



**“PROTOCOLO DE TRASTORNO MIXTO ANSIOSO DEPRESIVO DEL HOSPITAL GENERAL
DOCENTE DE CALDERÓN”**

PROCESO: Especialidades en Salud Mental

	NOMBRE	CARGO	FIRMA
Elaborado por:	Álvarez Bayas Tania Fabiola	Psiquiatra	
	Cabezas Francisco Santiago	Psiquiatra	
	Cárdenas Edison Javier	Psicólogo Clínico	
	Gomezcoello Cadena Daniel Alejandro	Psicólogo Clínico	
	Martínez Edison Francisco	Psicólogo Clínico	

	Muñoz María Isolina	Psicóloga Infantil	
	Proaño López Andrea Carolina	Psicóloga Clínica	
	Sánchez Carvajal Mirella Patricia	Psicóloga Clínica	
	Torres Dávila Sandra Genoveva	Psiquiatra	
Revisado por:	Lcda. Marisol Basantes	Responsable de la Gestión de Calidad	
	Dra. Margarita Mediavilla	Responsable de la Gestión de Apoyo Terapéutico	
Validado por:	Dra. Patricia Benavides	Director Asistencial (E)	
Aprobado por:	Dra. Malena Ortiz	Gerente General	

22 de Diciembre del 2022

“Los autores y los revisores declaran no tener conflictos de interés en la elaboración / revisión de este protocolo”

CONTENIDO

1. INTRODUCCIÓN:.....	4
2. OBJETIVO:.....	5
3. ALCANCE:	5
4. DEFINICIONES Y CONCEPTOS.....	5
5. DIAGNÓSTICO	6
5.1 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL	8
5.2 TRATAMIENTO	9
6. MANEJO DE PRIORIDADES, CRITERIOS DE INGRESO Y EGRESO	11
7. BIBLIOGRAFÍA	12
8. CONTROL DE CAMBIOS	13
9. ANEXOS	14

1. INTRODUCCIÓN:

El área de Especialidades en Salud Mental está desarrollando protocolos que guíen la intervención en las patologías de mayor morbilidad que son atendidas en el Hospital General Docente de Calderón.

El trastorno mixto ansioso depresivo, según el reporte estadístico de casos atendidos en consulta ambulatoria (2016-2021) por el servicio de especialidades en Salud Mental (Psiquiatría, Psicología Clínica, Psicología Infantil), es el de mayor morbilidad (2112 de un total de 33646 diagnósticos descritos realizados)(1).

Según el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales – revisado (DSM IV TR) la prevalencia del trastorno mixto ansioso depresivo oscila entre el 1,3 y el 2% en los centros de asistencia primaria. Refiere que también es frecuente en centros psiquiátricos, aunque menciona no se han analizado muchos en centros de este tipo (2).

En la Clasificación internacional de enfermedades, 10.ª Edición (Cie 10), se menciona que este tipo de trastorno es más frecuente en atención primaria y su prevalencia es aún mayor en la población general (3).

Según la OMS (2017), más de 300 millones de personas a nivel mundial tienen depresión y más de 260 millones sufren trastornos de ansiedad (4).

En el primer año de la pandemia por COVID, la prevalencia mundial de depresión y ansiedad aumenta en un 25%, según informe publicado por la OMS (5).

Campos & Martínez citando a Valle (2002), refieren que tanto la ansiedad como la depresión son los trastornos psiquiátricos más prevalentes en la población general, menciona que más del 20% de ésta sufrirá alguno de ellos en algún momento de su vida (6). En el mismo artículo mencionan que 30% de los pacientes que presentan ansiedad desarrollan una depresión secundaria, y en muchos casos son diagnosticadas al mismo tiempo.

Bakish, Habib & Hooper (1998), mencionan que tanto síntomas de ansiedad como los de depresión de forma frecuente aparecen juntos, refiere además que los costos sociales, económicos, laborales y médicos pueden ser muy grandes (7).

Cassidy, Lauderdale & Sheikh (2005) refieren que la ansiedad y la depresión frecuentemente se superponen en su sintomatología por lo que resulta difícil distinguirlos (8).

Ortega, Kendzierski & Aranda (2015) citando a Vallejo (2000), mencionan que la coexistencia de la ansiedad y la depresión es más habitual de lo que podría parecer (9).

Según el estudio de Carbonell, Marín, & Díaz (2015), con una muestra que, de los 219 sujetos con una muestra no probabilística, que forman parte de la investigación, encontró 42 sujetos (19,2%) presentaban sintomatología predominantemente ansiosa, 39 (17,8%) sintomatología predominantemente depresiva, 52 (23,7%) sintomatología mixta ansiosa y depresiva, y el resto no tenían síntomas psicopatológicos (67 sujetos que representan al 30,6% de la muestra) (10).

2. OBJETIVO:

Dotar a los profesionales de Salud Mental del HGDC de directrices para el diagnóstico y tratamiento del trastorno mixto ansioso depresivo en consulta ambulatoria, emergencia y hospitalización.

3. ALCANCE:

Este protocolo se aplicará en los procesos de consulta externa, emergencia y hospitalización.

4. DEFINICIONES Y CONCEPTOS

Esta categoría diagnóstica que aparece en la CIE-10 dentro del apartado otros trastornos de ansiedad y en la DSM-IV-TR dentro del apartado de los trastornos de ansiedad sin especificación. Se utiliza por los pacientes que presentan tanto síntomas de ansiedad como de depresión y que no cumplen los criterios para un trastorno de ansiedad ni para un trastorno del estado de ánimo.

Según la Clasificación internacional de enfermedades (CIE), en su 11va revisión lo ubica dentro de los trastornos depresivos, y menciona que se caracteriza por tener síntomas de ansiedad y depresión la mayor parte de los días durante un periodo de dos semanas o más. Menciona que la sintomatología no es lo suficientemente grave, para justificar el diagnóstico de un trastorno depresivo, distimia o de ansiedad. Manifiesta que, dentro de las características aparte del estado de ánimo depresivo, debe acompañarse de otros síntomas depresivos y varios síntomas de ansiedad. La sintomatología genera un deterioro significativo a nivel personal, familiar, social, educacional, ocupacional o en otras áreas

importantes del funcionamiento. No debe haber atravesado algún episodio maníaco, hipomaníaco, o mixto (11).

El DSM IV TR, refiere que el ánimo disfórico debe estar presente al menos un mes, y está acompañado de problemas para concentrarse o problemas de memoria, falta de energía, fatigabilidad, trastornos del sueño, irritabilidad, preocupación, llanto fácil, hipervigilancia, sensación de peligro, desesperanza, pesimismo, baja autoestima, sentimientos de inutilidad (2).

En el DSM-V, se ha eliminado esta categoría diagnóstica, pero incluye el especificador “con síntomas de ansiedad”, tanto para los trastornos depresivos como para los bipolares (9).

Por otra parte Echeburúa, Salaberría, Corral, et al (1999), y Tyrer (1992), mencionan que las características principales de este trastorno son las siguientes (12):

Presenta síntomas de ansiedad y depresión de forma conjunta y permanente, que por lo general está somatizado, y no se justifican por otro trastorno mental complejo.

- Superposición periódica en el predominio de síntomas de ansiedad y depresión.
- Aparecimiento gradual del cuadro, sin un evento de crisis.
- Rasgos de personalidad dependiente, evasiva, u obsesiva.

Como en todos los trastornos mentales, se debe analizar que la sintomatología no se explique por algún otro trastorno, no sean consecuencia de alguna droga, medicamento o enfermedad médica, además debe haber un deterioro de las áreas laborales, sociales, familiares, o cualquiera de importancia para el paciente.

5. DIAGNÓSTICO

El Ministerio de Salud Pública del Ecuador (MSP), utiliza para la valoración de pacientes atendidos, los criterios diagnósticos de la CIE 10, por tal motivo a continuación se expondrá la descripción del trastorno (3):

Este trastorno se encuentra en la categoría de otros trastornos de ansiedad y se la utiliza para pacientes que atraviesan cuadros de ansiedad y depresión de igual intensidad, sin que ninguno tenga una predominancia, como para que se justifique un diagnóstico aislado.

Realiza algunas acotaciones para este diagnóstico, manifiesta que, si el paciente atraviesa una ansiedad grave con síntomas depresivos leves, debería clasificarse dentro de las categorías de trastorno de ansiedad o de ansiedad fóbica. Si ambas categorías son muy intensas, debe recogerse ambos diagnósticos. Y por último menciona que si por alguna razón, solo puede colocarse un diagnóstico debe priorizarse al de depresión.

Refiere además que deben estar presentes algunos síntomas vegetativos (temblor, palpitaciones, sequedad de boca, molestias epigástricas, etc.), así sea de forma intermitente. En el caso de que solo haya preocupación por los síntomas vegetativos, no se debe utilizar este diagnóstico.

Si la sintomatología está directamente relacionada con cambios biográficos significativos o acontecimientos vitales estresantes, debe utilizarse la categoría de trastornos de adaptación.

En este diagnóstico se incluye la depresión ansiosa (leve o no persistente) y se excluye a la depresión ansiosa persistente (distimia).

• **Exámenes de gabinete**

Para el apoyo diagnóstico y descartar comorbilidades se pedirá los siguientes exámenes: Biometría hemática y química sanguínea básica. Se podrá solicitar otros exámenes acordes a los antecedentes de comorbilidades previas en el paciente y/o familiares, así como también condiciones específicas de acuerdo con el género y grupo etario, como son pruebas de embarazo, toxicológico, pruebas de función tiroidea, etc., dependerá del criterio médico. También es importante el descarte de patología no psicológica como son la parte neurológica, endocrinológica, metabólica, etc con el uso de exámenes de gabinete e imagen como son la tomografía computarizada (TC) simple de encéfalo y/o Electroencefalograma (EEG), para un manejo multidisciplinario e integral.

Existen algunos problemas médicos que pueden agravar o presentar síntomas de ansiedad, como (13):

- Patologías endocrinológicas: hipotiroidismo, hipertiroidismo, hipoglicemia, insuficiencia adrenal, hiperadrenocorticismos, feocromocitoma, etapa de la menopausia.
- Origen cardiovascular: insuficiencia cardíaca, insuficiencia coronaria, arritmias, prolapso mitral.
- Origen respiratorio: asma, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, neumonías, trastornos de la ventilación.
- Alteraciones metabólicas: diabetes mellitus, porfiria, hipoxia, hipocapnia, hipoglicemia, hiperpotasemia, hipercapnia, hiponatremia.

- Origen neurológico: neoplasia, encefalitis, disfunción vestibular, epilepsia temporal, migrañas.
- Intoxicaciones por plomo.
- Origen hematológico: anemia déficit de vitamina B12.
- Infecciones urinarias sobre todo en ancianos, síndrome de fatiga crónica, cáncer.

Por lo descrito anteriormente, como mínimo se deberá realizar biometría hemática completa, química sanguínea con valoración de glicemia, úrea, creatinina, ácido úrico, pruebas de función tiroidea y valoración por Medicina Interna y/o neurológico acorde al caso. También es importante la realización de Tomografía Computarizada (TC) y electroencefalograma (EEG).

● **Escalas de estratificación**

La valoración se basa en el análisis de la entrevista clínica, sin embargo, se podrían aplicar reactivos psicológicos de acuerdo con el criterio del profesional.

5.1 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

El trastorno mixto ansioso depresivo comparte sintomatología con los trastornos adaptativos, pero se diferencian en la intensidad de los síntomas y en que en el trastorno de adaptación se desarrollan a partir de cambios biográficos significativos o acontecimientos vitales estresantes.

El DSM IV-TR ofrece algunas pautas para realizar un diagnóstico diferencial de este trastorno (2):

El trastorno mixto ansioso-depresivo no debe diagnosticarse si la sintomatología es causada por efectos de sustancias (alcohol, cocaína, etc.), por una enfermedad médica (feocromocitoma, hipertiroidismo, etc.).

Tampoco debe diagnosticarse si existen antecedentes de depresión mayor, distimia, trastorno de angustia, ansiedad generalizada, o si está atravesando alguno de los cuadros antes mencionados, así estén en remisión parcial.

Se debe diferenciar de otros diagnósticos no mentales, debido a que este trastorno es de carácter recurrente y generar mayor malestar clínico y conflictos en las áreas en las que se desenvuelve el individuo.

5.2 TRATAMIENTO

a) Farmacológico:

- Se recomienda iniciar tratamiento con antidepresivos tipo inhibidores de la receptación de serotonina (ISRS), tricíclicos o inhibidores de la mono amino oxidasa (IMAO); en los casos en los que la ansiedad sea importante se puede añadir ansiolíticos (14).
- Se recomienda Sertralina con dosis inicial de 50 mg/día a dosis máxima de 200 mg/día, también se puede utilizar fluoxetina, fluvoxamina, paroxetina (13). Según Stahl en su Guía de prescriptor se recomienda una vez que los síntomas hayan desaparecido o hasta que se hayan reducido de manera significativa, se debe mantener el tratamiento durante un año si el primer episodio depresivo (15).
- A continuación, se toma el cuadro de Guerrero, Ferrandis, Carabias, et al (2017), sobre antidepresivos y dosis recomendadas(16):

Antidepresivos Inhibidores selectivos de la recaptación de la Serotonina (ISRS) recomendados:

ISRS	Dosis inicio	Dosis diaria	Dosis Máxima
Fluoxetina	10 mg	20-60 mg	60 mg
Sertralina	25mg	50-150 mg	200 mg
Citalopram	5-10 mg	20-40 mg	Adultos 40 mg Ancianos 20 mg
Paroxetina	10 mg	20-40 mg	50 mg

En el caso de benzodiacepinas se recomienda su uso con precaución y en lo posible no por tiempos prolongados, se sugiere no sobrepasar las 3 semanas de uso, desde su inicio hasta su retiro (17) (18):

Benzodiacepina	Dosis	Presentación
Clonazepam	0,25 mg dos veces al día, se puede aumentar cada 3 días hasta una dosis máxima de 2 mg dos veces al día.	Tabletas 2 mg. Solución oral 2,5 mg/ml
Alprazolam	0,25 mg – 0,5 mg tres veces al día, hasta dosis máxima de 4 mg por día, repartido en 3 a 4 dosis.	Tabletas de 0,25mg y de 0,3 mg
Lorazepam	1 mg dos veces al día.	Tabletas de 1 y 2 mg

b) No farmacológico:

- De acuerdo una guía de buena práctica clínica en depresión y ansiedad para atención primaria, Gonçalves, González & Vázquez (2010) en el capítulo relacionado al trastorno mixto ansioso depresivo, refieren que se ha empleado con éxito abordajes conductuales (manejo de ansiedad) y cognitivos (reestructuración cognitiva, entrenamiento de la relajación y la retroalimentación), mencionan además que como se ha encontrado una etiología específica del trastorno, al momento no existe ninguna evidencia científica para recomendar o desaconsejar ningún tipo de tratamiento(19).
- Ortega, Kendzierski & Aranda (2015) citando a Echeburúa (2000) y Jauregui (2015) mencionan que existen varios estudios que han intentado valorar la eficacia de la terapia cognitivo-conductual, para este trastorno (9).
- Echeburúa (2006) y Ortega, Kendzierski & Aranda (2015) citando a Hollon (2006), Butler (2006), Spielmans (2011), refieren que la terapia cognitivo- conductual, ha mostrado iguales o mejores resultados que el tratamiento farmacológico, siendo más efectivo incluso a largo plazo (9) (20). Las técnicas que se ocupan en esta terapia son la combinación de técnicas cognitivo-conductuales utilizadas en los trastornos de ansiedad y de depresión.
- La premisa de la psicoterapia cognitivo-conductual es que las emociones y comportamientos, están determinados por la forma en que la persona estructura su mundo. Los pensamientos se fundamentan en esquemas, desarrollados por experiencias previas. Por tanto, las técnicas están destinadas a corregir conceptualizaciones disfuncionales que le permitir una mejor adaptación, al reevaluar el concepto de sí mismo y del mundo circundante (21).
- Echeburúa, Salaberría, Corral, et al (2000), realizan un estudio titulado: Tratamiento del trastorno mixto de ansiedad y depresión: resultados de una investigación experimental, donde realizaron valoraciones pretratamiento, postratamiento y seguimientos de 3 y 6 meses, encontrando que un 70% de los pacientes tuvieron una mejora significativa en el seguimiento de 6 meses(12). También recomiendan el tratamiento grupal y desarrollan un esquema de trabajo, combinado con sesiones individuales.
- Existen varias estrategias y técnicas de intervención que han ido evolucionando con el paso del tiempo, todas plantean en primer lugar un análisis personal de las necesidades específicas de los pacientes, y según eso se pueden escoger las mejores técnicas y estrategias a utilizarse para cada persona. Muchos autores involucran técnicas individuales y de grupo.
- A continuación, se describen varios objetivos que deben estar presentes en el tratamiento, indistintamente el enfoque psicológico que se esté aplicando.

- Explicar la relación de los síntomas con el manejo de conflictos (Psicoeducación).
 - Entrenar en estrategias para el control de la ansiedad a través de técnicas de respiración y de relajación muscular.
 - Reducir síntomas de ansiedad y depresión.
 - Entrenar en resolución de problemas.
 - Fortalecer de habilidades sociales.
 - Identificar y controlar pensamientos generadores de ansiedad y depresión.
 - Fortalecer de estrategias de afrontamiento.
 - Activar conductual.
 - Incentivar a la práctica de estilos de vida saludables.
 - Prevenir recaídas
- Para un trabajo adecuado en cualquier tratamiento psicológico, es ideal una periodicidad semanal, para poder realizar tareas inter-sesión, verificar avances, analizar dificultades presentadas y en general tener un seguimiento adecuado del caso, con ello el tratamiento no se dilata por las intervenciones muy espaciadas.
 - **Tratamiento de especialidad:** En caso de que los pacientes tengan comorbilidades deberán ser manejadas por las especialidades correspondientes.

6. MANEJO DE PRIORIDADES, CRITERIOS DE INGRESO Y EGRESO

CRITERIOS DE INGRESO:

Hospitalización o Terapia Intensiva: Este diagnóstico no requiere por sí mismo el ingreso hospitalario, pero puede ser parte de las comorbilidades de un paciente hospitalizado o podría requerir hospitalización en caso de que el paciente acuda por un intento auto lítico grave, riesgo suicida, consumo de sustancias en estado de abstinencia o con sintomatología psicótica.

CRITERIOS DE EGRESO:

- **Referencia/Contrarreferencia:** Este diagnóstico no requiere por sí mismo la referencia a un nivel de mayor complejidad, pero podría requerirse un nivel mayor de complejidad debido a comorbilidades que puedan estar asociadas y que sean el motivo de consulta, como el consumo de sustancias, cuadros depresivos graves, intentos autolíticos, riesgo suicida. La referencia se realizará de acuerdo con normativa vigente (geo referencia).

- **Alta y Referencia Inversa:** Tras disminución de sintomatología principal del cuadro clínico, se referirá al primer nivel de atención para el seguimiento respectivo.

MANEJO DE PRIORIDADES:

- Este diagnóstico no requiere por sí mismo el ingreso hospitalario, ni referencia a un nivel de mayor complejidad, pero será de manejo prioritario en caso de riesgo de auto o heteroagresión.

7. BIBLIOGRAFÍA

1. Área de estadística (HGDC). Estadística Hospital General Docente de Calderón. Quito-Ecuador; 2022.
2. Organización Mundial de la Salud. CIE-10. Clasificación de los Trastornos Mentales y del Comportamiento. Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades. Panamerica. Ginebra; 1992.
3. Salud OM de la. OMS | Salud mental [Internet]. WHO. World Health Organization; 2017 [cited 2020 Apr 22]. p. 1. Available from: http://www.who.int/mental_health/es/
4. COVID-19 pandemic triggers 25% increase in prevalence of anxiety and depression worldwide [Internet]. [cited 2022 Jun 4]. Available from: <https://www.who.int/news/item/02-03-2022-covid-19-pandemic-triggers-25-increase-in-prevalence-of-anxiety-and-depression-worldwide>
5. Campos MS, Martínez-Larrea JA. Trastornos afectivos: Análisis de su comorbilidad en los trastornos psiquiátricos más frecuentes. Anales del Sistema Sanitario de Navarra. 2002;25(SUPPL. 3):117–36.
6. Psicología desde el Caribe. [cited 2022 Jul 2]; Available from: <http://dx.doi.org/10.14482/psdc.32.3.6668>
7. Organización Mundial de la Salud. CIE-11 - Estadísticas de morbilidad y mortalidad. Icd - Who. 2019.
8. Echeburúa, Enrique; Salaberría, Karmele; De Corral, Paz; Cenea, Raúl; Berasategui T. Tratamiento del Trastorno Mixto de Ansiedad y Depresión: Resultados de una investigación experimental. Análisis y modificación de la Conducta. 2000; 26:58–62.
9. Odalis Fernández López D, Bárbara Jiménez Hernández D, Regla D, Almirall A, Darelys D, Molina SN, et al. Manual para diagnóstico y tratamiento de trastornos ansiosos Manual for Diagnosis and Treatment of Anxiety Disorders. Vol. 10. 2012.
10. Stahl SM. Guía del Prescriptor. 5 Edición. Editorial Aula Médica, editor. 2016.
11. Guerro, Delio; Ferrandis, Vanesa; Carabias, Ángel; Calabozo B. ¿Estamos medicalizando los problemas de la vida diaria? | | Printable version - [Internet]. 2017 [cited 2020 Apr 9]. Available from: <https://www.saludcastillayleon.es/portalmedicamento/en/noticias-destacados/destacados/medicalizando-problemas-vida-diaria.print-frame>

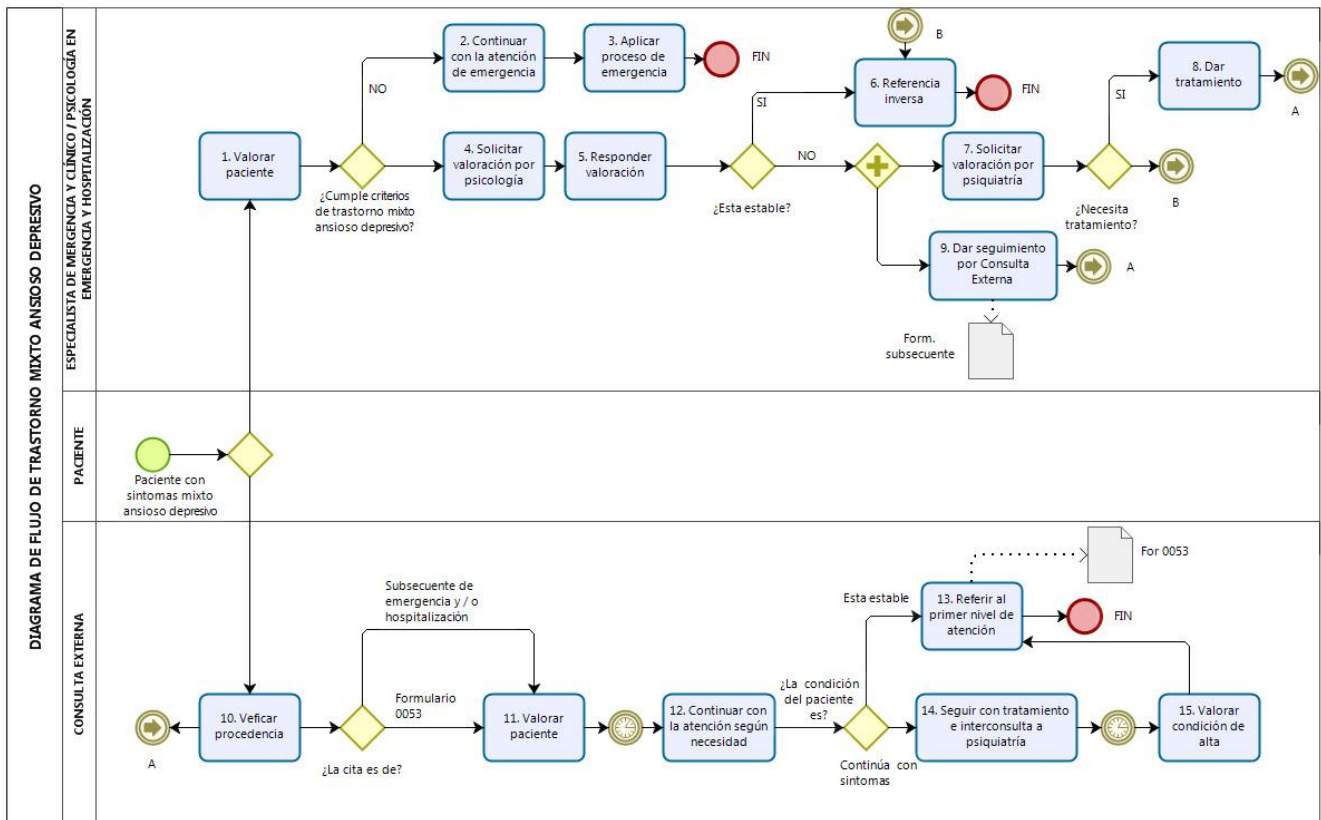
12. Rica M de S de C. Protocolos para la prescripción de psicotrópicos y estupefacientes [Internet]. [cited 2020 Apr 9]. Available from: https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/servicios-proveedurias/doc_download/158-ministerio-de-salud-informa-a-la-poblacion-en-general-alerta-sobre-productos-4life
13. UNAM F de M. Lorazepam [Internet]. [cited 2020 Apr 9]. Available from: http://www.facmed.unam.mx/bmnd/gi_2k8/prods/PRODS/Lorazepam.htm
14. Castro FGEstellaVMGRodríguezJV. GUÍA de BUENA PRÁCTICA CLÍNICA en. 2010.
15. Echeburúa E, Salaberría K, De Corral P, Cenea R, Berasategui T. Treatment of mixed anxiety-depression disorder: Long-term outcome. Behavioural and Cognitive Psychotherapy. 2006 Jan; 34(1):95–101.
16. Mora E, Rodríguez LP. Efectividad de la terapia cognitivo-conductual grupal con abordaje multimodal para pacientes con trastorno mental grave, con un diagnóstico común de trastorno mixto ansioso-depresivo. Universidad del Norte- Barranquilla. 2016; 1–359.

8. CONTROL DE CAMBIOS

FECHA	DESCRIPCIÓN DEL CAMBIO	SECCIÓN QUE CAMBIA	VERSIÓN
7/12/2022	NUEVO	N/A	001

9. ANEXOS

DIAGRAMA DE FLUJO



Flujo de trastorno mixto ansioso depresivo

Autor: Lcda. Marisol Basantes/Calidad
Versión: 001
Descripción: Protocolo de manejo de paciente con trastorno mixto ansioso depresivo