

# Depresión y trastorno de pánico con agorafobia: El reto de un diagnóstico, a propósito de un caso

Serrano Vázquez, M.; Serrano Cartón, M.M.

Servicio de Psiquiatría. C.H.U. Juan Canalejo-Marítimo de Oza. A Coruña.

CAD. ATEN. PRIMARIA 2005; 12: 172-175

## INTRODUCCIÓN

Cuando un sujeto experimenta una crisis de angustia o de pánico, los síntomas vegetativos y emocionales, con su vivencia de miedo intenso, hace que el individuo tienda a salir, a escapar de la situación en que se encuentra. Una de las posibles consecuencias es que el enfermo tienda a evitar estas situaciones y otras similares, desarrollando conductas que limitan cada vez más su vida, llegando en ocasiones a producir un deterioro muy notable de su autonomía. Este cuadro clínico lo conocemos como agorafobia y se presenta en un alto porcentaje de pacientes con trastornos de pánico, casi en un 75%. A partir de entonces el enfermo, podría plantearse, lo que puede ocurrir si se presenta una crisis, que él valora como muy grave, pues piensa que podría perder la vida o la razón, en un lugar o situación donde no sea fácil que alguien pueda socorrerle. Esto le lleva a buscar la seguridad que puede proporcionarle un ambiente conocido (generalmente su propia casa) desarrollando conductas de evitación fóbica, apartándose de las situaciones que interpreta de difícil salida y en las que no sería posible recibir ayuda si le sobreviene la crisis de angustia.

La comorbilidad entre trastornos depresivos y agorafobia varía entre el 40% al 22% (Keller 1992). Existen varias interpretaciones posibles en la relación crisis de pánico-depresión: que la depresión sea un factor de riesgo para el pánico, que éste lo sea para aquélla, que sean manifestaciones distintas de una entidad común o que sean dos entidades independientes. La situación comórbida se puede presentar, básicamente en dos formas pato plásticas, o bien una depresión inicial con ataques de pánico posterior o ataques de pánico inicial con depresión posterior. Todos los autores están de acuerdo en que los casos de trastorno de angustia y depresión mayor concomitante tienen peor pronóstico que los trastornos de angustia aislados. La elevada comorbilidad entre el pánico y la depresión será probablemente debida al hecho de compartir factores de riesgo comunes, así como a la elevada prevalencia de ambos trastornos.

## CASO CLÍNICO

Se trata de un paciente de 23 años de edad, soltero, que vive en domicilio familiar primario con los padres y un her-

mano menor. Padres de nivel cultural alto, padre profesor de Universidad y madre enfermera cualificada de un gran hospital. Estudió hasta los 16 años en que terminó la E.S.O., con escasos rendimientos, iniciándose posteriormente en el mercado laboral, permaneciendo tres años en una empresa inmobiliaria, embalando muebles, más tarde en trabajos temporales, el último fue en una gasolinera en donde permaneció cinco meses, dejándolo de forma brusca y sin ningún motivo aparente hacía un año.

## ANAMNESIS

Los primeros síntomas que marcan el inicio de este trastorno se ponen en evidencia doce meses antes, tras dejar el último trabajo porque se siente "muy estresado y preocupado por su salud física", reconoce que siempre fue muy aprensivo y en esta época trabajaba mucho, con un horario extenso, también se divertía mucho y apenas dormía acudiendo a trabajar todos los días, pero empezó a preocuparse porque los amigos le decían que le encontraban "desmejorado y pálido", a la vez que se sentía "muy mal físicamente", esto hace que se encierre en casa, apenas salía aunque mantenía la comunicación telefónica con sus amigos y con su novia.

En semanas posteriores se pone en evidencia un varicocele izdo. reconociendo que "llevaba un año con dolor en teste izdo. que se pone de manifiesto en el esfuerzo y el ejercicio". Realiza estudio urológico con ecografía visualizándose el varicocele izdo. con quistes epidídimos bilaterales (quiste en cabeza de epidídimo izdo. de 15 cm. y otro en la cabeza de epidídimo dcho. de 7 mm con testes de ecoestructura normal, sin lesiones focales). Siete meses más tarde es intervenido quirúrgicamente con Varicocelectomía izda. sin incidencias.

Durante este tiempo lo encontraban aislado y muy preocupado por sus enfermedades "lo pasé muy mal, creí que tenía un cáncer, echaba sangre por las heces y pensaba que tenía un cáncer de colon". Tenía un vaso en la habitación en donde orinaba, con el propósito de tener controlado el aspecto de la orina y ver si sangraba o no. Comenta que "fueron los momentos más difíciles de su vida", se sentía triste, apagado, sin fuerzas, no tenía ganas de hacer nada, perdió el apetito y comenzó a dormir mal "me sen-

tía en un profundo pozo". Simultáneamente padece crisis de angustia y de ansiedad con fuertes palpitaciones, sudoración, suspiros, falta de aire, sensación de mareo y vértigo, entumecimiento y hormigueo en partes acras de miembros superiores y en las pantorrillas, le ocurren tanto en casa como en la calle, teme que se va a morir, llegando a comentar en ocasiones que ha llegado a tener "más de dos infartos de corazón". En un principio tuvo estas crisis muy esporádicamente pero llegó un momento que tenía dos o más a la semana.

Todo esto le lleva a tener pánico y miedo a que le ocurra algo "cuando estuviera en la calle", lo que le lleva a iniciar conductas de evitación, aislándose más "al principio lo controlaba pero poco a poco fui limitando mi vida totalmente hasta estar completamente aislado" "hubo un día en que apenas me moví, durante horas, de una baldosa". Paralelamente a los acontecimientos referidos el paciente presenta una conducta progresiva de aislamiento, deja de salir, se encierra en su habitación, deja de comer en familia hasta sólo abandonar la habitación cuando la tienen que limpiar o cuando no hay nadie en la casa, abandona los hábitos que a su juicio considera perjudiciales para su salud, no toma café y deja de fumar.

Apenas abandona su habitación, en donde pasa todo el día viendo la TV, sin embargo cuando hay partidos del Barcelona en el canal Plus (como no lo tiene en su habitación), sale al salón pero no formula palabra ni establece ningún diálogo o éste es muy escaso. Cuando sale de la habitación "otea el horizonte y si no hay nadie, sale". Con la novia mantiene una relación telefónica y cuando viene (ella vive en otra ciudad a 500 kilómetros), ésta acude a verle a su casa; en las últimas semanas "parece que la relación está muy fría" y apenas se llaman.

En el último año sólo ha salido de casa en dos ocasiones, una con motivo de la fiesta grande del pueblo y otra en otra fecha señalada, pero apenas estuvo un tiempo corto (no más de una hora) "estaba raro, decía que se encontraba mal del estómago y que no iba a salir", volvía enseguida porque temía que le fuera a dar "un infarto". El día de Reyes salió en su coche por la mañana y volvió a las 10 de la noche, al parecer había una comida familiar en su casa con la participación de tíos y primos.

Durante todo este tiempo ha permanecido aislado, cada vez más, en su habitación. No existe constancia de soliloquios. Su conducta es ordenada, cuando sale a comer lo hace solo, en la mesa (la madre le deja todo puesto) y luego recoge adecuadamente todo, así lo acordaron con

la familia. Su habitación permanece limpia y ordenada. En ocasiones le llaman los amigos, al principio era muy frecuentemente pero últimamente más esporádicamente, aún el día anterior al ingreso hablaba con un amigo por teléfono, otros llaman por el "telefonillo" (portero) pero no les abre la puerta. Mantiene una conversación fluida y adecuada, interesándose por ellos. No le gusta que la gente sepa que está encerrado. Cuando lo trajeron para ingresar ha bajado por la escalera, no quiso hacerlo por el ascensor. Relata la imposibilidad de poder viajar en avión.

No ha sido posible llevarle en este tiempo a ningún médico, los padres se sentían impotentes ante la situación, no comprendiendo lo que ocurría. Llegaron a comentar la situación, a través de parientes médicos a otros psiquiatras quienes recomendaron su ingreso para estudio y les hicieron ver, a la luz del comportamiento que manifestaban, que podría tratarse de un trastorno psicótico. Ante esta situación solicitaron una Autorización Judicial de internamiento, siendo ingresado en nuestra unidad de agudos.

### EXPLORACIÓN PSICOPATOLÓGICA

Al ingreso se presenta vigil, consciente, orientado en tiempo, espacio y lugar tanto auto como alopsíquicamente. En un principio está muy inquieto, agitado, no concibe la situación que se la ha generado por su ingreso, no entiende por qué está en la Unidad. Excesiva angustia y ansiedad que hace que verbalice constantemente su deseo de irse. Su contacto es sintónico y adecuado. Su discurso es fluido y su contenido lógico y racional. Se recogen signos y síntomas afectivos, de carácter subdepresivos, de agotamiento, astenia, y tristeza, no trastornos en el contenido y curso del pensamiento. No trastornos sensorio-perceptivos.

Tras la primera exploración se pone en evidencia "las conductas de evitación" fóbicas, secundarias a la ideación aprensiva que ha limitado su vida, de las cuales es consciente y pensó que "al principio lo llegaba a controlar". Rechaza todo tipo de abordaje y medicación.

Es de destacar que al inicio del proceso pesaba 90 kg. Teniendo en el momento del ingreso dieciséis kilos menos (pesaba 70.4 kg)

**Ant. personales:** Desarrollo psicomotor normal. No enfermedades especiales, las propias de la infancia. Operado de Varicocele seis meses antes. A los 17 años tuvo un cuadro que fue calificado de depresión "por ruptura sentimental" "de su primer amor" y precisando tratamiento psiquiátrico psicofarmacológico, durante más de seis meses, con buena evolución.

Es definido como "muy introvertido y muy aprensivo", "ante las enfermedades tuvo siempre mucho miedo". "tiene miedo a todo, duerme muchas noches con la luz encendida". Escrupuloso e inseguro.

**Ant. Familiares:** No se conocen antecedentes de enfermedad mental en los familiares más inmediatos.

### PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:

*Hematimetría:* sin alteraciones significativas.

*Coagulación:* Sin alteraciones significativas.

*Bioquímica:* CPK: 205; resto normal.

*Orina y líquidos biológicos:* sin alteraciones.

*Hepatitis:* a-HAV-IgM, HBs-Ag, a-Abc total y a-HCV: negativos. a-HBs cuantificado: positivo (1000).

*Vitaminas:* Ac. fólico y Vitam. B12: normales.

*Serología:* Ac HIV  $\bar{}$ , RPR e IgG Treponema Pallidum: negativos.

### EVOLUCIÓN

Las primeras horas del ingreso manifiesta niveles de ansiedad muy altos, con gran expresión emocional de la misma, solicitando el alta ante la imposibilidad de quedarse ingresado, teniendo que mantener un mínimo de contacto con otros pacientes. Se logra reducir estos niveles permitiéndole estar en una habitación solo. Tras la primera noche, que se negó a tomar ningún tipo de medicación y en la que apenas duerme, se establece con él una sesión en donde tenemos la oportunidad de explorarle más adecuadamente lo que nos permite ya orientarle hacia un cuadro depresivo y agorafóbico en una personalidad muy aprensiva, y mantener al mismo tiempo un abordaje psicoeducativo (Se le explica su trastorno, posible evolución y abordaje), tras la que acepta la medicación (antidepresivos y ansiolíticos) después de haber comprendido su cuadro clínico y haber identificado sus síntomas como enfermedad.

En días sucesivos se trabaja con abordajes cognitivos, identificando los pensamientos negativos asociados a las distintas situaciones fóbicas, analizando la inadecuación o exageración de las respuestas. Al mismo tiempo se le hacen planteamientos conductuales, tratando de descondicionar alguna de sus conductas y aprender otras formas de respuestas más adecuadas. Todo ello se efectúa creando una atmósfera favorable que facilite una buena relación médico-enfermo, fomentando el desarrollo de un buen nivel de confianza que permitió al paciente abrirse libremente, narrando sin cortapisas sus vivencias, sintiéndose escucha-

do. Al mismo tiempo se le indicaron pautas de conducta encaminadas a una desensibilización progresiva.

Tras una estancia breve de cinco días se efectuó un seguimiento inicial en un programa de hospitalización a domicilio, prosiguiendo todos los abordajes iniciados, con una evolución muy favorable a los cuarenta días de la implantación del tratamiento, habiendo reiniciado su vida social de forma progresiva y abandonando por completo su aislamiento con una recuperación ostensible de su estado de ánimo.

### DIAGNÓSTICO

Trastorno depresivo.

Trastorno de angustia con agorafobia.

### DISCUSIÓN

El interés del caso radica básicamente en dos cuestiones, primero en su forma de presentación en nuestra unidad, pues lo hace avalado por dos informes de especialistas en psiquiatría y de la mano de dos parientes cercanos médicos ambos, que aconsejaron su ingreso en nuestra unidad, una vez que es sabido que "el paciente mantenía una conducta de absoluto aislacionismo en su habitación durante un año habiendo abandonado su vida habitual" con la sospecha diagnóstica de que se tratase de un trastorno psicótico y probablemente una Esquizofrenia (diagnóstico que se había formulado a la familia en los dos informes) y por otra por la comorbilidad entre la depresión y la agorafobia que permitió un abordaje psicofarmacológico y psicoterapéutico con buena evolución, en un corto espacio de tiempo.

Se trata, como hemos expuesto, de un cuadro que se inicia en un paciente joven, a los 21 años de edad, sobre unos rasgos de personalidad ansiosa, aprensivo y temeroso por su salud que en una situación de estrés continuado, laboral y de sistema de vida, al que se une la debilidad y malestar físico, propio de una dolencia orgánica (varicocele teste izquierdo) comienza a pensar en la posibilidad de que pudiera tener otros males más graves, cáncer de colon, enfermedades urológicas y renales etc., esta situación le lleva a padecer un cuadro depresivo, con apatía y desánimo que le obliga a abandonar el trabajo y quedarse en su domicilio. Es en esta situación cuando tiene lugar crisis de pánico con sensación de muerte, llegando a pensar que ha tenido dos infartos. A partir de ahí intenta "controlar la situación" evitando exponerse a situaciones en las que le resulten difícil obtener ayuda, lo que concluye con el cuadro

descrito en el caso clínico, de aislamiento total durante más de 400 días en su habitación.

### **CONCLUSIÓN**

A pesar de formular la anterior secuencia temporal de cómo aparecen los síntomas afectivos, la ausencia, al menos constatada objetivamente por terceras personas, de un tiempo de latencia entre estos y las crisis de pánico, no nos permite concluir con rotundidad que se trate de un continuum o de dos entidades nosológicas independientes. A pesar de ello mantenemos la hipótesis comórbida de dos entida-

des simultáneas y nos apoyamos en la experiencia clínica de un gran número de autores (J Vallejo, R. Bataller) que formulan "que no parece significativa la asociación de crisis de angustia en el curso de episodios depresivos primarios y si se producen, son en realidad paroxismos ansiosos que no generan por sí mismos secuelas conductuales de tipo agorafóbico, y cuando lo hacen éstos acontecen como pródromos del estado depresivo y son de predominio matutino". Las diferencias clínicas son evidentes pero el solapamiento de síntomas y otros aspectos impiden una separación dicotómica clara.