

Desde los comienzos de la medicina ha existido un inmenso interés en la posibilidad de curar las enfermedades por medio de sustancias, muchas especialmente formuladas para tal fin, que hoy denominamos medicamentos. Estos compuestos han permanecido rodeados de un halo misterioso y en ocasiones mágico en la mente de muchas personas, inclusive en nuestros días, y se espera que una pastilla cure la enfermedad o alivie los síntomas en forma definitiva.

Este concepto es aplicable no solamente al público en general sino también, y especialmente, a la comunidad médica. Es una práctica bastante habitual el priorizar la estrategia de administrar rápidamente un fármaco para tal o cual indicación y relegar a un segundo término estrategias que parecen más arduas de implementar, y sobre las cuales no abundan los estudios de investigación en la literatura. Por ejemplo, los estudios sobre intervenciones no farmacológicas como los cambios del estilo de vida, no cuentan con las mismas probabilidades de financiación que los ensayos con drogas y, por lo tanto, existen menos trabajos publicados al respecto. Por otra parte, tampoco es habitual que en la consulta médica se trate de comprender el rol que puede cumplir el síntoma o la enfermedad en el paciente y en su núcleo familiar; el objetivo es, la mayoría de las veces, suprimirlo lo más rápido posible.

Es grande la expectativa por el fármaco cada vez más eficaz, con menos efectos adversos, más económico y con una posología más conveniente; vivimos inmersos en la cultura de administrar medicamentos.

Es interesante la relación entre la clasificación de las enfermedades y la aparición de nuevos medicamentos, como en el caso de los fármacos destinados a tratar los trastornos de ansiedad y la depresión, porque permite entrever la compleja trama de relaciones entre la industria farmacéutica y los encargados de dicha clasificación.

Shorter y Tyrer lo explican en su artículo publicado a mediados del 2003 en el *British Medical Journal*¹. Ellos hablan sobre la paradoja del enlentecimiento que ha sufrido la industria farmacéutica en la patente de nuevos medicamentos destinados a tratar la depresión y la ansiedad desde la década de 1980, año en que se realizó el DSM III, y la acelerada acumulación de nuevos diagnósticos o subdiagnósticos dentro de estas dos enfermedades. Los autores plantean que esto se debe a la división arbitraria de una patología única, a la que denominan cotimia, en varios retazos artificiales. El concepto de cotimia² implica un estado patológico que combina síntomas depresivos típicos, tales como tristeza, astenia y pensamientos pesimistas, y síntomas de ansiedad, como irritabilidad, insomnio y sensación de tensión. Autores como Meltzer³ investigaron la prevalencia de este trastorno, y llegaron a la conclusión de que 1 de cada 7 habitantes de Gran Bretaña padecen cotimia. Tanto el DSM III como su nueva versión, el DSM IV, así como el ICD-10 (la clasificación de enfermedades realizada por la OMS) han establecido una división férrea entre los trastornos por ansiedad y depresión, aceptando únicamente la posibilidad de un trastorno combinado como parte de un subsíndrome, denominado trastorno mixto por ansiedad y depresión. Pero este trastorno no presenta, de acuerdo a Shorter y Tyrer, las mismas características que tendría la cotimia, ya que para incluir a un pa-

ciente dentro de este subsíndrome, éste no debería presentar síntomas suficientes como para ser incluido dentro de un trastorno por ansiedad o depresión "puros". Parecería que las clasificaciones nosológicas actualmente vigentes no contemplan un diagnóstico muy prevalente en atención primaria. Lamentablemente no poseemos datos de estudios con gran cantidad de pacientes que permitan dilucidar la verdadera prevalencia de la cotimia, ya que el diagnóstico no pertenece a las clasificaciones vigentes y los estudios generalmente se basan en ellas.

Los médicos sabemos lo artificial que resulta tratar de encasillar a nuestros pacientes dentro de estas rígidas clasificaciones, y muchos nos hemos encontrado ante personas que presentan características que combinan con igual peso la ansiedad y la depresión. Además, las indicaciones de fármacos como las benzodiazepinas y los antidepresivos inhibidores de la recaptación de serotonina (IRSS)⁴, citando algunos ejemplos, se imbrican cada vez más, ya que los pacientes con "trastornos por ansiedad" se medican ahora con IRSS y en muchos cuadros de "depresión" la utilización de benzodiazepinas en el esquema terapéutico es complementaria. La división entre estos dos trastornos se desdibuja cada vez más en la práctica clínica y es interesante el concepto de cotimia, que no sólo contempla esa característica combinada sino que le adjudica igual relevancia a los dos componentes.

Algunos trabajos incluso esbozan la posibilidad de un peor pronóstico para estos pacientes cotímicos en relación a los que se presentan con síntomas de ansiedad o depresión no asociados⁵, por lo que resultaría de gran valor poder validar este diagnóstico y llevar a cabo estudios con mayor cantidad de pacientes.

Según explican Shorter y Tyrer, las agencias regulatorias de Estados Unidos y en menor medida de Europa, basan la aprobación de nuevos psicofármacos solamente en los diagnósticos del DSM IV o clasificaciones similares, reforzando de esta manera la búsqueda selectiva de la industria farmacéutica tras moléculas nuevas para diagnósticos antiguos. Pero en realidad, desde la década de 1980 se han patentado en Estados Unidos muy pocos psicofármacos nuevos, de hecho uno sólo: el Escitalopram. Este fármaco, que a primera vista puede impresionar nuevo, fue patentado en Estados Unidos hace 14 años y ha sido el último medicamento destinado a tratar trastornos de ansiedad y del estado de ánimo que ha llegado al mercado estadounidense desde 1990. Medicamentos que pensamos como noveles son en realidad moléculas recicladas para nuevos diagnósticos, o en realidad, subdiagnósticos.

La industria farmacéutica parece adaptarse a la división impuesta por el DSM IV en vez de la aproximación multidimensional que implica el concepto de cotimia, ya que esa clasificación provee ordenados grupos de diagnósticos para incluir sus productos. Se crean entonces nuevos diagnósticos para viejos fármacos y no aparecen fármacos nuevos. ¿Es ésta la opción más económica para la industria o se ha llegado al final de la línea de descubrimientos en esta rama de la psicofarmacología? En cualquier caso y como puntualizan los autores en una de sus respuestas a las variadas cartas suscitadas por su artículo en el *BMJ*⁶⁻⁷⁻⁸, lo triste es que en varios estudios de seguimiento a largo plazo (cinco años) se comprobó que dos de cada cinco pacientes tratados con los fármacos actuales y medicados según esta división de "anti-

depresivos para la depresión" y "ansiolíticos contra la ansiedad" no muestran una mejoría significativa a largo plazo⁹.

Considerando que el impacto de las intervenciones farmacológicas actuales para el tratamiento de la ansiedad y la depresión se encuentra lejos del ideal, que la cotimia parece muy prevalente en atención primaria, y que el pronóstico de los pacientes que padecen cotimia podría ser diferente de los que presentan los trastornos "puros", sería bienvenida la búsqueda de nuevas moléculas específicas que puedan ser utilizadas junto a estrategias de abordaje más amplias en el tratamiento de este síndrome. En pos de facilitar este mecanismo, sería aconsejable que las agencias re-

gulatorias flexibilicen sus cánones de aprobación de medicamentos,¹⁰ aceptando diagnósticos que tienen una gran relevancia clínica, como la cotimia.

El modelo actual de medicalización y administración inmediata de fármacos supresores de los síntomas no es suficiente para aliviar el sufrimiento de mucha gente. Si todos los que compartimos la responsabilidad de la salud de la población podemos concertar que la salud mental es muchísimo más rica y compleja de lo que puede inferirse de una clasificación nosológica, entonces, tal vez, podremos comenzar a entender y mejorar un poco más la calidad de vida de nuestros pacientes.

Dra. Victoria Wurcel [Unidad de Medicina Familiar y Preventiva. Hospital Italiano de Buenos Aires.]

Referencias

- 1- Shorter E, Tyrer P. Separation of anxiety and depressive disorders: blind alley in psychopharmacology and classification of disease. *BMJ* vol.237, 158-160.2003.
- 2- Tyrer P. The case for cotymia: mixed anxiety and depression as a single diagnosis. *British Journal of Psychiatry* 2001; 179:191-193.
- 3- Meltzer H et al. Surveys of Psychiatric Morbidity in Great Britain. *Bulletin I. OPCS*. 1994.
- 4- Casacalenda N, Boulenger JP. Pharmacologic treatments effective in both generalized anxiety disorder and major depressive disorder: clinical and theoretical implications. *Can J Psychiatry* 1998 Sep; 43(7):722-30.
- 5- Emmanuel J. et al. Systematic Review of the outcome of anxiety and depressive disorders. *British Journal of Psychiatry*. 1998; supl.34:35-41.
- 6- Weeks RL. Separation of anxiety and depressive disorders: normal rules of critical evaluation were presumably suspended. *BMJ*.2003 Oct 11; 327(7419):869; author reply 870.
- 7- First MB, Regier DA. Separation of anxiety and depressive disorders: New tools will lead to more valid classification system. *BMJ*.2003 Oct 11; 327(7419):869-70; author reply 870.
- 8- Joffe M. Separation of anxiety and depressive disorders: maybe pharmaceutical failure has created culture of niche diagnosis. *BMJ*.2003 Oct 11; 327(7419):870; author reply 870.
- 9- Cunningham LA. Depression & anxiety in the primary care setting. *Compr Ther*.1997 Jun; 23(6):400-6. Review.
- 10- Ohayon M, Delorme A, Cournoyer G, Cournoyer J, Morrissette R, Vanier C. Classification systems and diagnostic coherence in clinical psychopharmacology. *Ann Med Psychol (Paris)*. 1992 Apr-May; 150(4-5):318-22.

