - Trastorno de ansiedad de separación. ( A )
  - Trastorno de hiperansiedad. ( B )
  - Trastorno de evitación. ( C )

Se consideran equivalentes funcionales de:

  - La agorafobia. ( A )
  - El trastorno de ansiedad generalizada. ( B )
  - La fobia social. ( C )

El trastorno de ansiedad de separación se mantiene como único trastorno de ansiedad específico de la infancia/adolescencia, en los 3 sistemas clasificatorios (DSM-III-R, DSM-IV y CIE-10).
- El Trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) y el TEP, no son considerados por la **CIE-10** como trastornos de ansiedad (sí por los sistemas DSM):
 

El **TEP** es clasificado en el grupo de las "**reacciones al estrés intenso y trastornos de adaptación**".

El **TOC** conforma una **categoría separada** con varios tipos.

## 4.B.- FIABILIDAD Y VALIDEZ DEL DIAGNÓSTICO DE LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD

**Fiabilidad:** Se refiere o viene dada por una adecuada descripción de subgrupos específicos de síntomas, que sean fiablemente identificados por observadores independientes.

**Validez:** Viene dada por la utilidad de identificar trastornos específicos (predecir las respuestas al tratamiento, el curso del trastorno y la etiología).

- Las principales investigaciones sobre fiabilidad y validez se han efectuado en base al DSM-III-R y al DSM-IV.
- La fiabilidad y validez de los tipos de diagnóstico han sido favorecidas recientemente merced al desarrollo de entrevistas estructuradas para evaluar los trastornos de ansiedad de acuerdo con los criterios específicos del DSM, tales como el Anxiety Disorders Interview Schedule (ADIS).
- **Barlow** ha llevado a cabo algunos trabajos sobre fiabilidad basándose en el **DSM-III** aplicando la **ADIS**, y encontrando coeficientes de fiabilidad que varían entre el 0.91 para la fobia social y el 0.56 para la fobia simple.  
Los coeficientes más altos correspondían a la *fobia social, agorafobia con pánico y TOC*.  
Los coeficientes más bajos, a la *fobia simple, TAG y trastorno de pánico*.
- Más recientemente, trabajos sobre fiabilidad basándose en el **DSM-III-R**: Valores de kappa muy cerca del 0.90.  
La fiabilidad del **TAG** sigue siendo moderada (0.60 y 0.54) ⇒ Su diagnóstico requiere una reforma sustancial que se produce en el DSM-IV.
- ◆ Un problema que dificulta en cierto grado la distintividad es la elevada tasa de diagnósticos comórbidos que concurren en los trastornos de ansiedad. Es frecuente, incluso, que un trastorno de ansiedad vaya cambiando a través del tiempo en otros trastornos de ansiedad diferentes, o incluso en 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.

## 5.- COMORBILIDAD ENTRE LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD

### 5.A.- CONCEPTO E IMPLICACIONES

- **Comorbilidad o co-ocurrencia:** similaridad o solapamiento de síntomas que se produce entre varios trastornos.
- La co-ocurrencia no solo se evidencia entre los trastornos de ansiedad, sino también entre **ansiedad y depresión**.
- Los **trastornos de ansiedad** también **comparten síntomas con:**
  - Trastornos somatoformes (hipocondriasis).
  - Trastornos psicósomáticos.
  - Disfunciones sexuales.
  - Alteraciones del sueño.
  - Alcoholismo y drogadicción.
- El concepto de comorbilidad se utiliza también para indicar que **dos o más trastornos diferentes se dan conjuntamente** (co-ocurren), **en la misma persona**.

El hecho de que un paciente tenga más de un diagnóstico de ansiedad en un momento dado posee enormes implicaciones. En primer lugar, tiene implicaciones terapéuticas: la co-ocurrencia de dos diagnósticos diferentes suele implicar estrategias de intervención diferenciales para cada cuadro. Pero tiene también muchas otras implicaciones relacionadas con el origen, curso y pronóstico del trastorno.

La presencia de un trastorno de ansiedad incrementa la posibilidad de que aparezca otro.

- Los sistemas de tipo categorial impiden que, a veces, sean diagnosticados más de un trastorno.  
Este problema ha sido solucionado por el DSM-III-R al modificar los criterios de las jerarquías diagnósticas: Un individuo puede ser diagnosticado de 3 trastornos; Uno, debe ser el que corresponde al **diagnostico principal o primario**, y los otros, **secundarios o concurrentes**.  
El DSM-III-R reconoce la importancia de la comorbilidad y, en particular, con respecto al TAG.

### 5.B.- FRECUENCIA DE COMORBILIDAD

- Los estudios de comorbilidad pertenecen a estudios epidemiológicos (estudios de poblaciones) y a estudios clínicos (sesgados).
- Las tasas de comorbilidad son significativamente mayores en las muestras clínicas.

**Datos de proyectos epidemiológicos:**

- Únicamente el **33,8%** de todos los casos de ansiedad, **recibe diagnostico de un solo trastorno de ansiedad**.
- Elevada frecuencia de **coocurrencia de agorafobia y fobia específica**.

### Investigaciones con sujetos clínicos:

- Las tasas de comorbilidad varían mucho de unos estudios a otros.
- La **fobia específica** es el **trastorno de ansiedad más concurrente como diagnóstico secundario** (en particular con la fobia social y con la agorafobia).  
La fobia específica es el trastorno que, **como diagnóstico principal, menos diagnósticos secundarios posee**.  
⇒ Esto es congruente con la asunción de que las fobias específicas son las que implican menor grado de gravedad clínica.
- Patrón inverso con el **TAG**: Exhibe el menor grado de frecuencia como síndrome comórbido con otros trastornos de ansiedad y, en cambio, es **uno de los trastornos con el que concurren más diagnósticos secundarios** ⇒ Demuestra el carácter de éste trastorno como entidad clínica independiente (no como síndrome residual).
- La depresión es un trastorno que parece darse frecuentemente **asociado a algún trastorno de ansiedad**. Los pacientes con diagnóstico principal de depresión mayor tienden a exhibir tasas elevadas y consistentes de diagnósticos comórbidos de ansiedad. Pero la depresión también se asocia de forma elevada a los síndromes de ansiedad como diagnóstico comórbido (secundario). 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**" (Ansiedad y depresión se dan pocas veces como entidades puras).

### 5.C.- COMORBILIDAD EN LA INFANCIA Y EN LA ADOLESCENCIA

- En edades infantiles también son importantes los **solapamientos entre ansiedad y depresión**.
- El trastorno de ansiedad de separación (TAS), coexiste a veces con otros trastornos de **ansiedad y depresión**.
- Elevados porcentajes de diagnósticos secundarios de:
  - **Fobia específica y agorafobia asociados al TAS.**
  - **Fobia social y fobia específica asociados al THA (trastorno de hiperansiedad).**
- Nula coocurrencia entre el THA y el **trastorno de pánico o depresión mayor**.

### 6.- ANSIEDAD Y DEPRESIÓN

- Durante los últimos años, interés particular sobre la posibilidad de que exista o no un síndrome propio, específico, mixto, de ansiedad/depresión.
- La comorbilidad entre ambos trastornos es elevada.
- Es frecuente que los pacientes con **trastorno de pánico** (con o sin agorafobia), con **TOC**, o con **TAG**, cumplan también los requisitos para el diagnóstico de depresión mayor o disitimia.
- Sin embargo, a veces, coexisten síntomas de ansiedad y depresión, y **resulta difícil o imposible, establecer un diagnóstico primario de ansiedad o depresión**.

- El **DSM-IV**, no incluye una categoría mixta de ansiedad/depresión, aunque, contempla la posibilidad de una alteración mixta de ansiedad-depresión, dentro del "trastornos de ansiedad no especificado".
- La **CIE-10**, define un trastorno mixto de ansiedad-depresión para los casos en que, ninguno de los dos trastornos predomine claramente.
- Las formas menores de ansiedad y depresión, tienden a presentar perfiles de gran solapamiento de síntomas, siendo muy frecuentes en los servicios de salud de asistencia primaria ⇒ *El solapamiento de síntomas de ansiedad/depresión y la severidad correlacionan inversamente*. (mas solapamiento, menos severidad).
- Catón y Roy-Byrne concluyen que 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. Estos pacientes exhiben niveles elevados de sintomatología somática y de alteración y deterioro sociolaboral y suelen utilizar con frecuencia los servicios médicos no psiquiátricos. Estas personas con síntomas mixtos de ansiedad-depresión, representan un tipo de población con alto riesgo para desarrollar formas más severas de los trastornos afectivos o de ansiedad, cuando son expuestos a algún suceso vital importante ⇒ Este cuadro mixto de ansiedad-depresión, podría representar una *fase prodrómica de la enfermedad o, una fase residual de una forma más severa de la enfermedad*.
- **Clark y Watson**, proponen un **MODELO TRIPARTITO DE ANSIEDAD/DEPRESIÓN**:
  1. **Afecto negativo** (*común en ansiedad y depresión*).
  2. **Hiperactivación fisiológica** (*Específico de la ansiedad*).
  3. **Anhedonia** o disminución del afecto positivo (*específico de la depresión*).
  - Los pacientes cuyos síntomas dominantes no son específicos, y muestran niveles moderados de factores específicos, deben ser diagnosticados de trastorno mixto de ansiedad-depresión moderado.
  - Cuando los pacientes tienen niveles muy elevados de afecto negativo, así como de anhedonia y de activación fisiológica, son diagnosticados de trastorno mixto de ansiedad-depresión severo.

Este modelo se basa en el concepto de **afecto positivo y de afecto negativo**, como **2 dimensiones de afectividad independientes**.

Han desarrollado un instrumento psicométrico para evaluar estas 2 dimensiones (PANAS).

Si bien el modelo explica la comunalidad entre ansiedad y depresión sobre la base del 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**). El **alto afecto negativo** 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**.