

Salud Mental en Atención Primaria

Recomendaciones para el abordaje de los trastornos más prevalentes

Servicio Canario de la Salud
DIRECCIÓN GENERAL DE
PROGRAMAS ASISTENCIALES

Gobierno de Canarias
Consejería de Sanidad

Salud Mental en Atención Primaria

Recomendaciones para el abordaje de los trastornos más prevalentes

COORDINACIÓN
Servicio de Salud Mental de Programas Asistenciales
C. Lidia Díaz González (Médico de Familia)

GRUPO DE TRABAJO
Antonio Sánchez Padilla (Psiquiatra)
Juan de la Fuente Portero (Psiquiatra)
José Herrera Arroyo (Psiquiatra)
Julio Santiago Obeso (Psiquiatra)
Carlos Beneyto Naranjo (Psicólogo Clínico)
Montserrat Alviani Rodríguez-Franco (Psicóloga Clínica)
Sandra Ebro Mungiello (Psicóloga Clínica)
Francisca Rosa Guerra Cabrera (Médico de Familia)
Jorge Quevedo Curbelo (Médico de Familia)
Hortensia Dolores Jorge Pérez (Médico de Familia)
Mauricio Amador Cabrera (Médico de Familia)
Ana Mateos Granados (Técnico de Salud Mental)
C. Lidia Díaz González (Médico de Familia)

COLABORADORES
José Luís Hernández Fleta (Psiquiatra)
Jose Pereira Miragaia (Psicólogo Clínico)
Juan José Pérez Valencia (Médico de Familia)
Emma Navarro Brito (Médico de Familia)
Mari Paz Galván Gabino (Administrativa)

DISEÑO DE LA PORTADA
André Dirickx

EDICIÓN
Gobierno de Canarias, 2008
Consejería de Sanidad
Servicio Canario de Salud
Dirección General de Programas Asistenciales

REALIZACIÓN
Sabater Gráficas

DEPÓSITO LEGAL
TF-883/08

ISBN
978-84-691-4765-8

PRESENTACIÓN

Los problemas de salud mental son muy comunes en la población. Se estima que su prevalencia en la población es del 9,1% del total de las enfermedades. Los estudios sobre prevalencia observada de morbilidad psiquiátrica en Atención Primaria (AP) muestran resultados que oscilan entre un 20 y un 40%. Así mismo, sabemos que, entre un 20 y un 25% de las consultas diarias (aprox. 1 de cada 4 consultas en AP) son realizadas por personas que tienen como principal, o único motivo de consulta, un problema de salud mental. También conocemos la importancia de los factores psicosociales o dificultades emocionales como generadores de hiperfrecuentación.

Recientemente, la revista científica Lancet, ha publicado un informe donde alerta sobre el aumento progresivo de los trastornos mentales, convirtiéndose en la enfermedad no contagiosa más extendida en el mundo, así como de que estos problemas de salud mental incrementan el riesgo de desarrollar enfermedades físicas, como problemas del corazón, cáncer, infecciones, etc...(Septiembre, 2007).

El abordaje de los trastornos de la salud mental, en coordinación con los servicios de atención especializada **es una de las actividades que aparece en la cartera de servicios de AP .** Mejorar su atención constituye unos de los objetivos prioritarios del Plan de Salud del Servicio Canario de la Salud 2004-2008.

También, en el desarrollo de las líneas estratégicas en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud, se menciona que **la AP ha de adquirir una relevancia determinante en la atención a los pacientes con trastornos mentales**, mediante el abordaje terapéutico integral de las patologías que han de atenderse en el primer nivel asistencial, a través del diagnóstico y la derivación precoz de las personas que

precisen una atención en los equipos de Salud Mental y la continuidad en los cuidados de todas las personas afectadas y de sus familias.

Sin embargo, **la variabilidad de la práctica clínica** es probablemente, en salud mental, aún mayor que en otros ámbitos clínicos y la respuesta que se da actualmente por los distintos profesionales es bastante heterogénea.

Por todo esto es por lo que, desde el Servicio de Salud Mental de la Consejería de Sanidad del Gobierno de Canarias –dentro de la Dirección General de Programas Asistenciales del Servicio Canario de la Salud- hemos visto la necesidad de trabajar en proyectos cuyo objetivo sea **mejorar la calidad de la atención que desde los centros de AP se presta a los trastornos de la salud mental.**

En esta línea, hemos elaborado este Documento, que pretende ser un manual integrado de práctica clínica para los profesionales de Atención Primaria de la Comunidad Autónoma Canaria.

Mercedes Roldós Caballero
Consejera de Sanidad
Gobierno de Canarias

ÍNDICE

- Introducción.....7

- Episodio depresivo:
  - Leve y moderado.....11
  - Distimia.....29

- Trastornos de ansiedad:.....37
  - Ansiedad generalizada.....42
  - Trastorno de pánico 47
  - Trastorno mixto ansioso-depresivo.....55

- Trastorno de adaptación.....63

- Trastorno somatomorfo indiferenciado.....73

Anexos:

- *Anexo 1.*-Psicoterapia de apoyo o no reglada en AP.....89
- *Anexo 2.*-Antidepresivos: tabla y generalidades de uso.119
- *Anexo 3.*-Ansiolíticos: tabla y generalidades de uso.....131
- *Anexo 4.*-Escala de ansiedad y depresión de Goldberg..139
- *Anexo 5.*-Abordaje del insomnio no orgánico.....145
- *Anexo 6.*-Abordaje del suicidio en Atención Primaria...155

INTRODUCCIÓN

Este documento aborda, de manera práctica y sencilla, los trastornos de la salud mental más frecuentes en Atención Primaria (AP), aquellos que consideramos que, salvo complicaciones o evolución desfavorable, deberían ser tratados en este primer nivel asistencial.

Sin duda, el campo de actuación de los profesionales de AP en Salud Mental (SM) no se limita a estas patologías. AP tiene un papel en todos los trastornos mentales, incluyendo los pacientes con trastornos psicóticos, en los que debe implicarse, tanto en la detección y derivación precoz, como colaborando con las Unidades de Salud Mental Comunitarias (USMC) en el seguimiento y abordaje integral de su salud, sobre todo de sus factores de riesgo cardiovascular.

Pretende ser una herramienta que ayude en la consulta a tomar decisiones basadas en la mejor evidencia científica disponible, que homogenice la actuación de los distintos profesionales en esta área de la clínica, y que contribuya a mejorar la coordinación entre los profesionales de AP y los de SM.

Consideramos que, como complemento a este Documento, es necesario **potenciar la formación en SM de los profesionales de AP**, incluyendo la realización de talleres prácticos de entrevista psiquiátrica y de modelos de psicoterapia adaptados a este nivel asistencial.

Todas las recomendaciones son las conclusiones finales, consensuadas por el grupo de trabajo, -formado por Psiquiatras, Psicólogos y Médicos de Familia de la Comunidad Autónoma Canaria-, tras aproximadamente un año de trabajo, de revisiones bibliográficas exhaustivas e interesantes discusiones entre los miembros del grupo.

La investigación en SM es más complicada que en otros ámbitos clínicos, por ello, las actuaciones basadas en un nivel de evidencia I y, por tanto, con un Grado de recomendación A, son pocas. La mayoría son recomendaciones Grado C, basadas en estudios descriptivos no experimentales, Grado D, recomendaciones de expertos o considerada buena práctica por el grupo de trabajo.

Sin embargo, es importante tener en cuenta que, sobre la base de las conclusiones de las investigaciones, lo más rigurosas posibles, **la decisión clínica irá marcada por el juicio clínico individual y por los valores y expectativas del paciente, siempre con la finalidad de tomar la mejor decisión en su interés.**

Nuestro objetivo principal con este Documento es **facilitar,** (en ningún caso sobrecargar), y mejorar el trabajo de los profesionales de AP, que día a día, y **disponiendo de poco tiempo**, tienen que tomar decisiones en el manejo clínico de estos pacientes.

Esperamos, con este proyecto, contribuir a mejorar **sus conocimientos y habilidades** en el abordaje de los trastornos de SM, que junto con **la actitud** conformarían la competencia profesional, lo cual, al menos es nuestra hipótesis, repercutirá positivamente tanto en los profesionales de AP como en los equipos de SM y, por supuesto, en la población.

Grupo de trabajo

EPISODIO DEPRESIVO

EPISODIO DEPRESIVO

Cuando nos referimos a la depresión y sus diferentes subtipos, siempre debemos tener en cuenta las fronteras entre:

- **La tristeza normal**: los sentimientos normales de infelicidad, abatimiento o desánimo, que son reacciones habituales y adecuadas ante acontecimientos o situaciones personales difíciles y
- **La tristeza patológica**: el trastorno depresivo.

El duelo ante la pérdida de una persona amada es un ejemplo característico de situación que puede ser vivida con "normalidad" o generar una afectación patológica.

Ante los acontecimientos adversos podemos *reaccionar* de diferentes formas que pueden agruparse en tres niveles:

1. Respuesta afectiva normal.
2. Respuesta afectiva desproporcionada: Trastorno adaptativo.
3. Trastorno depresivo.

1.- **Respuesta afectiva normal:**

Sentimientos transitorios de tristeza y desilusión comunes en la vida diaria. Se caracteriza por:

- ser adecuada al estímulo que lo origina
- tener una duración breve
- no afectar a la esfera somática, al rendimiento profesional, o a las actividades de relación, o afectarlas de un modo que resultaría comprensible a la mayoría de la gente que viviera esa circunstancia

2.- **Respuesta afectiva desproporcionada**:

Manifestaciones emocionales intensas y persistentes que, por si mismas, interfieren en la capacidad del sujeto para controlar el estrés que es origen de esa respuesta emocional. Estaríamos hablando de **los trastornos adaptativos**, que ocupan un lugar importante entre la normalidad y otros trastornos psiquiátricos mayores.

3.-**Trastorno depresivo mayor:**

Estado patológico en el que se pierde la satisfacción de vivir, la capacidad de actuar, y la esperanza de recuperar el bienestar.

Sin embargo, con frecuencia, el trastorno depresivo suele aparecer de *forma no reactiva*, con características melancólicas que son, generalmente, estacionales.

SÍNTOMAS

Los **síntomas típicos** del trastorno depresivo son:

- ánimo bajo
- anhedonia
- anergia (fatigabilidad, cansancio fácil)

Con frecuencia se presentan:

- **Síntomas físicos**: dolores, trastornos del sueño (es característico el despertar precoz), astenia, trastornos del apetito, disminución de la líbido, agitación o enlentecimento de los movimientos y/o del habla...
- **Síntomas asociados**: culpabilidad o baja autoestima, falta de concentración, pensamientos o actos suicidas...

Es frecuente el empeoramiento matutino de los síntomas, al contrario que en los trastornos de ansiedad, donde es más habitual el empeoramiento de los síntomas por la tarde noche.

CLASIFICACIÓN

Según la **gravedad** el episodio depresivo puede ser:

- Leve.
- Moderado.
- Grave.

Según el **curso**:

- Episodio único (el primero)
- Episodio recurrente

SCREENING EN GRUPOS DE RIESGO

El screening está indicado, principalmente, en los siguientes grupos de alto riesgo de depresión:

- Antecedentes personales y familiares de depresión.
- Enfermedad física importante o causante de dolor y/o discapacidad.
- Otros trastornos mentales como demencia.
- Cuidadores de pacientes con elevada dependencia.

PREGUNTAS PARA EL DESPISTAJE

- ¿Durante el último mes, ha estado usted a menudo preocupado por sentirse triste, deprimido, o desesperanzado?
- ¿Durante el último mes, ha estado usted a menudo preocupado por tener poco interés o placer haciendo las cosas?

¿CÓMO ABORDAR EL DIAGNÓSTICO?

1.- **Anamnesis:**

- Antecedentes familiares.
- Antecedentes personales.
- Enfermedad actual: escucha activa, entrevista semiestructurada, atención al lenguaje no verbal...

2.- Los Cuestionarios, como la **Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg** *(Anexo 4),* pueden servir de ayuda, pero *nunca para realizar el diagnóstico,* el cual se basa fundamentalmente en la entrevista clínica.

3.- **Exploración física**:

Indicada siempre para descartar una causa orgánica. Se realizará una exploración completa, sobre todo, neurológica. Existe un axioma básico en psiquiatría que dice:

"Todo síntoma, incluido el síntoma psiquiátrico, es orgánico mientras no se demuestre lo contrario".

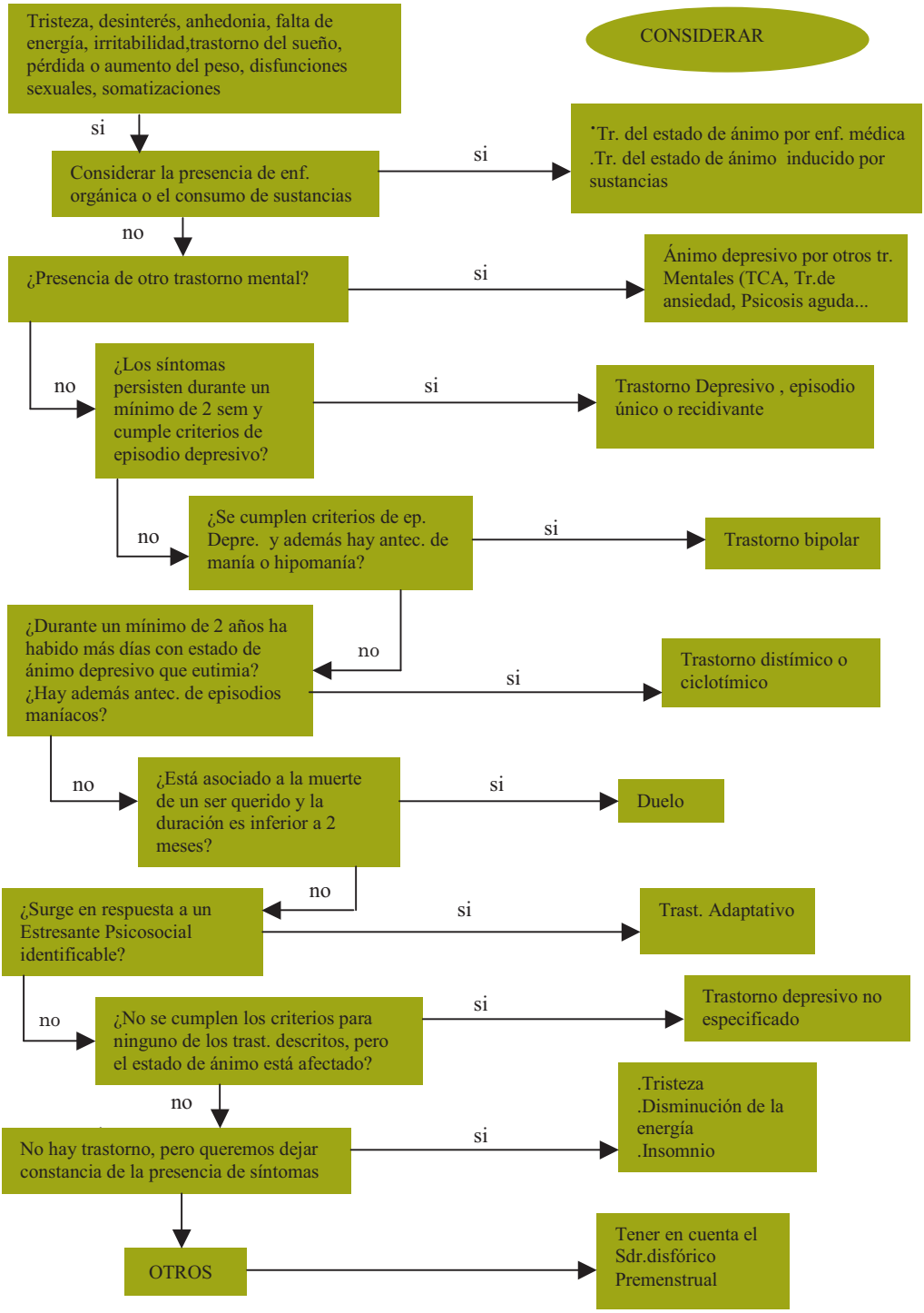
4.- **Exploraciones complementarias**:

- **Analítica:**
  - Hemograma, VSG.
  - Bioquímica (glucemia, iones, función renal y hepática)
  - Función tiroidea (TSH, T4)
  - Serología (VDRL, HIV, vitamina B12 y ácido fólico.
- **TAC:** si se sospecha patología cerebral.

DIAGNÓSTICO Y D. DIFERENCIAL

Información obtenida a través de la entrevista clínica*.(Algoritmo)*

ALGORITMO DEL ESTADO DE ÁNIMO DEPRESIVO



CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE EPISODIO DEPRESIVO SEGÚN LA CIE-10

El ánimo depresivo, la pérdida de interés y de la capacidad de disfrutar, y el aumento de la fatigabilidad que lleva a una reducción de su nivel de actividad, son los síntomas más típicos de depresión.

Para hacer el diagnóstico deben estar presentes al menos 2 de estos 3 síntomas (tanto si es leve como moderado), además de al menos 2 (en episodio leve), y al menos 3 -y preferiblemente 4- (en episodio moderado) de los siguientes síntomas:

- la disminución de la atención y concentración
- la pérdida de la confianza en sí mismo y sentimientos de inferioridad
- las ideas de culpa y de ser inútil
- una perspectiva sombría de futuro
- pensamientos y actos suicidas o de autoagresiones
- trastornos del sueño
- pérdida del apetito

Estos síntomas deben tener una duración de **al menos 2 semanas** y ninguno de los síntomas debe estar presente en grado intenso (en episodio leve) o puede estarlo aunque no es esencial si son muchos los síntomas presentes (en episodio moderado).

El paciente con episodio depresivo leve suele tener dificultades para llevar a cabo su **actividad laboral y social**, aunque es probable que no las deje por completo. En el caso de episodio moderado, las dificultades son grandes para poder continuar desarrollando su actividad social, laboral o doméstica.

La depresión del estado de ánimo varía escasamente de un día para otro y no suele responder a cambios ambientales, aunque puede presentar variaciones circadianas características.

La presentación clínica puede ser muy variada, y a veces **atípica**, sobretodo en la adolescencia. La irritabilidad, el consumo de tóxicos, exacerbación de fobias o las preocupaciones hipocondríacas pueden ser síntomas que enmascaren la alteración del estado de ánimo.

Las categorías de episodio depresivo leve, moderado y grave se utilizan únicamente para episodios depresivos aislados (o para el primero). Los posibles episodios depresivos siguientes deben clasificarse dentro de una de las subdivisiones del trastorno depresivo recurrente.

ABORDAJE DE LA DEPRESIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA

1.-Espera vigilante:

Ante los síntomas iniciales, conviene adoptar inicialmente una actitud vigilante, sin tratamiento, y citar para una próxima evaluación en 2 semanas. **Muchas depresiones leves se pueden curar sin tratamiento médico, si el paciente dispone de los recursos adecuados.**

2.-Manejo del sueño y de la ansiedad:

Abordar si existen problemas del sueño y de ansiedad, y **dar consejo sobre la higiene del sueño** *(Anexo 5)* y el manejo de la ansiedad, si el paciente lo precisa.

Los ansiolíticos y los hipnóticos pueden usarse como tratamiento coadyuvante para tratar la ansiedad y los trastornos del sueño, que con frecuencia acompañan a la depresión, siempre que las medidas no farmacológicas no sean suficientes, y **por cortos periodos de tiempo (no más de 2 a 4 semanas)**

Cuando los síntomas depresivos se acompañan de síntomas ansiosos, la primera prioridad es tratar la depresión. El tratamiento psicológico de la depresión a menudo reduce la ansiedad, y la mayoría de los antidepresivos tienen efectos sedantes/ hipnóticos.

3.-Ejercicio:

Informar, a los pacientes con depresión leve, sobre los beneficios de realizar, a medida que se vaya sintiendo mejor, **ejercicio físico**, así como otras **actividades de entretenimiento y relaciones sociales**. Es importante preguntar por estas actividades en las consultas de seguimiento.

4.-Autoayuda guiada:

Resulta útil entregar a los pacientes material escrito apropiado, que sirva de refuerzo a la información que le damos sobre su enfermedad y su tratamiento.

5.-Intervenciones Psicológicas:

La psicoterapia constituye una herramienta terapéutica imprescindible en cualquier estrategia de tratamiento de la depresión, bien como terapia única o como complemento a los antidepresivos.

En un nivel básico y como escenario de fondo común al abordaje de todos los trastornos, los profesionales de Atención Primaria deben realizar **Psicoterapia de apoyo .** En un segundo nivel, algunos pacientes pueden ser candidatos a una **Psicoterapia reglada o sistemática**, más propia del segundo nivel asistencial (psiquiatras y psicólogos).

Sin embargo, existen algunos modelos (Terapia de resolución de problemas, Terapia cognitivo-conductual breve, Terapia interpersonal sistémica, Terapia familiar breve...) que han sido adaptados a Atención Primaria, **y que los profesionales de este nivel asistencial pueden capacitarse para desarrollarlos, en talleres prácticos de formación.**

5.1.- Psicoterapia de apoyo o de soporte *(Anexo 1):*

Es la terapia no sistemática que va implícita en cualquier acto médico.

Su finalidad es contener la ansiedad del paciente, ofrecerle un espacio de escucha en el que pueda tratar confidencialmente sus problemas y orientarle acerca de cómo afrontarlos.

Principios generales de la psicoterapia no sistemática en la depresión:

- Mostrar seguridad, sinceridad y claridad.
- Establecer una relación empática con el paciente: ofrecerle comprensión, disponibilidad y competencia profesional.
- Dar, al paciente y a sus familiares, información* y orientaciones realistas sobre su trastorno.
- Proporcionarle una explicación racional para sus síntomas emocionales, cognitivos y biológicos, como parte de la misma enfermedad.
- Aconsejarle que evite la toma de decisiones trascendentes durante la enfermedad (cambio de trabajo, separación conyugal...).
- No recomendarle distracciones, descanso o vacaciones pensando que esto resolverá el problema.
- Estimularle, al comenzar la mejoría (no antes), el contacto social y la reincorporación a sus actividades.
- Reforzar las estrategias de afrontamiento del paciente ante hechos de la vida cotidiana destacando y valorando los aspectos positivos y logros que el paciente consiga o que formen parte de su carácter.
- Estimularle a eliminar las acciones que le perjudican.
- No hacer crítica ni banalizar sus síntomas.
- Conseguir un apoyo familiar y social adecuados.
- Reforzar la autoestima del paciente.
- Trabajar sus habilidades sociales.
- Entrenamiento en asertividad.

Resumen de las recomendaciones sobre la información específica para el paciente con depresión y su familia, recogidas en el esquema de la CIE-10 de Atención Primaria

.La depresión es una enfermedad frecuente, para la que disponemos de un tratamiento. La mayoría de los pacientes se recuperan sin secuelas.

.La enfermedad no está causada por una dejadez o pereza de orden moral.

.Conviene preguntar abiertamente sobre el riesgo de suicidio, y los planes al respecto si los hubiera. Las ideas de suicidio surgen como resultado de la propia enfermedad, y no son un síntoma de locura. Puede ser necesario pedir una estrecha vigilancia por parte de familiares o amigos.

.La ideación pesimista está promovida por estado depresivo. Evitar tomar decisiones importantes en esas condiciones.

.No forzar u obligar al paciente a actividades personales, sociales, laborales, para las que no se ve capacitado. Al mejorar en su estado podrá reanudarlas.

.La depresión también puede conllevar una inapetencia sexual, junto a una vivencia de incapacidad para amar y ser amado.

.Reforzar las estrategias de afrontamiento del paciente ante hechos de la vida cotidiana. Subrayar los cambios positivos

5.2.- Psicoterapia cognitivo - conductual:

La terapia cognitivo – conductual es el tratamiento psicológico de elección en la depresión moderada y severa y en la depresión resistente.

Debe ser suministrada por un profesional competente, y consiste típicamente en 16 a 20 sesiones a lo largo de 6 a 9 meses.

Su objetivo sería controlar los pensamientos irracionales y distorsionados con respecto a uno mismo, el mundo y el futuro.

Está indicada cuando predominan claramente síntomas cognitivos como sentimientos de culpa, inutilidad, etc.

La psicoterapia conductual pretende la modificación de alguna pauta de conducta, a partir del análisis funcional del comportamiento, prescindiendo del mundo intrapsíquico (relajación, asertividad, entrenamiento en habilidades sociales…).

5.3.- Psicoterapia interpersonal:

Se centra en el análisis y mejora de los problemas en las relaciones interpersonales del paciente consideradas como causa del inicio y mantenimiento de los síntomas depresivos.

Es una **psicoterapia breve** de aplicación individual.

5.4.-Indicaciones de la Psicoterapia reglada:

- Pacientes con depresión moderada a severa que no tomen o rehusen tratamiento antidepresivo *siempre que se haya informado suficientemente al paciente* de los beneficios del tratamiento farmacológico, y de los riesgos que conlleva no realizarlo cuando está correctamente indicado.
- Pacientes que no respondieron de una forma adecuada a otros tratamientos para la depresión (por ej, antidepresivos e intervenciones de psicoterapia breve), siempre que el tratamiento farmacológico se mantenga, o se halla llevado a

cabo una valoración muy cuidadosa de la necesidad de practicar un ensayo de retirada.

- Pacientes que han respondido a un ciclo de terapia cognitivo – conductual: ofrecerles sesiones de seguimiento (2 a 4 sesiones durante 12 meses).

6.-Tratamiento farmacológico:

ANTIDEPRESIVOS (AD): *(Anexo 2)*

En el episodio depresivo leve, los antidepresivos no se recomiendan como tratamiento inicial, porque la relación riesgo/beneficio es pobre.

Si el episodio depresivo leve persiste a pesar de las intervenciones anteriores, se pueden indicar antidepresivos. También estarían indicados los antidepresivos, en una depresión leve con antecedentes de depresión moderada o severa.

En **la depresión moderada**, el tratamiento de elección son las terapias combinadas. Es más efectiva **la combinación de psicoterapia y tratamiento farmacológico** que cada una de ellas de forma aislada.

Es importante *informar al paciente* de las características del medicamento que le vamos a prescribir.

- **Elección del Antidepresivo:**

En la elección del antidepresivo se debe considerar:

- La respuesta a tratamientos previos personales o en familiares de primer grado.
- La tolerancia a los efectos secundarios.
- Las interacciones medicamentosas.
- La existencia de enfermedades concomitantes (ver "Situaciones Especiales").
- El coste económico.

Discutir con los pacientes sus miedos a la dependencia, así como otros aspectos de los medicamentos.

Al comienzo del tratamiento debemos hablar con los pacientes acerca del riesgo de aparición del síndrome de abstinencia por la retirada brusca, así como de los efectos secundarios potenciales.

Los antidepresivos de elección son **los Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina (ISRS),** por su menor perfil de efectos secundarios, lo que favorece el cumplimiento a igualdad de eficacia.

¿ Qué ISRS ?:

- Todos tienen indicación en su ficha técnica para el tratamiento de la Depresión por la Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios (AEMPS)
- Se recomienda conocer bien el manejo de los 2 ó 3 que se usen habitualmente.

- **Dosis:**

Los ISRS en la depresión se pueden **comenzar con dosis terapéuticas**, excepto en los ancianos..

Si se usaran los tricíclicos, para minimizar los efectos secundarios, se comenzará con dosis bajas, que se irá subiendo hasta conseguir la dosis efectiva.

Debemos aconsejar a los pacientes que tomen sus medicamentos tal y como están prescritos, en especial los fármacos de vida media corta como la paroxetina o la venlafaxina.

Informarles acerca del retraso en el comienzo del efecto (alrededor de 2-3 semanas), así como del tiempo probable de tratamiento.

- **Efectos secundarios:**

Son principalmente **efectos anticolinérgicos** (sequedad de boca, estreñimiento, retención urinaria, visión borrosa) para los tricíclicos, y **efectos serotoninérgicos** (naúseas, vómitos, diarrea, cefalea, sudoración, disfunción sexual) para los ISRS.

Debemos aconsejar al paciente no conducir ni realizar actividades de riesgo en las primeras semanas del tratamiento.

Avisarle de la posibilidad de aparición de *signos de acatisia* (inquietud, imposibilidad de estar quieto), ideas suicidas y ansiedad o agitación aumentadas, particularmente en los estadíos tempranos del tratamiento con ISRS y que deben buscar ayuda rápida si éstos resultan muy angustiosos.

Si un paciente desarrolla marcada y/o prolongada acatisia o agitación mientras está en tratamiento con antidepresivos, debemos valorar cambiar de AD o considerar un breve periodo de tratamiento concomitante con benzodiazepinas.

- **Respuesta al tratamiento:**

El efecto terapéutico del antidepresivo puede tardar en aparecer entre *4 y 6 semanas:*

- Si a las 4 semanas no se observa respuesta al antidepresivo prescrito, los primero es asegurar que la **cumplimentación** es adecuada: se lo toma regularmente y a la dosis prescrita.
- Si a las 6 semanas la mejoría es parcial y no se observan efectos secundarios, se aumentará la dosis del antidepresivo hasta la dosis máxima establecida en ficha técnica.
- Si a las 6 semanas no se observa mejoría, se puede aumentar la dosis o cambiar a otro antidepresivo.
- Si después de 8 semanas con un antidepresivo a dosis máxima no se obtiene respuesta se considera **depresión resistente** a ese tratamiento y se debe cambiar a otro ISRS **(hasta un 50% de los pacientes pueden obtener respuesta clínica con un**

ISRS diferente), a otro AD de mecanismo de acción diferente y/o derivar a la Unidad de Salud Mental.

- **Tratamiento de continuación:**

Una vez que se ha obtenido una recuperación sintomática completa, se recomienda continuar el tratamiento AD a la misma dosis durante un periodo de, al menos, *6 meses más*, con el fin de reducir el riesgo de recaídas.

Una vez que el paciente ha tomado antidepresivos 6 meses después de la remisión clínica completa, se debe revisar la necesidad de continuar con antidepresivos o suspenderlos, cuestión que variará según sea el primero, segundo, tercero u otros episodios depresivos:

- **Primer episodio**: suspender el tratamiento antidepresivo
- **Segundo episodio**: mantener el tratamiento antidepresivo al menos 2 años
- **Tercer episodio**: mantener tratamiento antidepresivo al menos 3 años, o valorar mantener el tratamiento antidepresivo de por vida.

- **Suspensión o reducción de antidepresivos:**

Debemos informar a los pacientes de la posibilidad de un **síndrome de abstinencia o de retirada** al suspender o reducir la dosis de los antidepresivos.

En el caso de supresión brusca de un ISRS, se conoce como **rebote serotoninérgico**, y cursa con malestar general, mareos, naúseas, temblores, alteraciones del sueño, parestesias, confusión ...

En el caso de que el paciente presente síntomas de retirada, debe consultar al médico. Si son leves, se le debe tranquilizar y hacerle un seguimiento de la evolución clínica. En los casos de síntomas de abstinencia más graves, se puede reintroducir el antidepresivo original a la dosis efectiva (u otro antidepresivo de vida media más larga de la misma clase) y reducir gradualmente la dosis mientras se monitorizan los síntomas.

Para evitar el síndrome de abstinencia, **la retirada de la medicación debe ser progresiva y gradual:** disminuir un ¼ de la dosis cada 2 semanas hasta suspenderlo en 6-8 semanas. Algunas personas pueden precisar períodos más largos.
La fluoxetina, por su vida media larga, se puede suspender en un periodo más corto. Con la paroxetina o la velanfaxina, antidepresivos de vida media corta, hay que extremar las precauciones.

- **Tratamiento en situaciones especiales:**

ANCIANOS Y DEMENCIA

Debido al mayor riesgo de efectos secundarios y de interacciones medicamentosas, se debe iniciar el tratamiento con dosis inferiores a las habituales, con incremento de dosis de forma progresiva Las dosis máximas deben ser también inferiores. **La depresión responde a los antidepresivos incluso con la presencia de una demencia.**

NIÑOS Y ADOLESCENTES

Existen pocos datos sobre la eficacia y seguridad de los antidepresivos en menores de 18 años. **En general, no se recomienda su uso. Algunos han demostrado un aumento del riesgo de comportamiento suicida y de hostilidad.**
En caso necesario, estos pacientes deben ser tratados en las Unidades de Salud Mental.

EMBARAZO

Los antidepresivos sólo deben usarse en el embarazo si el beneficio supera claramente al riesgo. En caso necesario, **la fluoxetina** es el ISRS con menor riesgo conocido durante el embarazo y con menor riesgo fetal, tomando precauciones en el último trimestre por riesgo de abstinencia neonatal.

La paroxetina, tomada en el primer trimestre, produce malformaciones cardíacas fetales, así como riesgo de abstinencia neonatal.

LACTANCIA

No se dispone de suficiente información para hacer una recomendación. En general, todos están presentes en la leche materna cuando la mujer los toma. **La sertralina** es el antidepresivo de elección en la lactancia, por presentar niveles más bajos en la leche materna. Según la AEMPS , está presente en la leche materna, pero sin efectos adversos conocidos cuando se utiliza a corto plazo.

ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR

La sertralina es el antidepresivo con mayor experiencia de uso y seguridad en pacientes con enfermedades cardiovasculares.

Hay que tener especial precaución con los antidepresivos tricíclicos en estos pacientes, contraindicados en cardiopatía isquémica. Se considera adecuado **realizar un ECG** antes de prescribir **antidepresivos tricíclicos en un paciente deprimido con riesgo significativo de enfermedad cardiovascular.**

La venlafaxina y la duloxetina no deberían ser prescritas a pacientes con enfermedad cardíaca preexistente (IAM reciente o alto riesgo de arrítmia cardíaca) ni en pacientes con HTA no controlada.

7.-Preguntar sobre posible riesgo suicida:

Valorar la ideación suicida (esporádica o persistente), determinación, plan suicida, soledad, alcohol, dificultades sociales…

El riesgo de suicidio aumenta en las primeras fases del tratamiento antidepresivo. *(Anexo 6)*

8.-Valorar la necesidad de baja laboral:

Si fuera conveniente la baja, pactar la reincorporación laboral como parte de la estrategia terapéutica. Evitar las bajas largas y las altas por sorpresa.

9.-Consultas de seguimiento:

En general, debemos citar al paciente a las 2 semanas de iniciar el tratamiento y regularmente después – por ejemplo, cada 2-4 semanas los 3 primeros meses – reduciendo la frecuencia si la respuesta es buena.

También se pueden considerar *las consultas telefónicas de seguimiento* desde el equipo de Atención Primaria.

CRITERIOS DE DERIVACIÓN A SALUD MENTAL:

La mayoría de los pacientes con depresión pueden ser atendidos en Atención Primaria.

Se deben remitir a Salud Mental:

- Los pacientes con síntomas psicóticos asociados.
- Cuando exista un importante riesgo suicida y poco apoyo social.
- Ante la presencia de comorbilidad con otras enfermedades graves.
- Episodio depresivo dentro de un trastorno bipolar.
- Cuando no se presente mejoría a pesar del tratamiento correcto en 6-8 semanas (Depresión resistente).
- En caso de duda diagnóstica o diagnóstico diferencial difícil.

DISTIMIA

Se denomina así a una **depresión crónica o prolongada del estado de ánimo,** que muy rara vez es lo suficientemente intensa como para diagnosticar un trastorno depresivo recurrente o un episodio depresivo actual leve o moderado (aunque pudo haber existido episodio depresivo leve en el pasado, en especial al inicio del trastorno).

Suele comenzar al iniciarse la edad adulta y evoluciona a lo largo de varios años, o bien es de duración indefinida. Cuando el comienzo es más tardío, suele ser la consecuencia de un episodio depresivo aislado o asociarse a pérdidas de seres queridos u otros factores estresantes manifiestos.

Los enfermos tienen a menudo días o semanas en los que refieren encontrarse bien, pero **durante la mayor parte del tiempo** (frecuentemente durante meses seguidos) **se sienten cansados y deprimidos, todo les supone un esfuerzo y nada les satisface.** Predominan sentimientos de inferioridad o inadecuación, pesimismo, desesperanza, autorreproches, escasa capacidad para experimentar placer, dificultades de concentración, cansancio crónico o disminución de la productividad. Están meditabundos y quejumbrosos, duermen mal y se sienten incapaces de todo, **aunque normalmente pueden hacer frente a las demandas básicas de la vida cotidiana, con unos niveles de funcionamiento personal y adaptación relativamente conservados.**

De forma típica, el paciente distímico acude a consulta manifestando quejas depresivas que, con frecuencia, plantea como relacionadas a circunstancias vitales difíciles (conflictos interpersonales, situaciones de enfermedad, exceso de responsabilidades...). En general no recuerda su inicio o refiere haber sido depresivo "desde siempre".

ABORDAJE DE LA DISTIMIA

La distimia, aunque puede presentar periodos de mejoría, es un trastorno crónico. Tiene una prevalencia del 3-5% de la población.

Su abordaje debe ser compartido entre los profesionales de Atención Primaria y los de Salud Mental.

Suelen ser pacientes que han sido tratados con múltiples fármacos (benzodiacepinas, antidepresivos, etc...), habitualmente con escasa respuesta. Estos malos resultados terapéuticos pueden provocar sentimientos de culpa en el paciente, así como sentimientos de rechazo en los que le rodean, incluídos los profesionales sanitarios.

La terapia de apoyo y el counselling *(Anexo 1)* **constituyen el tratamiento de elección**. La escucha activa, la orientación o el apoyo empático, son útiles para ayudar al paciente a enfrentarse a situaciones que muchas veces no tienen solución, y con las que es necesario aprender a convivir. Se trata de animarle a que mantenga el mayor nivel posible de actividad diaria, proponerle objetivos realistas y al mismo tiempo ayudarle en la clarificación de problemas.

En general, **los fármacos son de escasa utilidad en este trastorno**, excepto en periodos de reagudización o empeoramiento de los síntomas, donde los ISRS serían de elección, sobre todo en las distimias subafectivas, que muestran porcentajes de respuesta similares a los de otras formas de depresión melancólica. Las benzodiacepinas no son aconsejables por largos periodos.

Otras medidas que pueden resultar de utilidad son:

- solicitar la colaboración del trabajador social
- grupos de autoayuda
- actividades sociales de ocio y socialización

DERIVACIÓN A SALUD MENTAL

La derivación o interconsulta a Salud Mental está indicada siempre que el facultativo de AP presente dudas diagnósticas o terapéuticas, así como ante una mala evolución o empeoramiento de los síntomas, que no responden al abordaje.

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE DISTIMIA SEGÚN LA CIE-10

A. Estado de ánimo crónicamente depresivo la mayor parte del día de la mayoría de los días, durante al menos 2 años
B. Los síntomas no son tan graves o incapacitantes como en el trastorno depresivo mayor e incluye la presencia de tres o más de los siguientes síntomas:
    1) Reducción de la energía o actividad
    2) Insomnio
    3) Pérdida de la confianza en sí mismo
    4) Frecuentes deseos de llorar
    5) Pérdida de interés o de la capacidad de disfrutar el sexo y otras actividades placenteras
    6) Dificultades para concentrarse
    7) Sentimientos de desesperanza o contínuos recuerdos acerca del pasado
    8) Dificultad para enfrentarse a las responsabilidades de la vida cotidiana
    9) Retraimiento social
    10) Reducción de la capacidad para conversar
C. Durante el periodo de 2 años el sujeto no ha estado sin síntomas de los criterios A y B durante más de 2 meses seguidos.
D. Nunca ha presentado un episodio maníaco o hipomaníaco

BIBLIOGRAFÍA
DEPRESIÓN y DISTIMIA:

- NICE: Guía de Depresión, 2007. Disponible en www.nice.orguk
- FISTERRA: Guía clínica sobre la Depresión, 2006; 6 (11). Disponible en www.fisterra.com
- SEMFyC. PAPPS :Guía de Salud Mental en Atención Primaria..
- SEMFyC :Guía de actuación en Atención Primaria. 4ª Edición, 2006
- SEMFyC : Guía terapéutica en Atención Primaria. 3ª edición. Disponible en www.guiaterapeutica.net
- Osakidetza. Servicio vasco de salud.:Trastornos depresivos y de ansiedad en Atención Primaria.2005
- Pérez Argilés T., Costero Tello A., Martín García L.: Capítulo 3: Trastornos depresivos. Guía de manejo de los trastornos mentales en Atención Primaria.. Hospital General y Universitario de Guadalajara. Facultad de Medicina, Universidad de Alcalá, Madrid.2004.
- Consejería de Salud. Junta de Andalucía. Proceso asistencial integrado. Ansiedad. Depresión. Somatizaciones. 2002.
- Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS). Guía de prescripción terapéutica del Ministerio de Sanidad y Consumo. Fichas técnicas. Disponible en www.agemed.es
- Travé Rodríguez A. L., Reneses Sacristán A : Manejo de los fármacos en el tratamiento de la Depresión.. Boletín terapéutico del Sistema Nacional de Salud. 2002; 26: 1-8. Disponible en www.msc.es
- Baldwin D., Thompson C. :El futuro de la farmacoterapia antidepresiva. World Psychiatry (Ed Esp) 1:1, Julio 2003.
- Infac: Tratamiento de la Depresión en Atención Primaria. Vol. 10-Nº2-Febrero 2002. Disponible en http://euskadi.net/sanidad
- Infac: Nuevos datos de seguridad de antidepresivos ISRS. Vol.15-Nº2-Febrero 2007. Disponible en http://wwweuskadi.net/sanidad
- NICE : Guía de "Antenatal and postnatal mental health", 2007.
- Revisiones Cochrane Plus, número 1, 2007:
  - Efectividad y costo-efectividad del asesoramiento psicosocial en atención primaria. Coger P, Rowland N. Efectividad y costo-efectividad del asesoramiento Psicosocial en atención primaria (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, número 1, 2007.
  - Amitriptilina versus otros tipos de farmacoterapia para la depresión. Guaiana G, Barbui C, Hotopf M. Amitriptilina versus otros tipos de Farmacoterapia para la depresión (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, número 1, 2007.

- Instrumentos de cribaje (screening) y detección de casos para la depresión. Gilbody S, House AO, Sheldon TA. Instrumentos de cribaje (screening) y detección de casos para la depresión (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, número 1, 2007.
- Antidepresivos para el tratamiento de la depresión en el anciano. Mottram P, Wilson K, Strobl J. Antidepresivos para la depresión en el anciano (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, número 1, 2007.
- Antidepresivos para el tratamiento de la depresión en la demencia. Bains J, Birks JS, Dening TR. Antidepresivos para el tratamiento de la depresión en la demencia (Revisión Cochrane traducida). En: la Biblioteca Cochrane Plus, número 1, 2007.
- Fluoxetina versus otros tipos de farmacoterapia para la depresión. Cipriano A, Brambilla P, Furukawa T, Geddes J, Gregis M, Hotopf M, Malvini L, Barbui C. Fluoxetina versus otros tipos de farmacoterapia para la Depresión (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, número 1, 2007.

- Efectividad de los nuevos antidepresivos frente a los clásicos inhibidores de la recaptación de la Serotonina. Revista Atención Primaria. 2006; 38(1):5-7.
- Lorenzo Ferrer J.L., Fora Eroles F., Lozano Fernández de Pinedo R. :Manejo de la depresión en fase de remisión en Atención Primaria. SEMERGEN. 2006;32(10):475-8.
- Anderson I.M., Nutt David J., Deakin J.F.W : "Evidence-based guidelines for treating depressive disorders with antidepressants: a revision of the 1993 British Association for Psychopharmacology guidelines." J Psychopharmacol 2000; 14; 3.
- Baldwin D., Thompson Ch.: El futuro de la farmacoterapia antidepresiva. World Psychiatry (Ed Esp) 1:1.Julio 2003
- OMS: CIE 10 Décima revision de la clasificación internacional de las enfermedades. Trastornos mentales y del comportamiento. Pautas diagnósticas y de actuación en Atención Primaria, 1992
- OMS: CIE 10 Décima revisión de la clasificación internacional de las enfermedades. Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico, 1996.
- de Juan Ladrón, Y., García-Carrillo, B., Oliván Blázquez, B.,García Campayo, J. Utilidad de la biblioterapia en Atención Primaria. Terapia de solución de problemas en Atención Primaria. Capítulo 11.

TRASTORNOS DE ANSIEDAD

TRASTORNOS DE ANSIEDAD

La ansiedad puede definirse como un estado de activación psicofísica que predispone a la acción, acompañado de un sentimiento de disforia (desagradable) o de síntomas somáticos de tensión.

Puede tratarse de un estado emocional:

- **Normal:** constituye una respuesta adaptativa ante determinadas situaciones estresantes cotidianas. Cierto grado de ansiedad es incluso deseable para el manejo normal de las exigencias del día a día.
- **Patológica:** cuando la respuesta adaptativa se da de una manera inadecuada, bien porque la duración o intensidad son desproporcionadas, o porque la amenaza no puede objetivarse. Esto provoca en la persona malestar significativo, con síntomas que afectan tanto al plano físico como al psicológico y conductual.

Los trastornos de ansiedad son un grupo de enfermedades caracterizadas por la presencia de preocupación, miedo o temor excesivo, activación que provoca un malestar clínicamente significativo y/o un notable deterioro de la actividad del individuo.

La ansiedad patológica es el problema psiquiátrico que con mayor frecuencia ven los médicos de familia, apareciendo en un 12% de los pacientes que acuden a la consulta. Se trata de un problema de salud común, generalmente crónico, que causa considerable morbilidad y mala calidad de vida y que, con frecuencia, no es reconocido ni tratado, a pesar de que existen intervenciones efectivas para tratarlo.

Tabla 1. Síntomas que pueden referir los pacientes con ansiedad

SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS	SÍNTOMAS SOMÁTICOS
Preocupación, aturdimiento, desasosiego, irritabilidad, miedo incoercible, aprensión, agobio, miedo a perder el control, desrrealización, despersonalización, dificultad para concentrarse, quejas de pérdida de memoria, movimientos/actos repetitivos, inhibición o bloqueo psicomotor...	Taquicardia, palpitaciones, dolor precordial, disnea, sensación de ahogo, náuseas, vómitos, aerofagia, dispepsia, diarrea, estreñimiento, micción frecuente, interferencia con esfera sexual, tensión muscular, hormigueos, parestesias, cefaleas, sequedad de boca, sudoración, escalofríos, mareos, inestabilidad...

La CIE-10 incluye los Trastornos de ansiedad dentro de Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos. Distingue entre trastornos de ansiedad fóbica (agorafobia, con o sin trastorno de pánico, fobias sociales, otras fobias...) y otros trastornos de ansiedad (trastorno de pánico, ansiedad generalizada, trastorno mixto ansioso-depresivo).

ENFOQUE INICIAL ANTE UN PACIENTE CON SÍNTOMAS QUE SUGIEREN UN PROBLEMA DE ANSIEDAD

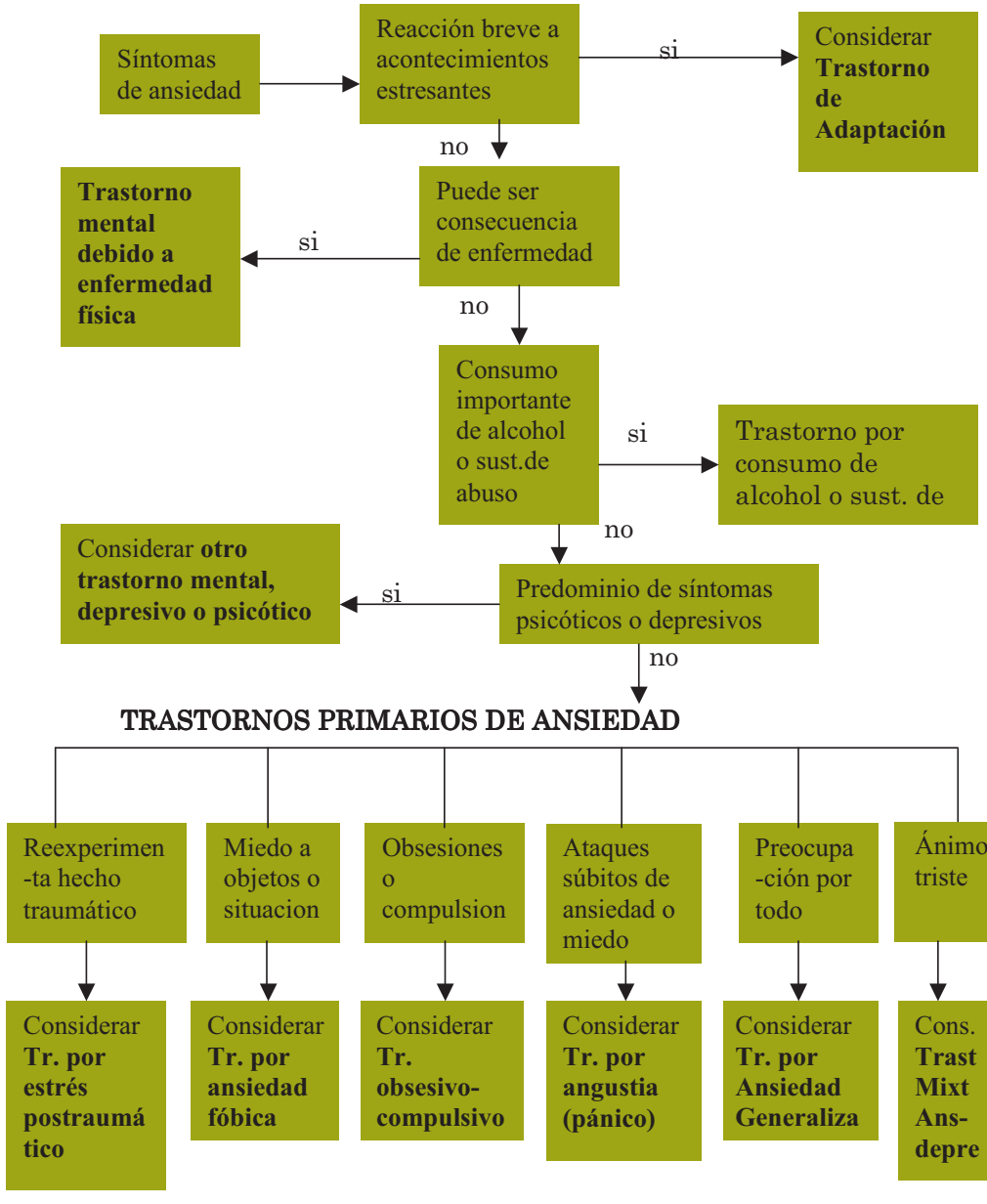


Tabla 2. Enfermedades médicas que pueden producir cuadros de ansiedad

Tumores	Páncreas, del SNC, Feocromocitoma, carcinomatosis
Trastornos neurológicos	Enfermedad de Wilson, Parkinson, Huntington, epilepsia temporal, esclerosis múltiple, encefalopatías, ACV, hemorragia subaracnoidea, encefalitis, migraña
Trastornos endocrinos	Hipertiroidismo, hipotiroidismo, hiperparatiroidismo, trastornos suprarrenales, insulinomas (hipoglucemias), trastornos del postparto, sdr. carcinoide
Causas infecciosas	Hepatitis, tuberculosis, SIDA, infecciones crónicas
Déficits vitamínicos	De vitamina C, B12, folatos, niacina y tiamina
Trastornos cardiorespiratorios	IAM, IC, HTA, arritmias, angor, prolapso válvula mitral, hiperventilación, hipoxia, asma bronquial, edema agudo de pulmón
Enfermedades sistémicas	LES, AR, arteritis temporal, PAN
Otras	Anemia...

Tabla 3. Sustancias que pueden producir ansiedad

TÓXICOS	FÁRMACOS	SUPRESIÓN	OTROS
Cafeína	Analgésicos	Alcohol	Metales pesados
Alcohol	Antiinflamatorios	Opiáceos	Organofosforados
Anfetaminas	Anticonceptivos	Cocaína	CO2
Cocaína	Adrenalina	Hipnóticos	Pintura
Inhalantes	Antidepresivos	Ansiolíticos	Gasolina
Alucinógenos	Antihipertensivos		
Cannabis	Antipsicóticos		

DIAGNÓSTICO Y DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

El enfoque inicial ante el paciente con síntomas de ansiedad se basa en realizar un abordaje integral mediante:

- **Anamnesis** detallada.
- **Exploración física** individualizada .
- **Pruebas complementarias** que permitan descartar patologías subyacentes y que han de incluir, al menos, **analítica general** con hemograma, velocidad de sedimentación globular, glucemia, pruebas hepáticas, función renal, calcio, iones y hormonas tiroideas, catecolaminas en orina de 24 horas (si se sospecha feocromocitoma), etc...pues nunca se debe obviar la alta prevalencia de patologías orgánicas que producen ansiedad (tabla 2).

También debe considerarse la existencia de **fármacos y sustancias de abuso** cuyo consumo puede desencadenar cuadros de ansiedad**.** (tabla 3)

La ansiedad, como síntoma, puede **formar parte de distintos trastornos mentales**: del estado de ánimo, psicóticos.. .Además, no es infrecuente que coexistan varios trastornos mentales que puedan dificultar el diagnóstico y la toma de decisiones terapéuticas.

Es importante tener en cuenta, además, que puede aparecer ansiedad como **respuesta adaptativa normal a situaciones de la vida cotidiana.** En este contexto, es fundamental hacer prevención, bien modificando las situaciones o haciendo uso de los recursos disponibles para que lo que es una ansiedad normal no se convierta en ansiedad patológica y, por tanto, en un trastorno de ansiedad.

Dentro de los Trastornos de Ansiedad Primarios, abordaremos el Trastorno de Ansiedad Generalizada, el Trastorno de Pánico y el Trastorno mixto ansioso-depresivo, que pueden ser tratados en AP. **El síntoma principal de estos trastornos es la presencia de una ansiedad que no se limita a ninguna situación ambiental en particular.** También pueden presentarse síntomas depresivos y obsesivos, e incluso algunos elementos de ansiedad fóbica, con tal de que éstos sean claramente secundarios o menos graves.

TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA

Se trata de una ansiedad y preocupación excesivas, sobre una gran cantidad de acontecimientos o actividades, y persistente (que se prolonga **más de 6 meses**), que no está limitada y ni siquiera predomina en ninguna circunstancia ambiental en particular ("angustia libre flotante").

El paciente se queja de sentirse constantemente nervioso, con temblores, tensión muscular, sudoración, mareos, palpitaciones, vértigos y molestias epigástricas. Aparecen preocupaciones excesivas, y presentimientos muy diversos. Se preocupan constantemente por asuntos triviales, sienten temor y anticipan lo peor.

Este trastorno es más frecuente en mujeres y está a menudo relacionado con estrés ambiental crónico. Su curso es variable, pero tiende a ser fluctuante y crónico.

El afectado debe tener síntomas de ansiedad la mayor parte de los días durante varias semanas seguidas. Entre ellos deben estar presentes rasgos de:

- Aprensión (preocupaciones acerca de calamidades venideras, sentirse "al límite", dificultades de concentración, etc...)
- Tensión muscular (agitación e inquietud psicomotrices, cefaleas de tensión, temblores, incapacidad de relajarse)

- Hiperactividad vegetativa (mareos, sudoración, taquicardia o taquipnea, molestias epigástricas, vértigo, sequedad de boca, etc...)

Síntomas que provocan malestar clínicamente significativo y/o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

TRATAMIENTO

Tanto los tratamientos psicológicos como los psicofarmacológicos y la autoayuda guiada, han demostrado similar eficacia en la fase aguda.

Hay que tener en cuenta las características del paciente, sus necesidades y preferencias, así como la disponibilidad de los diferentes recursos.

1.-Tratamiento psicológico:

1.1.- Psicoterapia cognitivo-conductual: es la psicoterapia reglada que tiene evidencia científica de efecto en este trastorno. Ha demostrado reducir mejor las tasas de recaídas que el tratamiento farmacológico pues los beneficios tienen mayor duración de efecto.

1.2.- La Psicoterapia de apoyo *(Anexo 1)* : es la que habitualmente se realiza en Atención Primaria. Se basa en soporte e información, haciendo uso de habilidades en entrevista clínica y técnicas de solución de problemas.

Ayudar al paciente a identificar y superar preocupaciones exageradas, así como a la reestructuración de pensamientos distorsionados y automáticos. Animarle a realizar actividades relajantes y de ocio, y a retomar las conductas que han sido beneficiosas para él en el pasado.

Informarle de que existen otros recursos sanitarios y no sanitarios que también pueden ayudarle.

Animar al paciente a realizar diariamente **técnicas de relajación** con el fin de reducir los síntomas físicos.

2.-Tratamiento farmacológico:

2.1.- ANTIDEPRESIVOS*: (Anexo 2)*

Los antidepresivos deberían ser la única intervención farmacológica que se use en el tratamiento a largo plazo del trastorno de ansiedad generalizada.

Los ISRS son los que tienen evidencia de efectividad, y se consideran de primera elección.

Actualmente, los antidepresivos que tienen autorizada su utilización en los trastornos de ansiedad generalizada en la AEMPS (Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios) son *la paroxetina, la venlafaxina* (IRSN) en su formulación retardada y *el escitalopram.*

- **Elección de antidepresivo:**

Hay que tener en cuenta:

- la edad del paciente
- la respuesta a tratamientos previos
- los riesgos de daños autoinfringidos o de sobredosis accidental
- los efectos secundarios
- la posibilidad de interacciones con otros fármacos
- las preferencias del paciente
- el coste a igual efectividad.

- **Informar al paciente de las características del medicamento:**

- En los trastornos de ansiedad, conviene iniciar el tratamiento con antidepresivos a dosis inferiores a las

indicadas como terapéuticas e ir incrementándola lentamente, hasta alcanzar la dosis óptima, para evitar intolerancias por nerviosismo o inquietud.

- Es importante que tomen la medicación tal como se les prescribe, particularmente con los medicamentos de vida media corta, como la paroxetina, para evitar el síndrome de discontinuación, (de abstinencia o de retirada).
- Informarle de la posibilidad de síntomas de abstinencia al suspender el tratamiento de manera brusca.
- Para evitar los síntomas de abstinencia al suspender los antidepresivos, se debe reducir la dosis gradualmente durante un largo periodo de tiempo (por ejemplo, durante 3 meses).
- Los síntomas más comunes en un síndrome de abstinencia son: malestar general, mareos, temblores, alteraciones intestinales como náuseas y vómitos, cefaleas, parestesias, alteraciones del sueño, confusión...
- Se debe informar al paciente de que debe consultar con su médico en caso de que estos síntomas aparecieran.

- ***Abordaje de los síntomas de retirada:***

- Si los síntomas son **leves**, basta con tranquilizar al paciente, pues desaparecerán en poco tiempo.
- Si los síntomas son **severos**, se debe considerar reintroducir el mismo antidepresivo o prescribir otro de la misma clase que tenga vida media más larga, para gradualmente ir reduciendo la dosis mientras se hace un seguimiento clínico de los síntomas.

- ***Seguimiento del tratamiento antidepresivo:***

- Hemos de advertir al paciente que son necesarios periodos de tratamiento mayores de **12 semanas,** con las dosis óptima, para valorar la eficacia del tratamiento.

- Si se observa mejoría clínica a las 12 semanas, se debe mantener el tratamiento antidepresivo, **al menos 6 meses más,** y luego ir reduciéndolo hasta suspenderlo.
- Si no se observa mejoría a 12 semanas, o es escasa, está indicado ir aumentando la dosis hasta la máxima tolerada.
- Si no se observa respuesta en una plazo de 12 semanas más a dosis máxima, se debe cambiar a otro ISRS y/o plantearse la derivación a Salud Mental.

2.2.-ANSIOLÍTICOS: *(Anexo 3)*

Las Benzodiacepinas, sólo estarían indicadas en la fase inicial del trastorno de ansiedad generalizada, hasta que hiciera efecto el antidepresivo. **No se deberían usar más de 2 a 4 semanas.**

Los antihistamínicos sedantes, aunque no tienen indicación para este trastorno por la AEMPS, se podrían usar -cuando las Benzodiacepinas están contraindicadas - dado que tienen una recomendación grado A para este trastorno en la Guía NICE 2007, porque alivian los síntomas físicos que acompañan a la ansiedad.

3.-Autoayuda:

La autoayuda guiada se basa en la recomendación a los pacientes de la lectura de libros con una función terapéutica **(biblioterapia),** la información sobre **grupos de apoyo** , así como sobre los beneficios del **ejercicio** como parte de la buena salud en general.

DERIVACIÓN A SALUD MENTAL

Está indicada en caso de duda diagnóstica o evolución desfavorable tras tratamiento adecuado.

TRASTORNO DE PÁNICO O DE ANGUSTIA

Su característica esencial es la presencia de **crisis recurrentes de ansiedad grave (ataque de pánico)**, generalmente no limitadas a ninguna situación o conjunto de circunstancias particulares. Son por tanto **imprevisibles**.

En general, no hay relación entre el comienzo de los síntomas y la presencia de algún estresor pasado o presente.

Los síntomas más frecuentes son la aparición repentina de palpitaciones, dolor precordial , sensación de asfixia, mareo o vértigo y sensación de irrealidad (despersonalización o desrrealización). Casi constantemente hay un temor secundario a morirse, a perder el control o a enloquecer.

Cada crisis suele durar unos minutos, y suele tener su máxima expresión a los 10 minutos. Puede persistir más tiempo. Pueden aparecer de día o interrumpir el sueño y pueden tener un desencadenante reconocible.

En el futuro, **el paciente tiende a evitar la situación en la que se ha producido la crisis**. Un ataque de pánico a menudo se sigue de un miedo persistente a tener otro ataque de pánico. Del mismo modo, frecuentes e imprevisibles ataques de pánico llevan a tener miedo a estar sólo o a ir a sitios públicos. Esto puede desencadenar una **agorafobia**, que es el miedo a los lugares abiertos, a las multitudes y, en general, a la dificultad para poder escapar inmediatamente a un lugar seguro (por lo general, el hogar).

La edad de inicio del trastorno de angustia suele ser entre los 20 y 40 años, con predominio de 2-3:1 en la mujer y prevalencia de 1-5%, aunque hasta un 10% pueden sufrir una crisis a lo largo de la vida.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- Es importante distinguir entre lo que es **una crisis** (o crisis aisladas), de lo que es **un trastorno**.

- Las crisis de angustia o de pánico que se presentan en una situación fóbica consolidada, se consideran expresión de la gravedad de la fobia y ésta tiene preferencia para el diagnóstico. **El trastorno de pánico es el diagnóstico principal sólo en ausencia de cualquier fobia.**

- Las crisis también pueden ser secundarias a un **trastorno depresivo**, en especial en varones. Trastorno de pánico no debe ser el diagnóstico principal si simultáneamente se satisfacen los criterios diagnósticos de un trastorno depresivo.

- Es importante no confundir las **crisis de descontrol emocional o crisis histéricas** con una crisis de pánico. En una crisis de descontrol emocional, que por lo general suele ser reactiva a una situación de estrés emocional intenso (mala noticia, etc....), el paciente se suele mostrar muy agitado, con movimientos teatrales y expresiones exageradas.

Para un diagnóstico definitivo de un Trastorno de pánico, deben de presentarse **varios ataques graves de ansiedad vegetativa, al menos durante el periodo de un mes**:

- En circunstancias en las que no hay un peligro objetivo
- No deben presentarse sólo en situaciones conocidas o previsibles
- En el periodo entre las crisis el individuo debe, además, estar relativamente libre de ansiedad, aunque es frecuente el temor ante una nueva crisis y por tanto estar en estado de alerta.

EVOLUCIÓN Y PRONÓSTICO

Aunque suele remitir por largos periodos de años, se comporta como una **enfermedad crónica con recaídas**. Tanto la frecuencia como el curso del trastorno son bastante variables.

Cuando reciben el tratamiento adecuado**, más del 50% de los pacientes mejora.**

RECOMENDACIONES PARA EL TRATAMIENTO DEL TRASTORNO DE PÁNICO:

Un ataque de pánico no necesariamente constituye un trastorno de pánico, y el tratamiento adecuado del ataque de pánico puede limitar el desarrollo de un trastorno de pánico.

1.-TRATAMIENTO DE URGENCIA DE LA CRISIS O ATAQUE DE PÁNICO:

La actitud ante un paciente que se presenta, **de *urgencia***, con una **crisis o ataque de pánico** debería ser:

1.1.- Tratamiento no farmacológico:

- Transmitir al paciente seguridad y serenidad.

"La mejor manera de tranquilizar a un paciente agitado es mostrarnos nosotros serenos y tranquilos."

- Preguntarle si ya está recibiendo tratamiento para el trastorno de pánico

- Anamnesis detallada sobre su historia personal, automedicación, etc...
- Investigar comorbilidades (ansiedad, depresión, abuso de sustancias...)
- Realizarle las exploraciones necesarias para excluir problemas físicos agudos
- Para **evitar la alcalosis respiratoria** secundaria a la hiperventilación, frecuente en plena crisis de ansiedad, es aconsejable enseñarle a que coloque una bolsa delante de la nariz y la boca para que pueda inspirar el aire que acaba de expulsar.
- Con frecuencia el paciente acude quejándose de opresión precordial, y con miedo a padecer un infarto de miocardio. Dada la similitud en la presentación clínica, **es aconsejable la realización de un ECG** para descartar una patología isquémica y tranquilizar al paciente.
- **Abordaje psicoterapéutico de apoyo**: darle información sobre lo que le está sucediendo, acompañarle en un lugar adecuado y tranquilizarle
- **Enseñarle técnicas de relajación sencillas**, sobre todo que realice inspiraciones más profundas por la nariz, elevando el abdomen (respiración abdominal) y expulse el aire por la boca, para conseguir enlentecer la frecuencia respiratoria.

1.2.- Tratamiento farmacológico:

Si el abordaje no farmacológico fuera insuficiente para mejorar los síntomas, se utilizará una Benzodiacepina de inicio de acción rápido: Alprazolam, 0,5-1 mg vía oral o sublingual; o Diazepam, 5-10 mg, por vía oral. Si es preciso, se repite la dosis a los 15-20 minutos.

La vía intramuscular no está indicada para tratar cuadros agudos, por su absorción errática y retraso en el inicio de acción.

1.3.-Derivación a su médico para tratamiento y seguimiento.

Una crisis de pánico o de angustia es una verdadera urgencia médica**. El paciente se encuentra realmente mal, con sensación de que se va a morir o a volverse loco, y con variada sintomatología física como taquicardia, sudoración, temblor, mareos, alteraciones visuales, además de sensaciones extrañas de despersonalización y desrrealización (no entiende muy bien quién es y qué hace aquí)...Por ello, es fundamental que los sanitarios aborden este cuadro con respeto y empaticen con las emociones del paciente. El paciente no es culpable de lo que le ocurre. **Necesita atención, infomación y palabras que le calmen su angustia.

2.-TRATAMIENTO DE MANTENIMIENTO DEL TRASTORNO DE PÁNICO:

Las intervenciones que, por orden descendente, tienen evidencia de mayor duración de efecto son:

- la terapia psicológica
- el tratamiento farmacológico y
- la autoayuda.

2.1.- Terapia Psicológica:

La psicoterpia que ha demostrado su utilidad en este trastorno es la **Terapia cognitivo- conductual reglada**, suministrada por personal entrenado.

Modelos de abordaje de TCC más breve, adaptados a Atención Primaria, podrían ser apropiados, junto con Terapia de apoyo, información y materiales de autoayuda.

Hay evidencia de que la terapia cognitiva con exposición progresiva puede reducir la tasa de recaídas mejor que el tratamiento farmacológico.

Cómo afrontar el pánico: consejos para el paciente.

-Lo que siente no es más que la exageración de las reacciones normales al estrés. No añada pensamientos alarmantes sobre lo que está pasando.
-Permanezca donde está hasta que pase el ataque. Pasará en unos minutos. Mire el reloj y vea como pasa el tiempo. Espere y deje que pase el temor. No luche contra él ni intente distraerse. Aprenda a afrontar el temor, no a evitarlo.
-Intente convencerse a sí mismo que lo que le ocurre es un ataque de pánico, que no se trata de un infarto, que no va a morir ni a enloquecer
-Practique la respiración lenta y relajada. Una hiperventilación dará lugar a algunos de los síntomas físicos del pánico. Una respiración controlada reducirá los síntomas fisicos.
-Gradúe el grado de miedo de 0-10 y mire si sube o baja. Verá que no permanece en cotas altas durante más de unos segundos.
-Puede despistarse de las sensaciones desagradables concentrándose en alguna tarea mental, como contar hacia atrás desde 100 de 3 en 3.
-Cuando empiece a sentirse mejor, mire alrededor y piense qué puede hacer después.
-Cuando esté listo para continuar, comience despacio y relajado. No necesita correr ni esforzarse.
-No hay que retirarse o evitar situaciones donde hayan tenido lugar estos ataques; esto reforzará la ansiedad.
"AUNQUE TENGA MIEDO, HÁGALO IGUAL" El miedo se alimenta del miedo, si actúa como si no tuviera miedo, irá desapareciendo.

2.2. Tratamiento Farmacológico:

Antes de prescribir hay que considerar:

- la edad
- la respuesta a tratamientos previos
- el riesgo de autolisis
- los efectos adversos a tratamientos previos
- las preferencias del paciente
- el coste ante igual efectividad.

Las benzodiacepinas y los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) han demostrado utilidad en la reducción de la frecuencia e intensidad de las crisis de pánico, en la disminución de la ansiedad anticipatorio y en cierta mejoría, de un modo más lento, de las conductas evitativas agorafóbicas.

El uso exclusivo de benzodiacepinas se asocia con un peor resultado a largo plazo y no se deberían prescribir como tratamiento único en individuos con trastorno de pánico. Debido al riesgo de tolerancia, dependencia y abstinencia, su uso en la fase de mantenimiento se debe restringir a las primeras semanas.

Los ISRS son de primera elección en esta fase, por presentar menos efectos secundarios que otros fármacos y por su baja toxicidad.

Los ISRS que tienen autorizada su indicación para el trastorno de pánico en la AEMPS son la paroxetina, el citalopram y el escitalopram.

Es conveniente **comenzar con dosis bajas**, con el fin de minimizar los efectos secundarios al inicio, con un incremento progresivo de la dosis.

Estos fármacos, en este trastorno**, tardan en actuar entre 4-6 semanas,** por lo que durante este periodo es recomendable mantener al paciente con ansiolíticos como las benzodiazepinas.

- **Informar a los pacientes** sobre :
  - los efectos secundarios potenciales (incluyendo aumento transitorio de ansiedad al comienzo del tratamiento)
  - posible síndrome de abstinencia si se suspende la medicación de forma brusca
  - retraso en el inicio del efecto
  - tiempo de tratamiento
  - necesidad de tomar la medicación tal como se prescribe.

El uso de **antidepresivos tricíclicos**, imipramina y clorimipramina, en el trastorno de pánico **no está autorizado por la AEMPS** y se desaconseja su uso en Atención Primaria por la elevada incidencia de efectos secundarios anticolinérgicos. En caso de fallo de los ISRS, y si no existen contraindicaciones, se puede valorar su uso, dado que han demostrado efectividad en el manejo de esta patología.(NICE-A).

- **Seguimiento del tratamiento farmacológico:**

Es necesario un periodo mínimo de **12 semanas** para valorar la eficacia del tratamiento.

Cuando ha habido respuesta a las 12 semanas, hay que continuar con el tratamiento farmacológico un **mínimo de 6 meses más.**

Hay que monitorizar la eficacia y tolerabilidad de los tratamientos a largo plazo.

Es aconsejable, para la **retirada del tratamiento**, hacer una reducción gradual para evitar el síndrome de discontinuación y los síntomas de rebote. Al faltar evidencia, **se aconseja hacerlo durante un periodo de unos 3 meses.**

2.3.- Autoayuda:

Podemos recomendar **biblioterapia, grupos de autoayuda y ejercicio físico** como parte de la buena salud general.

DERIVACIÓN A SALUD MENTAL:

En caso de que no se objetive mejoría con el tratamiento pautado.

TRASTORNO MIXTO ANSIOSO-DEPRESIVO

Esta categoría debe usarse cuando **están presentes síntomas de ansiedad y de depresión, pero ninguno de ellos predomina claramente ni tiene la intensidad suficiente como para justificar un diagnóstico por separado.**

Una ansiedad grave, acompañada de depresión de intensidad más leve hace que deba utilizarse cualquiera de las categorías de trastorno de ansiedad o de ansiedad fóbica. Cuando ambas series de síntomas, depresivos y ansiosos, estén presentes y sean tan graves como para justificar un diagnóstico individual deben recogerse ambos trastornos y no debería usarse esta categoría.

Si por razones prácticas de codificación sólo puede hacerse un diagnóstico, debe darse prioridad al de depresión.

Si los síntomas que satisfacen las pautas de este trastorno se presentan estrechamente relacionados con cambios biográficos significativos o acontecimientos vitales estresantes, debe utilizarse el diagnóstico de Trastornos de Adaptación.

Este tipo de enfermos, afectos de un síndrome de malestar emocional general, con una mezcla de síntomas comparativamente leves, se ve con frecuencia en atención primaria y su prevalencia es aún mayor en la población general, pero la mayoría de los afectados rara vez demandan cuidados médicos o psiquiátricos.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- Paciente con criterios diagnósticos de ansiedad que además presenta síntomas depresivos: **Tr.de ansiedad**
- Paciente con criterios diagnósticos de depresión que además presenta síntomas de ansiedad: **Tr. depresivo**
- Paciente con criterios diagnósticos de Tr. de ansiedad y también de Tr. depresivo: **verdadera comorbilidad ansioso-depresiva**, la cual tiene importantes implicaciones clínicas, con peor pronóstico que en la presentación aislada, con síntomas más severos, mayor cronicidad y más refractarios al tratamiento.

Para el diagnóstico nos puede ser de ayuda, sin sustituir a la entrevista clínica, la **Escala de depresión y ansiedad de Golberg**, (S:83%; E:82%) *(Anexo 4).*

TRATAMIENTO

El tratamiento es inicialmente con **Psicoterapia de apoyo** *(Anexo 1).* Si fuera necesario tratamiento farmacológico, sería de elección un antidepresivo ISRS. Si existiera

ansiedad importante, un ansiolítico en las primeras semanas.

Qué no hacer en los trastornos de ansiedad

- Iniciar la entrevista con preguntas de contenido social: "¿Tiene problemas en el trabajo?"
- Lanzarse a derivaciones y petición de multitud de pruebas complementarias sin antes explorar bien la esfera psíquica.
- Achacar la sintomatología exclusivamente a "los nervios"
- Obviar causas secundarias como son enfermedades orgánicas, tóxicos y polifarmacia
- Dedicarnos sólo a prescribir medicación como consecuencia del poco tiempo del que disponemos y de la falta de otras habilidades de apoyo
- Adoptar un actitud de inercia terapéutica y tratar sólo con psicoterapia de apoyo o síntomas aislados como el insomnio con hipnóticos
- Usar sistemáticamente benzodiacepinas en los trastornos de ansiedad y olvidarnos de que deben ser retiradas
- No tener en cuenta los efectos secundarios farmacológicos que pueden complicar el tratamiento (sedación en ancianos con riesgo de caídas, problemas de memoria, síndromes perinatales de abstinencia).
- Prescribir la medicación y "olvidarnos" de que el paciente ya puede estar tomando otros psicofármacos
- Pensar que todos las dificultades emocionales son trastornos mentales, y no tener en cuenta que hay muchas circunstancias de la vida que producen conflictos emocionales y dolor, pero que tienden a la resolución espontánea
- Hacer de los problemas de la salud mental una patología exclusivamente médica

BIBLIOGRAFÍA
TRASTORNOS DE ANSIEDAD

- NICE: Guía de Ansiedad 2007. Disponible en www.nice.orguk
- FISTERRA: Guía clínica sobre la Ansiedad 2006; 6 (11) : Ansiedad Generalizada 2004; 4 (10). Crisis de Pánico 2004; 4 (3). Disponible en www.fisterra.com
- SEMFyC. PAPPS :Guía de Salud Mental en Atención Primaria..
- SEMFyC :Guía de actuación en Atención Primaria. 4ª Edición, 2006
- SEMFyC : Guía terapéutica en Atención Primaria. 3ª edición. Ansiedad generalizada. Trastorno de pánico. Crisis de angustia Disponible en www.guiaterapeutica.net
- Osakidetza. Servicio vasco de salud.:Trastornos depresivos y de ansiedad en Atención Primaria.2005
- Pérez Argilés T., Costero Tello A., Martín García L.: Capítulo 3: Trastornos depresivos. Guía de manejo de los trastornos mentales en Atención Primaria.. Hospital General y Universitario de Guadalajara. Facultad de Medicina, Universidad de Alcalá, Madrid.2004.
- Consejería de Salud. Junta de Andalucía. Proceso asistencial integrado. Ansiedad. Depresión. Somatizaciones. 2002.
- Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS). Guía de prescripción terapéutica del Ministerio de Sanidad y Consumo. Fichas técnicas. Disponible en www.agemed.es
- Cerecedo Pérez M.J., Dapena Barros J.M.: Manejo de los trastornos de Ansiedad en Atención Primaria. AMF 2006; 2(1):33-39
- Consejería de Salud. Junta de Andalucía. Proceso asistencial integrado. Ansiedad. Depresión. Somatizaciones. 2002.
- Revisiones Cochrane Plus, número 1, 2007:
  - Antidepresivos para el trastorno de ansiedad generalizada. Kapczinski F, Lima MS, Souza JS, Schmitt R. Antidepresivos para el trastorno de ansiedad generalizada (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, número 1, 2007.
- Castel Bernal L., Chamorro García L., Barbas Calvo P.: Capítulo 2: Trastornos de ansiedad. Guía de manejo de los trastornos mentales en Atención Primaria. Hospital General y Universitario de Guadalajara. Facultad de Medicina, Universidad de Alcalá, Madrid.2004.
- Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS). Guía de prescripción terapéutica del Ministerio de

Sanidad y Consumo. Fichas técnicas. Disponible en www.agemed.es

- Pascual Pascual P.,Cerecedo Pérez MJ:,Ruíz Gómez M., Muñoz González F.:"Reconocer y tratar los trastornos de Ansiedad". Abordaje de los trastornos de ansiedad. Revista El Médico.8-12-06
- Capafons A.,Universidad de Valencia. Tratamiento psicológicos eficaces para la ansiedad generalizada. Psicothema 2001. Vol. 13, nº3,pp442-446
- Furukawa TA, Watanabe N, Churchill R.: Psicoterapia combinada más antidepresivos para el trastorno por pánico con o sin agorafobia (Revisión Cochrane traducida) De la Biblioteca Cochrane Plus, número 2, 2007.
- OMS: CIE 10 Décima revision de la clasificación internacional de las enfermedades. Trastornos mentales y del comportamiento. Pautas diagnósticas y de actuación en Atención Primaria, 1992
- OMS: CIE 10 Décima revisión de la clasificación internacional de las enfermedades. Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico, 1996.

TRASTORNOS DE ADAPTACIÓN

TRASTORNOS DE ADAPTACIÓN

El trastorno de adaptación constituye una categoría residual, utilizada para describir **estados de malestar subjetivo, con síntomas emocionales, orgánicos y/o comportamentales, que , por lo general, interfieren con la actividad social, laboral o académica, que aparecen en respuesta a un estresante psicosocial identificable (EPS)** *y que no cumplen los criterios para otro trastorno específico.* El paciente se siente incapaz de adaptarse a las circunstancias y sobrepasado por los acontecimientos.

El riesgo de aparición y la forma de expresión de las manifestaciones de los trastornos de adaptación están determinados, en mayor o menor grado, por una **predisposición o vulnerabilidad previa**. Sin embargo, hay que aceptar que el trastorno no se habría presentado en ausencia del agente estresante.

El EPS puede ser un acontecimiento simple o una conjunción de diversos factores, siempre **dentro del repertorio de las experiencias humanas habituales (ruptura sentimental, problemas económicos, conflictos laborales...),** a diferencia de los que provocan el trastorno por estrés postraumático, que son vivencias más traumáticas e intensas y excepcionales.

El cuadro suele comenzar **en el mes posterior** a la presentación del cambio biográfico o del acontecimiento estresante y la duración de los síntomas es de días o semanas, **rara vez excede los seis meses** una vez que ha cesado el estresante o sus consecuencias.

La CIE-10 los incluye dentro de los trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos (F40-F48).

Incluye los siguientes **subtipos** (en función de los síntomas predominantes):

- con síntomas predominantemente depresivos
- con síntomas predominantemente ansiosos
- con síntomas mixtos
- con alteraciones del comportamiento

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Para llegar al diagnóstico de un Trastorno de Adaptación hay 4 puntos fundamentales a tener en cuenta:

- Relación causal con un **agente psicosocial estresante**
- Comparar el nivel de alteración del paciente con la reacción de una persona promedio en circunstancias semejantes. **Si ese malestar es similar, se trata de un problema psicosocial y cuando es "desproporcionado" padecería un trastorno adaptativo.**
- Previamente al diagnóstico de Trastorno adaptativo, es necesario **descartar otros trastornos psiquiátricos mayores específicos** (Trastorno depresivo, de ansiedad, Psicosis paranoide, Trastorno disociativo...y sobretodo, el Trastorno por estrés postraumático(*)
- Una vez que el factor estresante o sus consecuencias han terminado, **los síntomas no deben persistir más de 6 meses.**

(*) *TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO:*

Surge como **respuesta tardía o diferida a un acontecimiento estresante o a una situación de naturaleza excepcionalmente amenazante o catastrófica.**

Ciertos rasgos de personalidad o antecedentes de enfermedad neurótica, pueden ser factores predisponentes o agravar el curso del trastorno, pero estos factores no son necesarios ni suficientes para explicar la aparición del mismo.

Las características típicas son: **episodios reiterados de volver a vivenciar el trauma** en forma de reviviscencias o sueños que tienen lugar sobre un fondo persistente de una sensación de "entumecimiento" y embotamiento emocional, de desapego de los demás, de falta de capacidad de respuesta al medio, de anhedonia y de evitación de actividades y situaciones evocadoras del trauma. Suelen temerse e incluso evitarse las situaciones que recuerdan o sugieren el trauma. Suele acompañarse de hiperactividad vegetativa, con hipervigilancia , insomnio, síntomas de ansiedad, depresión e incluso ideas suicidas.

El comienzo ocurre entre semanas y meses (raramente más de 6) después del trauma. El curso es fluctuante, y el pronóstico, en general, bueno.

PAUTAS DE ACTUACIÓN

La entrevista clínica, como en toda patología de la esfera psicosocial, es fundamental, tanto para explorar los aspectos biopsicosociales como para establecer una relación terapéutica que permita un mejor abordaje de estos trastornos.

Para ello, el médico debe adoptar una actitud receptiva y pausada, empática, así como practicar una escucha activa que ayuden al paciente a verbalizar su problema

- **Anamnesis**: exploraremos los siguientes aspectos: ¿Qué le ocurre?, ¿Desde cuándo?, ¿En qué consiste su malestar?, ¿Cómo le afecta en sus actividades?¿A qué lo atribuye? ¿Ha sucedido algo...?(identificar un estresante ambiental y la relación cronológica con los síntomas), ¿Qué soluciones ha buscado? ¿Cómo lo ha resuelto en situaciones parecidas del pasado? (Técnica del rastreo) ¿Cómo cree que podríamos ayudarle? Así mismo, es importante conocer datos de su biografía, su estilo de vida, su situación económica, su aficciones, etc..

- **Objetivos del tratamiento:**

Los principales **objetivos del tratamiento** son aliviar los síntomas y ayudar a la persona a retornar al nivel de desempeño que presentaba antes del hecho estresante.

TRATAMIENTO

1.-Tratamiento Psicoterapéutico:

La Psicoterapia es el tratamiento de elección en el Trastorno de Adaptación.

Las medidas psicoterapéuticas deben ir orientadas a :

- conseguir una reducción del agente estresante
- potenciar el afrontamiento con el agente estresante que no pueda reducirse o eliminarse y
- establecer un sistema de apoyo para lograr la mayor adaptación posible.

Generalmente se realiza una **psicoterapia de apoyo o de soporte** y técnicas de abordaje psicosocial *(Anexo 1),* que incluyen:

- **Información sobre el trastorno:**

- La ansiedad, la tristeza, el miedo...son sensaciones frecuentes en los seres humanos y surgen como respuesta a una amenaza de pérdida. Cuando son desproporcionados, los consideramos patológicos.
- El estrés tiene, a menudo, efectos físicos y mentales.
- **Es importante normalizar ciertas respuestas a situaciones estresantes, pero también hay que hacer posible que el enfermo reconozca que la importancia de las situaciones estresantes radican en él mismo.**
- El pronóstico de este trastorno es bueno, en general. Los síntomas normalmente persisten sólo unos días o semanas.

- **Técnicas de relajación:**

Enseñan al paciente a reducir sus niveles de tensión emocional a través de la relajación física. Cabe destacar la técnica de relajación progresiva de Jacobson.

La creación de **grupos de autoayuda** o de apoyo, y también para la realización de técnicas de relajación en grupo, han demostrado eficacia en el control de los síntomas ansioso-depresivos de los trastornos adaptativos.

- **Técnica de resolución de problemas:**

Forma parte de las técnicas cognitivo-conductuales. Se podría realizar tanto a nivel individual como grupal, siendo probablemente éste último más factible en Atención Primaria.

La terapia de resolución de problemas tiene 4 fases:

1. Determinar qué problema ha generado el conflicto: elaborar una teoría etiológica conjunta (médico-paciente) y una interpretación del conflicto (registrar

las conductas problema y las circunstancias que agravan el malestar del paciente)
2. Establecer objetivos: búsqueda de alternativas (hacer un listado), ventajas y desventajas de las posibles soluciones.
3. Ensayar el cambio: con role playing y con el apoyo de las técnicas de relajación.
4. Completar y mantener el cambio: seguimiento para comprobar cómo las nuevas conductas adaptadas se estabilizan y consolidan en el tiempo, suponiendo un alivio y una mejoría para nuestro paciente.

- **Reestructuración cognitiva** *(Anexo 1):*

Consiste en ayudar al paciente a identificar los modelos básicos de pensamiento con los que funciona y corregir los conceptos distorsionados, ayudándole a reestructurarlos de una manera más adaptada, basándonos en que cualquier acontecimiento se acompaña de un pensamiento que es el que determina la emoción.

- **Aumento de actividades placenteras**:

Se invitará al paciente a hacer un listado de actividades y situaciones placenteras; puede pedir ayuda a algún familiar para completar la lista y planear actividades conjuntas.

- **Buscar apoyos en familiares, amigos y organizaciones sociales.**
- **Entrenamiento en asertividad** *(Anexo 1)* **y habilidades sociales:**

Lo cual comienza por **trabajar la autoestima** y tener confianza en uno mismo, para ser capaz de expresar nuestros sentimientos y deseos sin sentir ningún tipo de malestar.

- **Prevención de las recaídas**:

Conocer las situaciones de riesgo, actitudes o conductas para contrarrestarlas y alternativas si éstas no funcionan.

La relación médico/paciente es lo más importante en el abordaje y cumplimiento terapéutico e influye sobre la evolución de la enfermedad. Como siempre, es fundamental , mostrar interés , no demostrar prisa, ser empático, respetuoso y no hacer juicios de valor ni comentarios culpabilizantes para que el paciente se sienta cómodo contándonos sus problemas y síntomas.

2.- Tratamiento farmacológico:

Estos trastornos, habitualmente, se resolverán sin medicación, bien con los propios recursos o con psicoterapia. Sin embargo, a veces, cuando el cuadro es intenso, pueden ser necesarios tratamientos breves con **ansiolíticos o antidepresivos**, utilizando la dosis mínima eficaz, con la finalidad de aliviar los síntomas y ayudar a los pacientes a lograr un nivel de adaptación. Esto siempre con cautela, ya que, en ocasiones, el aliviar los síntomas sólo sirve para enmascarar el problema real y los pacientes pueden desarrollar una dependencia física y psíquica.

Si el paciente tiene insomnio, se pueden emplear hipnóticos durante unos días, junto con las recomendaciones no farmacológicas para el abordaje del insomnio *(Anexo 5).*

CRITERIOS DE DERIVACIÓN

La mayor parte de las personas afectas de un trastorno de adaptación son capaces de superarlo por sí mismas, con sus propios recursos, sin necesitar ayuda sanitaria.

Los casos que acuden al médico, **aunque en el primer momento la solicitud de ayuda puede tener apariencia urgente o expresión dramática por la angustia, se debe mantener la calma ya que el curso natural lleva a que la angustia ceda y, en general, no precisa derivación a la USM.**

Se plantea derivación cuando:

- Existen dudas diagnósticas.
- Existe dificultad en el manejo terapéutico por el profesional de AP y se considera oportuna una psicoterapia especializada.
- Cuando el estresante es de gran intensidad, crónico y la evolución del cuadro es superior a 6 meses o la capacidad de afrontamiento del paciente es mínima.

BIBLIOGRAFÍA
TRASTORNOS DE ADAPTACIÓN

- Ros Llorens RI.,Eichelbaum Sánchez D., Cerecedo Pérez MJ., Muñoz González F.,Trastornos Adaptativos. ¿Cómo actuar en la consulta? Abordaje de los problemas de salud mental. Revista El Médico.15-12-06. Disponible en www.elmedicointeractivo.com/formacion
- OMS: CIE 10 Décima revisión de la clasificación internacional de las enfermedades. Trastornos mentales y del comportamiento. Pautas diagnósticas y de actuación en Atención Primaria, 1992
- OMS: CIE 10 Décima revisión de la clasificación internacional de las enfermedades. Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico, 1996.

TRASTORNOS SOMATOMORFOS INDIFERENCIADO

TRASTORNOS SOMATOMORFOS

El rasgo principal de estos trastornos es la presentación reiterada de ***síntomas somáticos*, difícilmente tipificables desde la fisiopatología, acompañados de demandas persistentes de exploraciones clínicas, a pesar de sus repetidos resultados negativos y de contínuas garantías de los médicos de que los síntomas no tienen una justificación somática.** Además, estos síntomas, a menudo, no tienen buena respuesta al tratamiento sintomático.

Aún en los casos en los que realmente estuvieran presentes trastornos somáticos, éstos no explican la naturaleza e intensidad de los síntomas, ni el malestar y la preocupación que manifiesta el enfermo.

Incluso cuando el comienzo y la evolución de los síntomas guarda una estrecha relación con acontecimientos biográficos desagradables, o con dificultades o conflictos, el enfermo suele resistirse a los intentos de someter a discusión la posibilidad de que las molestias tengan un origen emocional, lo que puede incluso suceder aún estando presentes síntomas depresivos y ansiosos evidentes. El grado de comprensión sobre los síntomas, ya sean somáticos o emocionales, es con frecuencia insuficiente y frustrante, tanto para el enfermo como para el médico.

La característica esencial de estos pacientes es que, a pesar de padecer malestar psicológico, presentan al médico síntomas físicos y no problemática psicosocial.

Este tipo de paciente es más frecuente como usuario de los servicios de Atención Primaria que de Salud Mental.

Es fundamental, en las consultas de Atención Primaria tener en cuenta este diagnóstico en los pacientes hiperfrecuentadores.

Ciertos síntomas como mareo, dolor torácico o cansancio, presentados en forma aislada, corresponden en un 80% a somatizaciones.

Su prevalencia es del 10-12% en las consultas de Atención Primaria. Es más frecuente en mujeres, y la edad de inicio suele ser antes de los 30 años.

Suponen un elevado coste sanitario, generan mucho sufrimiento y pobre calidad de vida en los pacientes , así como frustración y rechazo en los profesionales sanitarios por su difícil manejo.

El Trastorno de Somatización es la forma más grave, y también menos frecuente, de los Trastornos Somatomorfos. El Trastorno Somatomorfo Indiferenciado es la forma más leve, mucho más frecuente en Atención Primaria.

TRASTORNO SOMATOMORFO INDIFERENCIADO

Esta categoría de Trastorno somatomorfo indiferenciado, debe ser tenida en cuenta cuando las quejas somáticas sean múltiples, variables y persistentes, pero todavía no esté presente el cuadro clínico completo y característico del trastorno de somatización. Por ejemplo, puede faltar la forma insistente y dramática de quejarse, los síntomas pueden ser relativamente escasos o faltar el deterioro del comportamiento social y familiar característicos del Trastorno de somatización.

Puede, o no, haber motivos para sospechar la existencia de un motivo psicológico, pero no debe existir una base somática que justifique los síntomas en los que se basa el diagnóstico psiquiátrico.

DIAGNÓSTICO

Para abordar a estos pacientes realizaremos:

1.- Anamnesis completa: atendiendo a aspectos biológicos y psicológicos.

- **antecedentes familiares**: existe mayor incidencia de alcoholismo y trastorno antisocial de la personalidad.
- **antecedentes personales**: los síntomas suelen iniciarse en la infancia (dolores abdominales recurrentes, síntomas en el aparato reproductor en el caso de las mujeres: dismenorrea, trastornos menstruales,...).
- **historia natural del padecimiento**
- **historia de su ciclo vital**
- **investigar acontecimientos estresantes**
- **enfermedad actual:** anamnesis de los síntomas por los cuales consulta. Explorar siempre los nuevos síntomas. Es aconsejable seguir los mismos pasos de cualquier entrevista clínica.
- **Exploración de la esfera psicosocial:** con preguntas abiertas: "¿qué tal está de ánimo?"," ¿cómo le van las cosas?", "¿lo relaciona con algún problema concreto o acontecimiento vital?" "¿cómo afecta todo esto en su trabajo, familia, pareja...?"
- **Explorar posible comorbilidad psiquiátrica**: existe una elevada comorbilidad de los trastornos somatomorfos con otros trastornos psiquiátricos, con predominio de los trastornos depresivos y de ansiedad.

2.- Exploración física: tanto para descartar patología orgánica como para mostrar al paciente que la naturaleza de su problema no es física y aportarle seguridad e interés.

3.- Exploraciones complementarias: *es aconsejable realizar las mínimas necesarias.*

Se han de negociar, así como la derivación a especialistas. En la práctica diaria lo que más se negocia es la petición de **analítica y EKG**, que, **aparte de poco nocivo, le da al paciente cierta seguridad, mejorando la confianza entre ambos.**

Con el resto de pruebas (TAC, EEG, RMN, etc...) y especialistas, no negarlas de entrada, pero sí posponerlas, argumentando que las visitas pactadas sirven para descartar problemas graves y ofreciendo nuestra accesibilidad en caso de que las cosas no vayan bien.

En la práctica hay varias **claves que nos hacen pensar en un proceso de somatización:**

1. La presencia de tres o más síntomas indefinidos y exagerados en distintos aparatos, expresados con preocupación desproporcionada y con alteración emocional
2. El curso crónico, aproximadamente de dos años en el caso de trastorno de somatización y de **al menos 6 meses en los trastornos somatomorfos.**
3. La presencia de otro trastorno psiquiátrico asociado: trastorno por ansiedad, mixto ansiedad-depresión, distimia, trastorno de adaptación, etc...
4. Los esfuerzos del médico por clarificar los síntomas suelen ser poco productivos y frustrantes.

Un sentimiento de disconfort o de estar sobrepasado ante un paciente con un sinfín de síntomas vagos, indescriptibles, exagerados y a veces complejos en una "persona con buen aspecto"debe constituir una señal para incluir la somatización en el diagnóstico diferencial.

5. Historia de múltiples pruebas diagnósticas, visitas múltiples a los Servicios de Urgencias , distintos especialistas y terapias alternativas (acupuntura, homeopatía...)

Es habitual que el paciente refiera haber pasado ya por numerosos médicos y manifieste que **"ninguno ha acertado con mi enfermedad".**

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- **Enfermedad somática:** es importante tener en cuenta que una persona diagnosticada de un Trastorno de somatización tiene más probabilidades de desarrollar un trastorno somático independiente que cualquier otra persona de su edad.

- **Trastornos del humor (depresivos) y ansiosos:** distintos grados de ansiedad y depresión acompañan por lo general a los trastornos de somatización, pero no precisan ser especificados por separado, a menos que sean lo suficientemente intensos y persistentes para justificar un diagnóstico por sí mismos.

La aparición de múltiples síntomas somáticos después de los 40 años puede corresponder a una manifestación precoz de un trastorno depresivo primario. (Depresión enmascarada)

- **Trastorno hipocondríaco:** en los trastornos de somatización se pone un mayor énfasis sobre los síntomas en sí mismos y sus efectos aislados, mientras que en el trastorno hipocondríaco se presta mayor atención a la presencia de una enfermedad subyacente progresiva y grave y a sus consecuencias incapacitantes. En el trastornos hipocondríaco el enfermo tiende a pedir exploraciones para determinar o confirmar la naturaleza de la enfermedad subyacente, mientras que los enfermos con trastorno por somatización solicitan, preferentemente, tratamientos

para hacer desaparecer los síntomas. En el trastorno de somatización suele presentarse un consumo excesivo de fármacos y un no cumplimiento duradero de las prescripciones médicas, mientras que en el trastorno hipocondríaco hay temor a los fármacos y a sus efectos secundarios y una búsqueda de garantías en frecuentes visitas a médicos distintos.

- **Ideas delirantes**: somáticas, como en los trastornos psicóticos o hipocondríacas, como en los trastornos depresivos. La cualidad bizarra de las creencias junto con el menor número y la mayor estabilidad de los síntomas somáticos son más típicos de las ideas delirantes.

- **Trastorno de somatización:** cuando los síntomas tienen una evolución más larga (más de 2 años) y son más llamativos. Aquí la forma de quejarse el paciente es insistente y dramática. Es menos frecuente.

- **Los trastornos ficticios y la simulación**: al contrario que en estos trastornos, ***los síntomas de los trastornos somatomorfos no están bajo un control voluntario.***

RECOMENDACIONES TERAPÉUTICAS

Atención Primaria es, en general, el nivel del sistema sanitario donde primero contacta el paciente somatizador y donde deben ser abordados. No darles una respuesta adecuada en este nivel puede desencadenar un peregrinar del paciente por distintos especialistas, pruebas diagnósticas y uso de las medicinas alternativas.

El elemento terapéutico más eficaz es un médico empático y hábil para establecer una relación médica terapéutica, por tanto, el papel del médico de familia es fundamental en el tratamiento de los pacientes somatizadores.

El objetivo terapéutico es cuidar al paciente, no curarlo.

1.-Psicoterapia:

La Psicoterapia es el tratamiento de elección en los trastornos somatomorfos indiferenciados.

La Psicoterapia de apoyo consiste en brindar al paciente un soporte emocional, con el objetivo de conseguir un alivio de los síntomas mediante la mejor capacidad de reconocimiento y afrontamiento del estrés. *(Anexo 1).*

El abordaje psicoterapéutico más específico de este trastorno en Atención Primaria se basa en:

- El paciente ha de ser atendido por un solo médico, preferiblemente, su médico de familia, que le conoce , y con el que mantiene una relación positiva
- Planificar citas breves pero regulares (cada 4-6 semanas como máximo)
- Explorar siempre la zona de la que se queja el paciente.
- Buscar signos. Validar los síntomas.
- Mantener una actitud conservadora con respecto a las interconsultas y los estudios. Evitar yatrogenia y gasto sanitario innecesarios.
- Evitar diagnósticos espúrios y tratamientos innecesarios.
- Permitir en todo momento el rol de enfermo que el paciente demanda, sin fomentarlo, admitiendo a la vez nuestras propias limitaciones como profesionales sanitarios.

- Comunicar calma al paciente en términos de tranquilidad "razonable", pero no "absoluta". Reasegurar de manera limitada y fundada.
- Explicarle adecuadamente los síntomas que padece, evitando frases del tipo "usted no tiene nada" o "lo suyo es de los nervios".
- Evitar en todo momento el estigma asociado al diagnóstico psiquiátrico y el temor del paciente a que sus síntomas sean tomados por imaginarios o fingidos.
- Transmitirle:
    1. que no padece ninguna enfermedad grave
    2. que su padecer es crónico
    3. que nos creemos sus síntomas, que no le consideramos un farsante
    4. que aunque no hay un tratamiento único que lo cure, sí que existen otros tratamientos que le ayudarán.
- El paciente agradece que se le de un nombre a su padecer: trastorno funcional digestivo, trastorno funcional neurológico, o el que proceda.
- La curación puede no ser posible; **el objetivo es poder vivir lo mejor posible aún si los síntomas persisten.**
- El paciente debe ser consciente del conflicto, y saber que los síntomas emocionales están relacionados con su propia vida, no son ajenos a él . Lo más frecuente es que el enfermo rechace la relación de su dolencia con problemas psicológicos en un primer momento (presentan una especie de "ceguera psicológica"), por lo que se debe abordar repetidamente y, sobre todo, aprovechar los momentos de conflicto en el presente para clarificar esta relación.
- La forma hipocondríaca (convencimiento de tener una enfermedad grave), es menos accesible a la psicoterapia que los síntomas funcionales. Estos no se deben dejar evolucionar, ya que se cronifican con facilidad y se fijan yatrogénicamente.

En los casos agudos, es útil **la técnica de reatribución** diseñada por **Goldberg** (1989), intentando que el paciente modifique la atribución de sus síntomas desde una etiología somática hacia una etiología psicológica, con lo que podrá aceptar más fácilmente tratamientos psicofarmacológicos o psicoterapéuticos. Incluye:

1. Que el paciente se sienta comprendido. Realizar la historia clínica completa, permitiéndole hablar de sus síntomas somáticos, pero estando atento a cualquier indicio de malestar psíquico o sociolaboral, así como a sus posibles fuentes de apoyo. Hay que realizar una exploración médica sobre la zona afectada, ya que lo contrario provocará un fuerte rechazo en el paciente y motivará más consultas demandantes. Es imprescindible conocer su opinión sobre la enfermedad.
2. Ampliar la fase exploratoria a la informativa: se resumirán los hallazgos físicos encontrados (p.ej. "no hemos encontrado nada anormal en las exploraciones") pero reconociendo su malestar ("sin embargo, ha estado sufriendo muchas molestias últimamente") e introduciendo la oportunidad de hablar del sufrimiento psíquico ("también ha estado llorando con más facilidad, durmiendo peor, sintiéndose más irritado")
3. Señalar el vínculo dentro de una fase negociadora. Siempre existen grandes discrepancias entre lo que espera el paciente y lo que se le va a recomendar. Relacionar sus síntomas físicos con una causa psicológica, realizándolo con un talante negociador y explicándole paulatinamente cómo se llega a producir su síntoma concreto.

2.- Tratamiento farmacológico:

No existe suficiente evidencia científica, dada la escasez de estudios sobre el tema, para realizar recomendaciones fiables

de tratamiento farmacológico eficaz en los trastornos somatomorfos indiferenciados.

Actualmente, **no se conoce ningún tratamiento biológico eficaz para los trastornos somatomorfos**.

Dada la elevada comorbilidad con trastornos ansiosos y depresivos, hay que estar atentos por si éstos aparecen y tratarlos. El tratamiento de elección en estos casos es con ISRS. Las benzodiacepinas deben usarse sólo por periodos breves.

En general, los síntomas suelen ser refractarios a los tratamientos médicos y medidas paliativas usuales.

Sobre el tratamiento farmacológico del dolor crónico de otras etiologías, sí existen algunos estudios que pueden servir de orientación, ya que **el dolor es el síntoma más frecuente en los trastornos somatomorfos.**

Los antidepresivos tricíclicos tienen una acción antiálgica específica, más precoz que la acción antidepresiva.

Con el que más estudios se ha realizado es con **amitriptilina (Tryptizol)** y es el único ADT, (junto con la nortriptilina, menos conocida) que recomienda la Agencia Española del medicamento para el tratamiento del dolor crónico neuropático. La amitriptilina, en estos casos, se usa a dosis bajas, empezando por 10-25 mgr. por la noche. Se puede ir aumentando, poco a poco, hasta unos 75 mgr/día, si es necesario.

También tienen indicación para el dolor neuropático diabético en adultos **la duloxetina**, a dosis de 60-120 mgr/día.

Los antidepresivos serotoninérgicos no son superiores a placebo, si no hay depresión asociada.

La tiaprida (Tiaprizal) y el sulpiride (Dogmatil) han sido muy utilizados para tratar la sintomatología funcional, por su ligera acción desinhibidora y sintomática sobre las funciones autonómicas. No obstante, tienen el riesgo de producir hiperprolactinemia y discinesias tardías, por lo que no están aconsejados a largo plazo.

¿Cuáles son las expectativas del enfermo somatizador?

- ***Que se le escuche y se le comprenda***: suele tener carencias afectivas. Toda dolencia es vehículo de petición de atención y afecto.
- ***Que se acepte su papel de enfermo***: no es útil insistir en que no está enfermo, sino que debemos reconocer desde el principio que padece una enfermedad, para luego redefinirla.
- ***Que se le informe sobre su enfermedad***: lo más tranquilizador para un paciente es tener un diagnóstico. Se le puede explicar que tiene el umbral del dolor disminuído, pero reasegurándole el buen pronóstico vital y mencionando la influencia de las situaciones de estrés como amplificadoras de la percepción del dolor u otros síntomas. Explicarle que sus síntomas físicos constituyen su manera de vivenciar las emociones, el sufrimiento psicológico. No saben poner palabras a las emociones.
- ***Que no se le considere un enfermo psiquiátrico***: estos enfermos rechazan la enfermedad psiquiátrica por considerarla signo de debilidad o de ausencia de enfermedad.
- ***Que la enfermedad justifique el fracaso de su vida***: suelen ser personas con baja autoestima y escasos éxitos en el ámbito familiar, social o laboral, siendo la enfermedad una explicación plausible para estas carencias, y se convierte en una forma de vida. Todo el proceso terapéutico va dirigido a confrontar esta expectativa desadaptada del paciente.

En resumen: Entender el sufrimiento del paciente y un buen control emocional son las bases para un manejo exitoso.

CRITERIOS DE DERIVACIÓN A SALUD MENTAL

Se debe evitar remitir a estos pacientes de manera sistemática a especialistas.

Lo más adecuado es utilizar el **sistema de interconsulta psiquiátrica** en atención primaria, en vez de la derivación completa a Salud Mental. En la mayoría de los casos, el médico de familia será el referente, y puede utilizarse la consulta única en la USM para la orientación concreta diagnóstica y terapéutica, volviendo el paciente a ser tratado por su médico de familia.

Los criterios para la derivación a Salud Mental son:

- Ayuda diagnóstica y terapéutica (interconsulta)
- Necesidad de abordajes psicoterapéuticos más específicos

El abordaje del paciente con trastorno somatomorfo se considera exitoso si se consigue disminuir el sufrimiento del paciente, mantener al paciente alejado de los Servicios de Urgencias, y si se reduce la exposición a procedimientos yatrogénicos, lo cual hará que disminuya nuestro desgaste emocional.

BIBLIOGRAFÍA
TRASTORNOS SOMATOMORFOS

- FISTERRA: Somatizaciones. Guías clínicas en Atención Primaria de 2002; 2 (25)
- OMS: CIE 10 Décima revisión de la clasificación internacional de las enfermedades. Trastornos mentales y del comportamiento. Pautas diagnósticas y de actuación en Atención Primaria, 1992
- OMS: CIE 10 Décima revisión de la clasificación internacional de las enfermedades. Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico, 1996.
- Soler Sánchez MM.,Sobreviela Armas M., Quesada Nuñez G.: Capítulo 5. Trastornos somatomorfos. Guía de manejo de los trastornos mentales en Atención Primaria. Hospital General y Universitario de Guadalajara. Facultad de Medicina, Universidad de Alcalá, Madrid. 2004.
- García-Campayo J.,Sanz Carrillo C.: Unidad de Trastornos Somatomorfos: El modelo Zaragoza. I Congreso Virtual de Psiquiatría 1 de Febrero-15 de Marzo 2000.
- Olalla García T.: Espectro ansioso-depresivo-somatizador,fibromialgia y síndrome de fatiga crónica.. SEMG. Marzo 2007.
- Caballero L.:Aspectos psiquiátricos de los síndromes somáticos funcionales. I Congreso Virtual de Psiquiatría 1 de Febrero- 15 de Marzo 2000.
- SEMFyC :Guía Terapéutica en Atención Primaria 3ª edición. Fibromialgia. Dolor crónico músculoesquelético. Disponible en www.guiaterapeutica.net
- Consejería de Salud. Junta de Andalucía. Proceso asistencial integrado. Ansiedad. Depresión. Somatizaciones. 2002.
- Micó JA.: Antidepresivos y dolor: Bases neurobiológicas para su utilización en el tratamiento del dolor crónico. Mecanismos de acción. Ponencia. Departamento de Neurociencias. Grupo de Investigación en Farmacología y Neurociencias. PAI-CTS-510.Facultad de Medicina. Universidad de Cádiz.
- Micó JA.:Antidepresivos y dolor crónico: cuarenta años después. Rev.Soc.Esp.Dolor 7:423-424, 2000.

PSICOTERAPIA DE APOYO O NO REGLADA EN AP

PSICOTERAPIA DE APOYO EN ATENCIÓN PRIMARIA

Los médicos de familia, cada día, damos consejos a nuestros pacientes. Utilizamos la palabra para confortarles, para animarles, para ayudarles a soportar los conflictos que el vivir les produce y también el miedo que cualquier enfermedad suele desencadenar.

La comunicación verbal y no verbal, que establecemos con los pacientes, puede ser mal o bien utilizada, ayudar a curar o producir efectos secundarios. Es posible la yatrogenia en este campo.

Podemos definir la Psicoterapia como "un proceso de comunicación interpersonal entre un profesional experto (terapeuta) y un sujeto necesitado de ayuda por problemas de salud mental (paciente), que tiene por objeto producir cambios para mejorar la salud mental del segundo" (Fernández Liria y col., 2002)

La psicoterapia se basa en la relación profesional y humana de un paciente con un especialista. Utiliza determinados procedimientos psicológicos y conocimientos sobre el psiquismo para promover el cambio psíquico, buscando aliviar un sufrimiento o favorecer el desarrollo de la persona y de sus vínculos.

La psicoterapia constituye una herramienta terapéutica imprescindible en cualquier estrategia de tratamiento de los trastornos mentales, bien como terapia única o como complemento a los psicofármacos.

Existen diferentes niveles de intervención psicoterapéutica:

PRIMER NIVEL: Apoyo emocional, mediante la creación de una relación terapéutica en la que el paciente no se sienta juzgado, ni marginado, sino entendido y ayudado para poder confrontar, desde la acogida y el respeto, sus temores y necesidades.
SEGUNDO NIVEL: *Counselling* o asesoramiento y Técnicas de Solución de Problemas. Son técnicas que fomentan en el paciente sus capacidades resolutivas en situaciones de crisis.
TERCER NIVEL: Psicoterapia reglada, con modelos específicos, cuando existe un trastorno mental.

Las situaciones de crisis que conllevan una sobrecarga física y emocional producen en algunos individuos un bloqueo en la capacidad de afrontamiento, que se origina al sentir limitadas sus fuerzas personales para hacer frente al conflicto. Para el afrontamiento positivo de estas situaciones existen distintas técnicas que permiten al profesional intervenir y facilitar una mejor resolución de la situación crítica. Dentro del contexto de Atención Primaria es importante contar con herramienta eficaces y que requieran poco tiempo para su aplicación, de ahí, la recomendación de utilizar estas dos técnicas que a continuación se describen:

- El ***"counselling"*** es una técnica interventiva y preventiva, en la que un asesor, a través de la comunicación, intenta, en un lapso de tiempo corto, provocar en una persona sobrecargada, un proceso activo de aprendizaje de tipo cognitivo- emocional, mediante el cual se mejora su disposición de autoayuda, su capacidad de autodirección y su competencia personal. Es un proceso interactivo, en el que, rescatando el principio de la autonomía personal, se ayuda a ésta a tomar las decisiones que considere más adecuadas para ella en función de sus valores e intereses (Arranz y col., 2003).

El *counselling* propone como **habilidades facilitadoras:**

- Realizar preguntas abiertas dirigidas: *¿Con qué ánimo se encuentra hoy? ¿A qué atribuye su empeoramiento?*
- Preguntar sin dar nada por supuesto: *¿Qué entiende por…?*
- Escuchar antes de hablar. Se suele tener el hábito de comenzar dando información sin, previamente, delimitar las necesidades de conocimiento específicas del paciente.
- Explorar otros problemas: *"Además de ésta, ¿tiene otras preocupaciones?*
- Facilitar que el paciente funcione por objetivos aumentando, con ello, la percepción de control sobre su bienestar.

- **Terapia de solución de problemas.** Los problemas son situaciones específicas de la vida diaria que exigen respuestas para el funcionamiento adaptativo, pero que no reciben respuestas de afrontamiento eficaces provenientes de las personas que se enfrentan con las situaciones debido a la presencia de distintos obstáculos.

A continuación se expone un modelo para la solución de problemas:

- Identificar el problema del modo más específico posible.
- Generar alternativas con "tormenta de ideas".
- Evaluar las alternativas que son más adecuadas.
- Reunir información y establecer criterios objetivos de eficiencia y viabilidad.
- Elegir y decidir. Qué se va a hacer y cómo.
- Establecer un plan de acción.
- Seguimiento y re-evaluación. Comprobar que funciona y, si es preciso, cambiar la alternativa de solución.

Cuando el paciente precisa una intervención psicoterapéutica a más largo plazo se recomienda la utilización de otras técnicas, englobadas dentro de distintos modelos de intervención como la terapia psicoanalítica, la terapia cognitivo-conductual, la terapia humanista, la terapia familiar y la terapia integradora, entre otras.

¿Psicoterapia y/o psicofármacos?

Si bien existe consenso de que ambos tratamientos deben ser complementarios cuando está justificado el uso de ambos, existen aún situaciones donde la decisión no es clara y que está abierta a investigación. Un trabajo de revisión demuestra la eficacia de combinar la terapia cognitivo-conductual con medicación, actuando más rápido la medicación, pero teniendo mayor valor la terapia para la prevención y la evitación de recaídas.

En el momento actual, frente a un amplio número de trastornos, el clínico debe evaluar cuidadosamente las ventajas y desventajas de comenzar un tratamiento exclusivamente con psicoterapia o con farmacoterapia o con ambas simultáneamente, decisión que deberá tener en cuenta la disponibilidad de los recursos existentes.

¿Es efectiva la Psicoterapia?

La guía del Nacional Institute of Mental Health de Gran Bretaña resume así la evidencia disponible hasta este momento (2004):

"Las terapias psicológicas son parte esencial del cuidado de la salud. Existe abrumadora evidencia de su efectividad para tratar una amplia variedad de problemas y enfermedades relacionadas con la salud mental".

Existen datos de su eficacia de uso en Atención Primaria, fundamentalmente en diferentes trastornos de ansiedad y depresivos, los adaptativos y por somatización, entre otros, bien como tratamiento único o en combinación con psicofármacos.

La psicoterapia cognitivo-conductual es la que más se ha estudiado y sus resultados han sido consistentemente comprobados.

Dadas las características de la demanda en AP, es fundamental tener y aplicar conocimientos de este tipo, que no sólo benefician al paciente sino a la autoestima del propio médico.

Ante la necesidad de contar en Atención Primaria con esta herramienta terapéutica, en principio más propia de profesionales especializados en Salud Mental, se han desarrollado formatos de tratamiento psicoterapéutico especialmente pensados para ser aplicados en AP, adaptados a las particularidades del encuadre: deben ser fáciles de aprender y de aplicar, ocupar poco tiempo y ser de efectividad probada en los trastornos psiquiátricos que se abordan en AP.

La psicoterapia básica de apoyo o ayuda psicológica no reglada es el tipo de intervención más sencillo, y la que debemos usar habitualmente en Atención Primaria, bien como única técnica de abordaje o como marco estructural a cualquier otra forma de psicoterapia **(es lo que se denomina *relación de apoyo*).**

Es la terapia no sistemática que va implícita en cualquier acto médico. Se basa, fundamentalmente, en la propia acción terapéutica del médico y en el sentido común clínico. Su finalidad es contener la ansiedad del paciente, ofrecerle un espacio de escucha en el que pueda tratar confidencialmente sus problemas y orientarle acerca de cómo afrontarlos.

La interacción entre la figura del médico y el paciente es la variable más importante en cualquier tipo de psicoterapia y lo que hace que sean difíciles de medir los resultados de cada una de ellas. Esa relación es algo único que depende de múltiples factores que afectan a las dos partes y que además está muy influida por las expectativas mutuas.

La confianza en la eficacia del tratamiento es un factor importante en el logro de resultados positivos en todas las modalidades terapéuticas.

El núcleo fundamental es el desarrollo de una buena entrevista clínica. Crear un espacio de cordialidad, escucha activa, asertividad y flexibilidad, donde el paciente se sienta cómodo para expresar sus síntomas, sus problemas y sus temores, enfatizando en la confidencialidad.

Las técnicas básicas de la Psicoterapia de apoyo son:

1. Construir una **relación terapéutica** con el paciente: debe ser una relación **empática**, que trasmita confianza, para que el paciente se sienta cómodo y sienta que nos preocupamos por su problema. Para evitar la dependencia también deben entender que esta preocupación es estrictamente profesional. No mostrar prisa, practicar una escucha activa, calmada, en un lugar tranquilo y sin interferencias y sabiendo manejar el tiempo y ritmo de la misma. Comunicarnos con el paciente con un lenguaje claro, sencillo y comprensible.
2. **Escuchar atentamente** las preocupaciones del paciente: Animarle a que verbalice sus problemas, que se exprese libremente sobre cómo se siente, qué necesita, etc. favoreciendo la expresión de emociones. Haremos una anamnesis, primero con preguntas abiertas para luego ir concretando. También haremos preguntas aclaratorias. Es importante, posteriormente, hacer un resumen de lo que el paciente nos ha contado: **sintetizaremos la entrevista**, reflexionando en voz alta con el paciente sobre lo acaecido. Así conseguimos estar seguros de que hemos entendido lo

que nos quiere decir y él mismo se da cuenta de que efectivamente le hemos entendido.

3. **Ofrecer información**: Debemos informarle, con un lenguaje adecuado, sin tecnicismos, de lo que le ocurre, su diagnóstico, desculpabilizarle -tratando que sea consciente de que está padeciendo una enfermedad-, cómo vamos a tratarle (efectos secundarios de los fármacos, periodo de latencia, duración aproximada del tratamiento, consultas de seguimiento, alternativas terapéuticas en caso de no respuesta, etc.) y el pronóstico. Así mismo, aclararemos las dudas que pueda tener, dentro de nuestros conocimientos, sin tratar de infundirle expectativas incorrectas, ni minusvalorar su sufrimiento.
4. **Favorecer la esperanza**: los pacientes tienen la tendencia a presentar un pesimismo mórbido. Sin caer en falsos triunfalismos, el médico debe mostrarse esperanzado, haciendo hincapié en cualquier mejoría. Tratar de tranquilizarle en el sentido de que su enfermedad en la actualidad tiene tratamientos eficaces, que logran la curación por remisión completa entre el 65 y el 90% de los casos.
5. Buscar y hacer que trabajen las funciones indemnes del paciente, su parte sana.
6. **Reforzar la autoayuda**: favoreciendo cualquier conducta autónoma del paciente, por muy pequeña que sea, y no permitiendo conductas ni relaciones de dependencia en lo posible.

En la psicoterapia se trabaja mediante la clarificación o esclarecimiento del problema que el paciente plantea. Por medio de ella, se es capaz de advertir dónde se encuentra su dificultad personal, qué le impide salir de la situación. Con ello, se produce en el sujeto un cambio afectivo, cognitivo y/o volitivo. No es un consejo, orientación, apoyo social o educación sanitaria.

Sus principales características, por tanto, son:

- La **cordialidad**: dar a entender al interlocutor que es bienvenido y que se está satisfecho de poder comunicarse con él.
- Establecer una **escucha activa** (transmitir "te atiendo" y "te entiendo") y una relación empática (transmitir: "imagino lo que debes sentir")
- **Asertividad**: capacidad para desempeñar de forma plena y con seguridad los deberes y derechos inherentes a un determinado rol social.
- **Flexibilidad**: capacidad de modificar la estructura y/o los objetivos prefijados en función de los datos que van apareciendo.
- Proveer una **explicación racional** para los síntomas del paciente.
- Ofrecer **información** sobre el tratamiento y pronóstico de la enfermedad.
- Tratar de conseguir el apoyo de la familia y otros.
- Respetar las creencias del paciente y familiares: nunca erigirse en juez ni pretender dar lecciones de moral.

ERRORES EN PSICOTERAPIA:

- Convertir la entrevista en un interrogatorio
- Hacer juicios críticos de valor
- Hacer comentarios culpabilizantes
- Mostrar falta de preocupación o de interés por sus aflicciones
- Responsabilizarte de todo el trabajo terapéutico:
- Dar consejos
- Proponer objetivos no suscitados por el paciente
- Ofrecer falsas seguridades
- Dar respuestas desde la persona, y no desde la persona en el rol profesional.
- Hacer preguntas irrelevantes o inapropiadas
- Hacer uso inadecuado del humor

- Hacer un uso improcedente del pudor o las buenas maneras
- Minimizar
- Hacer uso extemporáneo del consuelo o tranquilización
- Hacer autorrevelaciones inapropiadas
- Pasar por alto las emociones
- No personalizar
- Hacer intervenciones generadoras prematuras
- Abrumar con excesiva información
- Dejar pasar por alto comentarios negativos sobre el tratamiento o el profesional que lo trata
- Demostrar prisa por acabar la consulta
- Hemos de evitar "los buenos consejos" y las "palabras bien intencionadas" que intentan animarle a poner de su parte, que se olvide, que vaya de viaje y a convencerle de que "no tiene motivos" para estar así...
- También debemos evitar ser excesivamente optimistas con su evolución, porque si no es cierta perderemos su confianza. Evitar que tome decisiones importantes para el curso de su vida bajo los efectos de la enfermedad, estimularle hacia la consecución de objetivos "realistas", bien solo o con la colaboración de sus familiares y amigos cuyo apoyo hemos de tratar de conseguir.

En resumen:

En un nivel básico y como escenario de fondo común al abordaje de todos los trastornos, los profesionales de Atención primaria realizaremos **Psicoterapia de apoyo .** En un segundo nivel, algunos pacientes pueden ser candidatos a una **Psicoterapia reglada o sistemática**, más propia del segundo nivel asistencial (psiquiatras y psicólogos).

Sin embargo, existen algunos modelos (Terapia de resolución de problemas, Terapia cognitivo-conductual breve, Terapia interpersonal sistémica, Terapia familiar breve...)

que han sido adaptados a Atención Primaria, **y que los profesionales de este nivel asistencial pueden capacitarse para desarrollarlos, en talleres prácticos de formación.**

...los medicamentos dejan a las personas en condiciones de vivir, pero no pueden hacer vivir a nadie, ni decirle a nadie cómo hacerlo...

RECURSOS COGNITIVOS QUE PODEMOS UTILIZAR EN LA PSICOTERAPIA DE APOYO .

La psicoterapia cognitivo-conductual es la que ha aportado más evidencia científica de su eficacia en problemas que son frecuentes en la consulta del medico de familia, como la ansiedad y la depresión. Sus recursos no sólo sirven a la persona enferma, sino que aumentan las posibilidades de incrementar la adaptación y la felicidad a las personas sanas, entre ellas las del propio médico.

La teoría cognitiva ve la perturbación emocional como el resultado de procesar de forma inadecuada la información que recibimos, de tener ciertas distorsiones cognitivas o creencias irracionales que hacen que el individuo construya un sistema de significados no adaptativos. Por tanto, el terapeuta cognitivo ayuda al paciente a identificar sus pensamientos automáticos o sus creencias irracionales y a cambiarlos por otros más realistas en la hipótesis de que **"al cambiar las cogniciones cambiarán las emociones".**

Este modelo de trabajo no presupone que la patología cognitiva sea la única causa de la aparición de síndromes específicos. Se admite que otros factores como la predisposición genética, alteraciones bioquímicas o los conflictos interpersonales pueden tener relación con la enfermedad psiquiátrica. Además se admite que los cambios cognitivos se alcanzan a través de procesos biológicos y que

los tratamientos farmacológicos pueden alterar las cogniciones, lo cual conlleva que es compatible con ellos.

Niveles de cogniciones disfuncionales

1.-Los pensamientos automáticos: son frases que nos decimos a nosotros mismos, muchas veces sujetos a una lógica errónea y tremendista y que asumimos sin cuestionarlos.

2.-Las distorsiones cognitivas: son los tipos de error lógico que pueden presentar los pensamientos automáticos. Un paciente tiene emociones perturbadas porque tiene pensamientos automáticos distorsionados, porque procesa la información que le llega de su entorno o de su memoria de una forma errónea. Por ejemplo, son muy frecuentes en los pacientes con ansiedad los pensamientos catastrofistas. El paciente se imagina lo peor y se siente como si ya hubiera ocurrido.

3.-Los esquemas cognitivos: son estructuras más profundas y estables que contienen las reglas básicas para escoger, filtrar y codificar la información que provienen del entorno.

Uno de los principios básicos del modelo cognitivo es que los esquemas desadaptativos pueden permanecer inactivos o latentes hasta que son desencadenados por un suceso estresante de la vida.

La terapia cognitiva es una terapia a corto plazo, de 12 a 20 sesiones, más algunas de seguimiento. Se dirige principalmente al "aquí y al ahora", y el terapeuta tiene una actitud activa, en la que trata de formar un equipo con el paciente desde el cual desarrollar hipótesis acerca de la validez de los pensamientos automáticos, de los esquemas o, de la efectividad de ciertos patrones de conducta. El terapeuta funciona en cierto sentido como un maestro, y estimula los esfuerzos del paciente por aprender. Suele usar un sentido del humor suave.

No son los acontecimientos que nos ocurren los que nos producen automáticamente nuestras emociones y conductas, sino que éstas dependerían de cómo nos los tomamos, de las creencias que tenemos sobre ellos.

La perturbación emocional se produce cuando las creencias son irracionales y sin base empírica.

Las principales ideas irracionales pueden clasificarse en tres grupos:

1.-Debo actuar bien en todo momento y merecer la aprobación de los demás por mis actuaciones o de lo contrario debo considerarme como un inútil.

2.-Los otros siempre deben tratarme de forma considerada y con amabilidad, precisamente en la forma en que quiero que me traten; si no lo hacen, la sociedad y el universo deberían condenarlos, censurarlos y castigarlos por su falta de consideración.

3.-Las condiciones en las que vivo deben estar siempre dispuestas de tal manera que consiga todo lo que quiero de forma cómoda, rápida y fácil y no me ocurra nada de lo que no quiero. Si esto no es así la vida es horrorosa y terrible.

"Sólo la gente que trabaja diligentemente en el presente y en el futuro para pensar, sentir y actuar en contra de sus creencias irracionales son susceptibles de cambiarlas. La gente perpetua sus problemas porque se adhieren a una filosofía de baja tolerancia a la frustración y a un hedonismo de corto alcance, con lo cual a veces prefieren su "cómoda incomodidad" a enfrentarse a la incomodidad de intentar un cambio."

Recursos cognitivos utilizables en Atención Primaria

En Atención Primaria no puede pretenderse, de forma generalizada, hacer psicoterapia reglada. Pero son muchas las oportunidades de utilizar recursos como lo que se proponen para apoyar psicológicamente a un paciente en concreto. Son útiles, no sólo para apoyar a pacientes con enfermedades psiquiátricas, sino para ayudar a personas que presentan distorsiones concretas en su forma de afrontar una enfermedad orgánica o un problema familiar. Son técnicas que ayudan a prevenir la perturbación emocional, cosa fundamental en nuestro trabajo, que promueven el crecimiento personal y que también, pueden ayudar al médico a cuidarse a sí mismo.

Consejos para cualquier profesional que vea pacientes y haga cualquier tipo de psicoterapia.

- Tener en cuenta que la variable más importante de cualquier tipo de psicoterapia es la calidad de la relación que se establezca con el paciente. **Una buena relación asistencial es en sí misma terapéutica.** Debe ser empática pero manteniendo la distancia terapéutica. El médico debe ser un profesional, no un amigo.

- **Evitar estereotipar al paciente**. El paciente tiene, crea y presenta problemas, pero el paciente en sí mismo no es un problema.

- **Mantener el optimismo**. La desesperanza es una barrera real para la mejoría y rara vez está justificada. Hay que transmitir que, aunque haya problemas, éstos pueden ser superados de una manera realista con un método de entrenamiento que, eso sí, precisa disciplina. Si se han agotado todos los recursos o la relación asistencial no es buena hay que plantearse que el

paciente consulte a otro médico o sea derivado para una psicoterapia reglada.

- **Detectar y hacer frente a las propias cogniciones distorsionadas.** El médico tiene frecuentemente ideas irracionales en relación con su trabajo: ideas culpabilizadoras, expectativas infundadas,...Hay que recordar que no hay que sentirse alterado por la conducta del paciente. Éste, y no el médico, es el responsable de sus propias acciones desadaptativas. El médico puede guiar al paciente, pero no puede moldear su conducta. Tampoco debe esperar agradecimientos del paciente. La terapia es trabajo y, por lo general, existen recompensas intrínsecas al trabajo.
- **Mantener un alto nivel de tolerancia a la frustración y una actitud orientada a resolver problemas.** Las frustraciones hay que esperarlas y tomárselas como un reto, sin culpar al paciente. Se trata de afrontar los problemas que vayan surgiendo y diseñar estrategias sistemáticas para solucionarlos. Tener una postura razonable, flexible y adecuada para cada paciente. Huir de las respuestas estereotipadas.

REESTRUCTURACIÓN DE DISTORSIONES COGNITIVAS

Gran parte del sufrimiento humano es innecesario. Procede de falsas conclusiones que la gente hace de los acontecimientos cotidianos. En la consulta, al médico se le presentan muchas oportunidades de ayudar a los pacientes a superar interpretaciones de la realidad que pueden estar haciéndoles daño. Evidentemente **no se trata de hacer una psicoterapia a cada uno de ellos, sino de tener una actitud que permita descubrir distorsiones cognitivas en los pacientes (y en nosotros mismos) y, con sentido de la oportunidad, tratar de reestructurarlas.**

En el caso de tratarse de un trastorno depresivo o de ansiedad, necesitará una psicoterapia más intensa, con un trabajo más sistemático.

1.-Explicar el modelo cognitivo: *"no es lo que nos pasa lo que nos perturba sino el cómo nos lo tomamos".* No todo el mundo se siente igual cuando le ocurre un acontecimiento negativo. Puede sentirse triste, pero estar triste no es estar deprimido. El sentirse deprimido depende de lo que uno se dice a sí mismo, de cómo interpreta lo que le ha pasado. No se trata de culpabilizar al paciente, ya que son procesos que se hacen inconscientemente. Apelar al "yo soy así," al carácter, es una profecía que se cumple a sí misma.

2.-Identificación de pensamientos automáticos: *"la emoción es el camino hacia la cognición".* Indicarle al paciente que ante toda emoción negativa, identifique el pensamiento negativo que desencadena esa emoción.

3.-Reestructuración de pensamientos automáticos: Hay que enseñar al paciente a darse cuenta de qué tipo de distorsión cognitiva presenta y ayudarle a cambiarlos por otros pensamientos no distorsionados, más adaptativos.

Tipos de distorsiones cognitivas e ideas para su reestructuración

1.-Abstracción selectiva o filtraje: Consiste en llegar a una conclusión basándose tan sólo en un elemento de la situación con la exclusión del resto. Se resalta un simple detalle y todo el resto del evento se ve teñido por ese detalle. Se filtra la realidad, se ve con una visión de túnel y sentimos que ese túnel es el verdadero. Esto ocurre también con los recuerdos.

- **Reestructuración:** Hay que ayudar al paciente a modificar esa visión de las cosas. Siempre hay que combatir la exageración y hacerle ver una realidad más objetiva, resaltando lo bueno, lo positivo y lo seguro que

tiene...Se trata de que el problema no le haga más daño del que objetivamente le hace.

2.-Inferencia arbitraria y sobregeneralización: Consiste en sacar conclusiones sin la suficiente evidencia o a pesar de una evidencia contradictoria. Una experiencia desagradable significa que siempre que se repita una situación similar se repetirá la experiencia desagradable. Esta distorsión se reconoce porque se suele expresar con palabras como nunca, nadie, siempre...Lo peor es que si nos empeñamos en sobregeneralizar podemos crear profecías que se cumplen a sí mismas. Si nos empeñamos en que siempre fracasaremos lo más probable es que lo hagamos porque nuestra actitud nos llevará a ello.

- **Reestructuración:** Hay que tratar de cuantificar en vez de decir palabras como inmenso, tremendo, etc...Hay que examinar qué cantidad de evidencia existe, en realidad para las conclusiones que se obtienen. Combatir siempre los absolutos, lo cual supone no permitir un lenguaje tremendista. Así, si el paciente dice "siempre he sido así" hay que inducirle a que lo cambie por "hasta ahora bastantes veces he actuado así".

3.-Pensamiento polarizado o dicotómico: Es un pensamiento del "todo o nada". Consiste en clasificar todas las experiencias en dos categorías opuestas. Todo es "blanco o negro", no existen grises. Esto es especialmente peligroso cuando se aplica a cómo una persona se juzga a sí misma o a las demás. O tiene éxito en algo o es un perdedor. Estar continuamente comparándose y valorándose respecto a los otros, además de ser irracional, conlleva inevitablemente que esos juicios se vuelvan contra uno mismo. Si una persona piensa que los que se deprimen lo hacen porque son débiles o inferiores, puede sentirse muy mal si algún día se siente deprimido.

- **Reestructuración:** Hay que cuestionar cualquier juicio en blanco o negro. La gente no es feliz o triste, valiente o cobarde, buena o mala. Por suerte todos tenemos un poco

de todo. Puede ser de utilidad pensar en términos de porcentaje.

4.-Pensamiento catastrofista: Un paciente con pensamientos catastróficos "siempre se pone en lo peor" y se siente como si lo peor ya hubiera ocurrido. El resultado es una ansiedad permanente.

- **Reestructuración:** Hay que ayudar a que estas personas sean conscientes de que la vida tienen siempre un cierto grado de incertidumbre pero está regida por la probabilidad. Así, buscar la seguridad absoluta es antiadaptativo, hay que correr algunos riesgos para vivir. Animarles a pensar en términos de probabilidad, así como que se den cuenta de que su miedo no demuestra nada, no hace más probable que lo que temen ocurra. Hay que remarcarles las veces que se han equivocado anteriormente en sus sospechas.

5.-Interpretación del pensamiento: Las relaciones entre las personas están muy condicionadas por lo que "pensamos que piensan los demás". Hacen interpretaciones repentinas e infundadas de la conducta de los otros y de lo que les motiva. Una vez más, el hacer atribuciones rígidas sobre las intenciones de los demás lleva a profecías que se autocumplen. Como estas cosas no suelen hablarse lo que se suele hacer es cambiar la conducta. Atribuimos a los demás pensamientos que muchas veces son proyecciones de los nuestros.

- **Reestructuración:** Hay que hacer ver que, a la larga, es mejor no hacer inferencia alguna sobre lo que piensa la gente. No dejarían de ser hipótesis que deben ser probadas. Si es necesario puede hablarse directamente con la persona.

6.-Personalización: Es la tendencia de relacionar cosas del entorno con uno mismo. Un aspecto importante es el hábito de estar comparándose continuamente con los demás. La presunción subyacente es que el valor de las personas es

cuestionable. Por tanto siempre se verá forzado a probar el suyo midiéndose a sí mismo en relación con los demás. El error básico es que se interpreta cada experiencia, cada conversación, cada mirada, como una pista para analizarse y valorarse a sí mismo

- **Reestructuración:** Hay que estimular a los pacientes a que prueben sus personalizaciones, incluso preguntando a la persona interesada. Además hay que cuestionar el hábito de compararse con los demás demostrando la irracionalidad de la idea. El valor de una persona es algo que no se puede calcular ni comparar. Se trata de autoaceptarse y creerse igual de válido que los demás teniendo objetivos propios.

7.-Falacias de control:

.-Hay personas que se sienten indefensas, se creen externamente controladas, que no pueden hacer nada para construir sus vidas. Otra persona o una situación son las responsables de su dolor, de sus pérdidas, de su fracaso. Sin embargo, las personas estamos tomando decisiones continuamente y en alguna medida tenemos alguna responsabilidad en lo que nos ocurre. Y siempre podemos hacer algo por cambiar.

.-Otras personas, por el contrario, se creen omnipotentes, responsables de todo y de todos, llevan al mundo sobre sus hombros. Todos y todo dependen de ellos. Y si no resuelven todo se sienten culpables. Detrás de todo ello está una creencia exagerada en su poder para satisfacer todas las necesidades y la expectativa de que son ellas, y no los demás, los responsables de satisfacerlas.

- **Reestructuración:** Hay que hacer ver que las personas somos, en cierta medida, responsables de nuestras emociones y también de lo que nos sucede. Por otro lado, una parte del respeto a los otros supone dejarlos vivir su propias vidas, solucionar su propios problemas, dejarlos que sean (de hecho lo son) responsables de ellos mismos y de sus emociones. Eso no significa no ser solidarios con los demás pero nunca hay que olvidar que cada uno pilota su

propio proyecto de vida y es responsable de él como un individuo autónomo.

8.-Falacia de justicia: Consiste en aplicar normas legales y contractuales a los caprichos de las relaciones interpersonales. Se considera justo lo que uno espera o necesita de la otra persona, según el tipo de relación que se haya tenido con ella. Esto es una evaluación siempre subjetiva y la persona queda inmovilizada en su propio punto de vista.

Se expresa generalmente con frases condicionales "si me quisiera vendría conmigo". Resulta tentador hacer suposiciones sobre cómo cambiarían las cosas si la gente jugara limpio y nos valorara "adecuadamente". Pero las otras personas casi nunca ven justo lo que nosotros creemos y al final terminamos llenos de resentimiento.

- **Reestructuración:** Hay que estimular que los pacientes expresen claramente sus preferencias o necesidades sin vestirlas con el disfraz de la justicia. Y también que no se dejen manipular por otros que lo utilicen. Fuera de un juzgado, el concepto de justicia es peligroso y suele utilizarse para encubrir intereses personales que son legítimos sin recurrir a él.

9.-Falacia de la recompensa divina: Hay personas que siempre renuncian a su propios intereses para tratar de comportarse "correctamente" con los demás, incluso sin que éstos se lo pidan, en espera de que luego serán recompensados de alguna forma.

- **Reestructuración:** Para sentirse bien hay que satisfacer algunos intereses personales básicos. Hay que procurar hacer cosas que recompensen en sí mismas. El cuidado que se da a la gente que se ama conviene que sea intrínsecamente gratificante. Es parte de la responsabilidad de cada uno no hacer cosas que le llevarán a estar resentido. Así como no desear que los demás hagan cosas que nosotros no queremos hacer.

10.-Falacia del cambio: La única persona sobre la que tenemos cierto control y podemos intentar cambiar somos nosotros mismos. La falacia del cambio supone que una persona cambiará para adaptarse a nosotros si se la presiona lo suficiente: culpándoles, exigiéndoles, ocultándoles cosas, negociando.... La esperanza de felicidad se encuentra en que los demás satisfagan nuestras necesidades.

Pero generalmente la otra persona se resiste a cambiar y se suele sentir atacada y resentida.

- **Reestructuración:** Cuando una persona trata de obligar a los demás a cambiar está pidiéndoles que sean diferentes para que pueda ser feliz. Esto supone que cree que su felicidad depende de los demás y de su conducta. Pero la felicidad depende de cada uno, de las decisiones que tomamos las personas. Tenemos que asumir a los demás como son aquí y ahora y no exigirles cambios radicales. Esa es la base, por ejemplo, de muchos conflictos de pareja.

11.-Razonamiento emocional: Casi todas las distorsiones anteriores están teñidas de razonamiento emocional. Los humanos tendemos a creer como verdad lo que sentimos. Si nos sentimos débiles o feos o culpables asumimos que lo somos. Pero las emociones no demuestran nada, como mucho pueden ser profecías autocumplidoras si condicionan nuestra conducta.

- **Reestructuración:** Hay que recalcar una y otra vez que lo que sentimos depende mucho de cómo interpretamos la realidad. Las emociones hay que tenerlas en cuenta pero no asumirlas acríticamente.

TRABAJO DE LA AUTOESTIMA

Todos tenemos una percepción del valor que nos damos a nosotros mismos y eso afecta de forma decisiva a todos los aspectos de nuestra experiencia. Muchas personas se sienten menos que otros, inferiores, y esa sensación está en la base

de muchas de sus conductas, frecuentemente desadaptativas y causantes de dolor y conflictos interpersonales.

La autoestima no viene determinada por el éxito social, el aspecto físico, la popularidad o cualquier otro valor que no se halle directamente bajo el control de nuestra voluntad. Al contrario, dependería de vivir conscientemente, aceptándonos a nosotros mismos (autoaceptación) y actuando con responsabilidad, racionalidad, autenticidad, benevolencia e integridad.

El individuo se valoraría a sí mismo porque ha actuado inteligente, correcta y competentemente, independientemente de si consigue sus objetivos.

El individuo puede vivir sin ninguna autoimagen global de su ego y puede aceptarse, total e incondicionalmente, sin depender de cómo se comporta o de la opinión que sobre él tienen los demás.

Globalizar el ego y autoevaluarse es irracional e ineficaz. Sin embargo, hay un fuerte condicionamiento cultural para la autoevaluación global.

Podemos tener rasgos o cualidades mejores o peores que otras personas en un momento dado. **El hombre vale porque vive y decide permanecer vivo y valorar su existencia**. Las personas somos falibles, podemos cometer errores, hacer cosas buenas o malas, pero no por ello somos globalemente "buenos" o "malos". Hay que proponer responsabilidad frente a culpa, crítica de acciones concretas frente a demonización personal. Y una actitud orientada al cambio, a detectar las ideas irracionales que pueden estar en la génesis de las emociones perturbadas.

Cuanto más alto sea el nivel de autoestima de un individuo más probable es que sea solidario y trate a los demás con respeto, amabilidad y generosidad. Muchos de los vicios atribuídos al egoísmo, como mezquindad, competitividad excesiva y agresividad, son el resultado de personas que se desprecian a sí mismas.

ENTRENAMIENTO EN ASERTIVIDAD

Las personas existimos en un mundo de relación. Contínuamente tenemos que resolver conflictos, pedir favores, iniciar relaciones o decir que no. La forma de interaccionar con los demás puede ser una fuente considerable de problemas o, si es adecuada, hacernos sentir muy bien.

Una conducta socialmente habilidosa o asertiva sería aquella que permite a una persona actuar según sus intereses más importantes, defenderse sin ansiedad inapropiada, expresar cómodamente sentimientos honestos o ejercer sus derechos personales sin negar los derechos de los demás (Alberti y Emmons, 1978). Se trata de una habilidad que se puede aprender.

Se ha visto que las personas que muestran una conducta poco asertiva creen que no tienen derecho a sus sentimientos, creencias y opiniones. Se sienten inferiores a los demás y muy a menudo tienen emociones perturbadoras como tristeza, miedo o baja autoestima.

Lazarus (1973) fue uno de los primeros en establecer las principales conductas que abarcan las habilidades sociales. Son cuatro:

1.-la capacidad de decir no
2.-la capacidad de pedir favores y hacer peticiones
3.-la capacidad de expresar sentimientos positivos y negativos
4.-la capacidad de iniciar, mantener y terminar conversaciones

Todos los seres humanos tenemos valor por nacer, somos iguales y, por tanto, tenemos unos derechos humanos básicos (Tabla 2), que podemos reivindicar para nosotros y respetar en los demás.

Cuando se trabaja la asertividad con un paciente o con un grupo hay que comenzar enseñando a que identifiquen sus **Derechos Humanos Básicos (DHB)** (Tabla 2). En la consulta puede explicarse el concepto y revisar los derechos principales pidiendo la opinión del paciente y comentando sus dificultades para ejercerlos. Son la base desde la que una persona puede intentar ser asertiva. Así el paciente podrá intentar ser asertivo aunque sea criticado por ello, contraatacar cualquier culpa irracional que tenga y estar orgulloso de su aserción aún en el caso en que a nadie más le agrade su conducta.

El segundo paso es que el paciente identifique claramente la diferencia entre una conducta asertiva, pasiva y agresiva.

-Conducta pasiva: una persona con una conducta pasiva permite que los demás violen sus DHB. Se calla cuando no quiere callarse, dice "sí", cuando quiere decir "no", no sabe defender sus intereses, ni sus preferencias. Pasan por "buenos", raramente reciben rechazo directo por parte de los demás pero tampoco son auténticamente apreciados. Van acumulando resentimiento e irritación que, a veces, los hace explotar y que los termina sumergiendo en la amargura. Este tipo de conductas son muy frecuentes en pacientes que tienen ansiedad y depresión.

-Conducta agresiva: para conseguir sus objetivos una persona con una conducta agresiva es capaz de arrasar los derechos de los demás. Es capaz de pelear, de agredir, de amenazar, de jugar sucio. Suelen ser personas con muchos problemas, la gente los evita, no los quiere y terminan siendo rechazados. Paradójicamente, personas con baja autoestima pueden manifestarse en ciertos momentos con agresividad, de manera manifiesta o encubierta en forma de agresión pasiva

-Conducta asertiva: En cada situación interpersonal hay una respuesta asertiva. El mensaje básico de la aserción es: "esto es lo que yo pienso; esto es lo que yo siento; así es como yo veo la situación."

La aserción implica respeto, no servilismo. Respeto hacia uno mismo y hacia los demás, que en todo momento saben que están frente a una persona que va a expresar sus necesidades o su disgusto, que va a actuar con libertad. La conducta asertiva suele ser la más eficaz para conseguir objetivos personales, pero no está planeada para que el individuo consiga siempre lo que quiere. Tampoco elimina la posibilidad de conflicto. A veces, puede ser una conducta asertiva escoger no ejercerla, después de calibrar las circunstancias concretas.

El individuo que se comporta asertivamente suele defenderse bien en sus relaciones interpersonales, está satisfecho de su vida social y tiene confianza en sí mismo para cambiar cuando necesite hacerlo.

Tabla 1.- Dimensiones conductuales de las habilidades sociales

1. Hacer cumplidos.
2. Aceptar cumplidos.
3. Hacer peticiones.
4. Expresar agrado, amor, y afecto.
5. Iniciar y mantener conversaciones.
6. Defender los propios derechos.
7. Rechazar peticiones.
8. Expresar opiniones personales. Incluido el desacuerdo.
9. Expresión justificada de molestia, desagrado o enfado.
10. Petición de cambio de conducta en el otro.
11. Disculparse o admitir ignorancia.
12. Afrontar las críticas

Tabla 2.- Derechos Humanos Básicos

Derecho a mantener tu dignidad y respeto comportándote de forma asertiva-incluso si la otra persona se siente herida mientas no violes los DHB de los demás.

1. Derecho a ser tratado con respeto y dignidad.
2. Derecho a rechazar peticiones sin sentirte culpable o egoísta.
3. Derecho a experimentar y expresar tus propios sentimientos.
4. Derecho a detenerte y pensar antes de actuar.
5. Derecho a cambiar de opinión.
6. Derecho a pedir lo que quieres (dándote cuenta que la otra persona tiene derecho a decir que no)
7. Derecho a hacer menos de lo que humanamente eres capaz de hacer.
8. Derecho a ser independiente.
9. Derecho a decidir qué hacer con tu propio cuerpo, tiempo y propiedad.
10. Derecho a pedir información.
11. Derecho a cometer errores y ser responsables de ellos.
12. Derecho a sentirte a gusto contigo mismo.
13. Derecho a tener tus propias necesidades y que esas necesidades sean tan importantes como las necesidades de los demás. También tenemos derecho a pedir (no exigir) a los demás que respondan a nuestras necesidades y decidir si satisfacemos las necesidades de los demás.
14. Derecho a tener opiniones y a expresarlas.
15. Derecho a decidir si satisfaces las expectativas de otras personas o si te comportas siguiendo tus intereses, siempre que no violes los derechos de los demás.
16. Derecho a hablar sobre un problema con la persona involucrada y aclararlo, en casos límite en que los derechos no están del todo claros.
17. Derecho a obtener aquello por lo que pagas.
18. Derecho a escoger no comportarte de forma asertiva.
19. Derecho a tener derechos y defenderlos.
20. Derecho a ser escuchado y ser tomado en serio.
21. Derecho a estar solo cuando así lo escojas.
22. Derecho a hacer cualquier cosa mientras no violes los derechos de alguna otra persona.

Criterios de salud psicológica

1.-Interés por uno mismo
2.-Interés social
3.-Autodirección
4.-Alta tolerancia a la frustración
5.-Flexibilidad
6.-Aceptación de la incertidumbre
7.-Comprometerse en ocupaciones creativas
8.-Autoaceptación
9.-Capacidad de asumir riesgos
10.-Hedonismo de largo alcance
11.-Antiutopías rígidas
12.-Asumir la propia responsabilidad de las emociones.

BIBLIOGRAFÍA
PSICOTERAPIA EN AP. GENERALIDADES.

- García Ramos J., y Gallego Rodríguez J. M.: Psicoterapias en Atención Primaria.. Terapéutica en APS. FMC 2003;10(7):508-13.
- Holmes J., García Campayo J.,Aiarzaguena Sarriugarte J.M., Loayssa Lara J.R.:Psicoterapia y/o psicoterapias en/de Atención Primaria. Ponencia del XXVI Congreso de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria. Rev. Aten Primaria. 2006;38(Supl 1):1-19
- Bimbela Pedrosa J.L :El Counseling en Atención Primaria. Actualización. FMC- vol.5, Num.10, Diciembre 1998.
- García Campayo J.,Claraco Vega L.M., Tazón P., Aseguinolaza L.:Terapia de resolución de problemas: psicoterapia de elección para atención primaria. Formación continuada. Atención Primaria. Vol.24. Núm.10, Diciembre 1999.
- Bernardi R.,Defey D.,Garbarino A.,Tutté J.,Villalba L.:Guía clínica para la Psicoterapia. Revista de Psiquiatría del Uruguay. Volumen 68 Nº2 Diciembre 2004; 99-146.
- Weissman Myrna M., Markowitz John C: El futuro de la Psicoterapia en los trastornos del estado de ánimo. World Psychiatry (Ed Esp) 1:1 Julio 2003.
- SEMFyC y SEMERGEN: Psicoterapia de apoyo: un enfoque cognitivo. Cursos a distancia 300 horas. Módulo de Formación continuada en Atención al individuo. Salud Mental (I). Coordinador: Ramón González. L'Hospitalet. 2000.
- Huibers MJH, Beurskens AJHM, Bleijenberg G, Schayck CP van: Efectividad de las intervenciones psicosociales administradas por los médicos generales. (Revisión Cochrane traducida) Biblioteca Cochrane Plus, número 1, 2007.
- Furukawa TA, Watanabe N, Churchill R.: Psicoterapia combinada más antidepresivos para el trastorno por pánico con o sin agorafobia. (Revisión Cochrane traducida) Biblioteca Cochrane Plus, número 2, 2007
- SEMFyC :Guía de actuación en Atención Primaria. 4ª Edición, 2006
- Consejería de Salud. Junta de Andalucía. Proceso asistencial integrado. Ansiedad. Depresión. Somatizaciones. 2002.
- Capafons A.,Universidad de Valencia. Tratamiento psicológicos eficaces para la ansiedad generalizada. Psicothema 2001. Vol. 13, nº3,pp442-446
- Best Practice: Terapia grupal e individual en el tratamiento de la depresión. Evidence Based Practice Information Sheets for Health Professionals. Vol.3 (2):1-6 1999. Actualizado 2007

ANTIDEPRESIVOS:
tabla y generalidades de uso

Tabla de los Antidepresivos más habituales en AP

	Dosis habituales (mgr/día)	Efectos secundarios	Precauciones
Tricíclicos:			
Amitriptilina	75 - 150	- Sequedad de boca - Sedación - Visión borrosa - Estreñimiento - Retención urinaria	- Suicidio - Epilepsia - Enfermedades cardiovasculares
Nortriptilina	25 - 100		
ISRS (Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina):			
Fluvoxamina	50 - 100	- Náuseas, vómitos - Diarrea - Cefalea - Insomnio - Ansiedad, mareos - Agitación psicomotriz - Sudoración - Palpitaciones - Disfunción sexual	- Suicidio - Epilepsia - Síndrome serotoninérgico - Hemorragia - Diabéticos - Hiponatremia
Fluoxetina	20 - 60		
Paroxetina	20 - 50		
Sertralina	50 - 200		
Citalopram	20 - 60		
Escitalopram	10 - 20		
ISRSN (Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina y noradrenalina):			
Venlafaxina	75 - 150	- Astenia - HTA - Vasodilatación (sofocos) - Hipercolesterolemia - Trastornos visuales - Disfunción sexual	- Suicidio - Epilepsia - Controlar TA - Aumento fr. card. - Hiponatremia
Duloxetina	60		
Otros:			
Mirtazapina	15 - 45	- Aumento de peso - Somnolencia - Edema generalizado	- Suicidio - Epilepsia - Enfer. Cardiacas. - Diabetes mellitus
Reboxetina	8 - 12	- Insomnio. Cefalea - Vértigo. Náuseas - Sequedad de boca. - Sudoración - Disfunción eréctil	- Suicidio - Epilepsia - Enfer. Cardiacas - Prostatismo - Glaucoma
Trazodona*	150 - 300	= antidepresivos tricíclicos - Raro, priaprismo	= antidepresivos triciclicos

ANTIDEPRESIVOS. GENERALIDADES DE USO

ANTIDEPRESIVOS TRICÍCLICOS
(Amitriptilina, nortriptilina)

- **Inicio del tratamiento:**

Iniciar con dosis bajas e ir subiendo de forma paulatina, especialmente en el anciano.

- **Reacciones adversas más frecuentes:**
  - Por su acción anticolinérgica, las más frecuentes son: sequedad de boca, sedación, visión borrosa (glaucoma, trastornos de la acomodación), estreñimiento y retención urinaria.
  - Otros: somnolencia, hipotensión ortostática y taquicardia (especialmente en ancianos), temblores musculares, nerviosismo o inquietud, síndrome parkinsoniano, arrítmia cardíaca, depresión miocárdica, cambios en el ECG, disfunción sexual.

- **Precauciones:**
  - Riesgo de suicidio: vigilar estrechamente.
  - Precaución en ataques epilépticos (disminuyen el umbral convulsivo).
  - Pacientes con retención urinaria (uropatía obstructiva, hipertrofia prostática).
  - Pacientes con glaucoma de ángulo cerrado o con presión intraocular aumentada.
  - Puede aumentar o disminuir los niveles de glucosa.
  - Pacientes con enfermedades cardiovasculares deberán ser controlados. Los antidepresivos tricíclicos a dosis elevadas producen arritmias, taquicardia sinusal y prolongación del tiempo de transmisión, así como IAM e ictus.

Realizar ECG previo en pacientes con factores de riesgo cardiovascular (NICE).

- **Contraindicaciones:**
  - IAM reciente
  - Trastorno bipolar (pueden facilitar la transición hacia la fase maniaca).

- **Retirada:**
  - Disminución gradual para evitar la incidencia de reacciones adversas. En las 2 primeras semanas pueden aparecer síntomas transitorios de irritabilidad, inquietud y alteraciones.
  - La suspensión brusca tras administración prolongada puede producir: náuseas, cefalea y malestar .

INHIBIDORES SELECTIVOS DE LA RECAPTACIÓN DE SEROTONINA

(Fluvoxamina, fluoxetina, paroxetina, sertralina, citalopram, escitalopram)

- **Inicio de tratamiento:**
  Iniciar el tratamiento a dosis terapéuticas habituales, según la patología.

- **Reacciones adversas más frecuentes:**
  - Síntomas gastrointestinales: náuseas, diarrea, estreñimiento, dolor abdominal, sequedad de boca, dispepsia.
  - Agitación, ansiedad, mareos, insomnio, nerviosismo, somnolencia, temblor.
  - Sudoración.
  - Palpitaciones, taquicardia.
  - Disfunción sexual.

- **Precauciones:**
  - Vigilar estrechamente a los pacientes con riesgo de suicidio hasta que se produzca mejoria clínica de la depresión. Según la experiencia clínica general, el riesgo de suicidio puede aumentar en las primeras etapas de la recuperación.
  - Desarrollo de agitación psicomotora, que clínicamente puede ser muy similar a la acatisia (más probable que se produzca durante las 1ª semanas de tratamiento).
  - Raramente se ha descrito el desarrollo de un **síndrome serotoninérgico** o de episodios parecidos al síndrome neuroléptico maligno, especialmente cuando se administra con otros fármacos serotoninérgicos y/o neurolépticos: hipertermia, sudoración, hipo o hipertensión, rigidez, alteraciones mentales incluyendo confusión, irritabilidad, agitación extrema que progrese a delirio y coma. SE DEBE SUSPENDER EL TTO. INMEDIATAMENTE.
  - Manifestaciones hemorrágicas, especialmente precaución si tratamiento concomitante con anticoagulantes orales y medicamentos que afectan la actividad plaquetaria (antipsicóticos atípicos, antidepresivos tricíclicos, aspirina, AINEs) o trastornos hemorrágicos previos.
  - Pacientes epilépticos (disminuye el umbral anticonvulsivante).
  - Pacientes diabéticos: puede alterar el control glucémico (hipo o hiperglucemia). Puede ser necesario un ajuste de dosis de insulina y/o hipoglucemiantes orales.
  - Riesgo de hiponatremia (síndrome de SIADH), sobre todo, vigilar ancianos, tratamiento con diuréticos y cirróticos.

En estos pacientes de mayor riesgo es conveniente solicitar niveles de Na 1 ó 2 semanas después de iniciar la administración del ISRS.

- **Retirada:**

El riesgo de reacciones durante la retirada depende de varios factores entre los que se encuentran la duración del tratamiento, la dosis utilizada y el ritmo de reducción de dosis.

- Se debe evitar la retirada de forma brusca.
- Los síntomas más frecuentes por la retirada son: mareo, alteraciones sensoriales (incluyendo parestesias y sensación de calambres), alteraciones del sueño (insomnio, pesadillas), agitación y ansiedad, irritabilidad, confusión, inestabilidad emocional, náuseas, vómitos y diarreas, sudores, palpitaciones, cefalea y temblor.
- Si se producen síntomas intolerables al disminuir la dosis o dejar el tratamiento, debe considerarse el volver a la dosis prescrita previamente y después volver a disminuir pero de forma más gradual.

Estos síntomas suelen presentarse durante los 1ª días de discontinuación del tratamiento; sin embargo, en raras ocasiones, se han comunicado casos de pacientes en los que han aparecido estos síntomas tras olvidar una dosis de forma inadvertida.

INHIBIDORES SELECTIVOS DE LA RECAPTACIÓN DE SEROTONINA y NORADRENALINA
(Venlanfaxina, duloxetina)

- **Reacciones adversas más frecuentes:**
  - Astenia, fatiga.
  - HTA, vasodilatación (principalmente sofocos).
  - Disminución del apetito, estreñimiento, náuseas, vómitos.

- Hipercolesterolemia (especialmente tras la administración prolongada y a dosis elevadas), pérdida de peso.
- Disminución de la líbido, alteraciones del sueño, insomnio, mareos, hipertonía, sedación, parestesias, temblor.
- Bostezo.
- Sudoración.
- Anomalías en la acomodación, midriasis, trastornos visuales.
- Eyaculación/orgasmos anormales, anorgasmia, disfunción eréctil, afectación de la micción.
- Hemorragias.

- **Precauciones:**
  - Estrecho seguimiento de los pacientes tratados con venlafaxina en relación a un empeoramiento clínico o a pensamientos suicidas, especialmente al iniciar la terapia o siempre que haya un cambio en la dosificación.
  - Anomalías en la agregación plaquetaria.
  - Se recomienda controlar periódicamente la presión arterial en pacientes tratados con venlafaxina, dado que puede aumentar la presión arterial dosis-dependiente.
  - Aumento de la frecuencia cardíaca, especialmente cuando se administran dosis elevadas.
  - Convulsiones.
  - Hiponatremia (SIADH).
  - Trastorno bipolar (cuadros de mania o hipomania durante el tratamiento).
  - Acatisia/ agitación psicomotriz.

- **Síndrome de retirada:**
  - El riesgo de aparición de síntomas de retirada, los efectos y la posibilidad de presentarse con la supresión de una única dosis es igual que los ISRS.

Mirtazapina:

Antagonista central α_2 presináptico, aumenta la neurotransmisión noradrenérgica y serotoninérgica a nivel central.

- **Reacciones adversas más frecuentes:**
  - Aumento de apetito y ganancia de peso.
  - Somnolencia, que puede afectar negativamente a la concentración, generalmente durante las 1ª semanas de tratamiento. La reducción de la dosis no produce menor sedación sino que además puede comprometer la eficacia antidepresiva.
  - Edema generalizado o localizado acompañado de aumento de peso.

- **Precauciones:**
  - Vigilar el riesgo de suicidio, igual que con el resto de antidepresivos.
  - Epilepsia y síndrome cerebral orgánico.
  - Insuficiencia hepática o renal.
  - Enfermedades cardíacas como alteraciones de la conducción, angina de pecho o IAM reciente.
  - Hipotensión ortostática.
  - Hipertrofia prostática y glaucoma de ángulo estrecho (aunque el efecto anticolinérgico es muy débil).
  - Síndrome serotoninérgico.
  - Fase maníaca.
  - Diabete mellitus: los antidepresivos pueden alterar el control glucémico, puede ser necesario el ajuste de dosis de insulina o de antidiabéticos orales.

(Nota: Es el único de los antidepresivos revisados hasta ahora que no incluye en la ficha técnica, dentro de los efectos adversos, la disfunción sexual.)

- **Retirada:**
  - La mayoría de las reacciones relacionadas con el síndrome de abstinencia por la retirada son suaves y autolimitadas. Los síntomas notificados con mayor frecuencia son: mareos, agitación, ansiedad, cefaleas y náuseas.

Reboxetina:

Inhibidor selectivo de la recaptación de noradrenalina.

- **Dosis:** 4 mgr/2 veces al día (8 mgr/día). Se puede aumentar a 10-12 mgr/día..

- **Contraindicaciones:** embarazo y lactancia. No se debe recomendar en ancianos.

- **Reacciones adversas:** insomnio, vértigo, sequedad de boca, náuseas, sudoración, sensación de vaciado incompleto de la vejiga y dificultad en la micción (sólo en hombres), cefalea, disfunción eréctil.

- **Precauciones:** Los diuréticos tiazídicos pueden aumentar el riesgo de hipopotasemia. Vigilar en epilepsia, ICC, arritmias, cardiopatía isquémica, HTA, prostatismo o uropatía obstructiva, glaucoma, hipertiroidismo, psicosis.

- **Retirada:** evitar la suspensión brusca y retirar de forma gradual por el riesgo de aparición de síntomas de retirada.

Trazodona:

Heterocíclico.

- **Dosis:** Inicialmente 100 – 150 mgr/día, repartidos en 3 tomas, después de las comidas o en un sola toma por la noche; mantenimiento 200 – 300 mgr/día.

- **Contraindicaciones:** En embarazo y lactancia.

- **Reacciones adversas, precauciones y retirada:** igual que la amitriptilina.

BIBLIOGRAFÍA
ANTIDEPRESIVOS: TABLA Y GENERALIDADES DE USO

- Fichas técnicas de la AEMPS. Disponible en www.agemed.es. Consultada en Diciembre 2007
  *Guía de Prescripción Terapéutica AEMPS. 2006 (Ficha técnica no disponible)
- Infac: Nuevos datos de seguridad de antidepresivos ISRS. Vol.15-Nº2-Febrero 2007. Disponible en http://wwweuskadi.net/sanidad
- NICE: Guía de Depresión, 2007. Disponible en www.nice.orguk

ANSIOLÍTICOS:
tabla y generalidades de uso

Tabla de ansiolíticos de uso habitual en Atención Primaria

Vida media	**Dosis habit. mgr/dosis**	**Indicaciones clínicas**		**Otras indicaciones**	**Precauciones**	**Dosis equivalentes mgr/dosis**
Corta:						
Clotiazepam*	5-30 mgr c/24 h.	Ansiolítico				5 mgr
Triazolam*	0.125-0.250 c/24 h.		Hipnótico		Dependencia Amnesia retrógrada	0.5 mgr
Intermedia:						
Alprazolam	0.25-0.5 mgr c/8 hor Máximo 3 /24 h.	Ansiolítico		T. de pánico	Sd. retirada severo	0.5 mgr
Bromazepam	1.5-3 mgr c/8 hor.	Ansiolítico				2 mgr
Brotizolam*	0.25-0.5 mg c/24h		Hipnótico			0.5 mgr
Flunitrazepam	0.5-1mgr c/24 h.		Hipnótico		Sd. retirada severo	1 mgr
Loprazolam	1-2 mgr c/24 h.		Hipnótico			1 mgr
Lorazepam	1-5 mgr c/8,12 ó 24 h.	Ansiolítico	Hipnótico			1 mgr
Lormetazepam	1-2 mgr c/24 h		Hipnótico		Insomnio rebelde tras retirada brusca	1 mgr
Larga:						
Clorazepato dipotásico	5-30 mg c/24 h	Ansiolítico	Hipnótico	Deprivación alcohólica		7.5 mgr
Diazepam	2-10 mg c/6-8 h.	Ansiolítico	Hipnótico	Deprivación alcohólica. Anticonvulsivante.		5 mgr
Flurazepam	30 mgr c/24 h.		Hipnótico			15 mgr
Halazepam*	20-40 mgr c/8 h.	Ansiolítico				20 mgr
Quazepam	15 – 30 mgr/24 h	Ansiolítico	Hipnótico			15 mgr
Ketazolam	15-60 mgr c/24 h.	Ansiolítico				10 mgr

BENZODIACEPINAS. GENERALIDADES DE USO

Las benzodiacepinas (BZD) están indicadas, durante un **periodo de tiempo breve,** para el tratamiento de un **trastorno intenso,** que limita la actividad del paciente o lo somete a una situación de estrés importante.

El uso de BZD para el tratamiento de la ansiedad leve y pasajera es inapropiado e inadecuado.

- Se debe comenzar el tratamiento con la dosis más baja posible, aumentándola, si fuera necesario, hasta alcanzar la dosis óptima para cada paciente y sin sobrepasar la dosis máxima.
- Debe evaluarse de forma progresiva el estado del paciente y la necesidad de continuar con el tratamiento.
- Explicarle al paciente que es un tratamiento autolimitado y la posibilidad de aparición de fenómeno de rebote al retirarlo.
- La retirada debe ser de forma gradual para intentar evitar el insomnio de rebote o la ansiedad que se puede producir al suprimir el tratamiento.
- Cuando se utilizan benzodiacepinas de acción larga es importante advertir al paciente de la inconveniencia de cambiar a otra benzodiacepina de acción corta, por la posibilidad de aparición de un fenómeno de retirada.
- La duración del tratamiento no debe sobrepasar las 8-12 semanas incluyendo la retirada gradual del mismo.
- En ciertos casos puede ser necesaria una prolongación del período de tratamiento, que no podrá realizarse sin la evaluación del estado del paciente por parte del médico.
- Se debe usar, preferiblemente, la vía oral.

- No es conveniente utilizar asociaciones a dosis fija de distintas BZD o asociadas a otras sustancias (neurolépticos, vitaminas, etc...).

- **Contraindicaciones:**
  - Hipersensibilidad a las benzodiacepinas.
  - Miastenia gravis.
  - Síndrome de apnea del sueño.
  - Insuficiencia respiratoria severa.
  - Insuficiencia hepática severa.
  - Glaucoma.

- **Reacciones adversas:**
  - Somnolencia, embotamiento afectivo, reducción del estado de alerta, confusión, fatiga, cefalea, mareo, debilidad muscular, ataxia o diplopia.
    (Estos fenómenos ocurren predominantemente al comienzo del tratamiento y generalmente desaparecen con la administración continuada).
  - Otras reacciones adversas tales como alteraciones gastrointestinales, cambios en la líbido o reacciones cutáneas pueden ocurrir ocasionalmente.
  - Amnesia retrógrada con dosis terapéuticas.
  - **Reacciones psiquiátricas paradójicas**: pueden aparecer reacciones como intranquilidad, agitación, irritabilidad, agresividad, delirio, ataques de ira, pesadillas, alucinaciones, psicosis, comportamiento inadecuado y otras alteraciones de la conducta. Dichas reacciones pueden ser severas y aparecen con más frecuencia en niños y ancianos.
    SI ESTAS REACCIONES SE PRESENTAN SE DEBE SUSPENDER EL TRATAMIENTO DE FORMA INMEDIATA.

- **Precauciones:**
  - No deben usarse solas para el tratamiento de la depresión o de la ansiedad asociada a depresión por

el riesgo de suicidio o de enmascarar una depresión preexistente.
- Se administrarán con extrema precaución a pacientes con antecedentes de alcoholismo o drogradicción.
- Debe advertirse a los pacientes sus posibles efectos sedantes y recomendarles no utilizar maquinaria ni conducir durante el tratamiento. Este efecto sedante está potenciado por el alcohol.
- Las benzodiacepinas no están recomendadas para el tratamiento primario de trastornos psicóticos.

- **Síndrome de abstinencia:**
  - El síndrome de abstinencia está relacionado con el tiempo de consumo, la dosis prescrita (**sobre todo dosis altas de BZD de vida media corta**) y con una suspensión brusca del tratamiento.
  - La presentación del síndrome de abstinencia es más infrecuente con las BZD de vida media larga, sin embargo, tienen la desventaja de su acumulación, mayor influencia en la actividad psicomotora y sedación diurna.
  - Puede presentarse desde pocas horas de no tomar la medicación si se trata de una BZD de acción corta, hasta 3 semanas después de suspender una BZD de acción larga.
  - Los síntomas de abstinencia pueden ser: cefaleas, dolores musculares, ansiedad acusada, tensión, intranquilidad, confusión e irritabilidad.
  - En los casos graves se han descrito los siguientes síntomas: despersonalización, hiperacusia, hormigueo y calambres en las extremidades, intolerancia a la luz, al sonido y al contacto físico, alucinaciones o convulsiones.
  - Para intentar evitar el síndrome de abstinencia se debe informar al paciente que no debe suspender el tratamiento por propia iniciativa de forma brusca, y cuando se decida finalizar el tratamiento, hacerlo

de forma gradual con la retirada del 25% del fármaco cada semana hasta suspender totalmente el tratamiento.

- Si con la retirada gradual aparecen síntomas de abstinencia se puede intentar **cambiar por dosis equivalentes de BZD de acción larga** *(ver Tabla BDZ)* y disminuir de forma gradual.

- **Embarazo y lactancia:**
  - Si el fármaco se prescribe a una mujer en edad fértil, se le recomendará que a la hora de planificar un embarazo o de detectar que está embarazada, contacte con su médico para proceder a la retirada del tratamiento.
  - Los estudios animales y la experiencia con algunas benzodiacepinas detectan un **aumento del riesgo de anormalidades congénitas si se utilizan durante el primer trimestre de embarazo**. Por tanto, sólo se administrarán durante el 1º trimestre por necesidad extrema.
  - Si la madre toma benzodiacepinas de forma crónica **en el último período del embarazo**, los niños al nacer pueden desarrollar dependencia física, pudiendo desencadenar **un síndrome de abstinencia en el período postnatal.**
  - Si, por estricta exigencia médica, se administra el fármaco durante una fase tardía del embarazo, o a altas dosis durante el parto, es previsible que puedan aparecer efectos sobre el neonato como hipotermia, hipotonía o depresión respiratoria moderada.
  - Las benzodiacepinas se excretan por la lecha materna, **su uso está contraindicado en madres lactantes.** Se han detectado casos de sedación e incapacidad de mamar en neonatos lactantes cuyas madres se encontraban bajo tratamiento con benzodiacepinas.

- **Ancianos, insuficiencia hepática, insuficiencia renal, insuficiencia respiratoria:**
  - En general, tanto en ancianos como en insuficiencia hepática y renal, la dosis de inicio debe ser la mitad de la dosis de inicio habitual, y la dosis máxima la mínima de la dosis habitual.
  - De elección, en ancianos e insuficiencia hepática es el lorazepam y el lormetazepam (porque tienen una metabolización con un único paso hepático y sin metabolitos activos).
  - En insuficiencia respiratoria crónica se recomienda utilizar dosis menores por el riesgo de depresión respiratoria.

- **Niños y adolescentes:**
  - En general, no se ha establecido la eficacia y seguridad de las benzodiacepinas, excepto del Diazepam, que sería de elección, dado que tiene estudios de eficacia y seguridad.

BIBLIOGRAFÍA

ANSIOLÍTICOS: TABLA Y GENERALIDADES DE USO

- Fichas técnicas AEMPS. Consultadas en www.agemed.es, fecha Noviembre 2007.
  * Guía de Prescripción Terapéutica AEMPS. 2006 (Ficha técnica no disponible).
- NICE: Guía de Ansiedad 2007. Disponible en www.nice.orguk
- FISTERRA: Guía clínica sobre la Ansiedad 2006; 6 (11) : Ansiedad Generalizada 2004; 4 (10). Crisis de Pánico 2004; 4 (3). Disponible en www.fisterra.com

ESCALA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN DE GOLDBERG

ESCALA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN DE GOLDBERG (EADG)

SUBESCALA DE ANSIEDAD

1. ¿Se ha sentido muy excitado, nervioso o en tensión?
2. ¿Ha estado muy preocupado por algo?
3. ¿Se ha sentido muy irritable?
4. ¿Ha tenido dificultad para relajarse?

(Si hay 3 o más respuestas afirmativas, continuar preguntando)

5. ¿Ha dormido mal, ha tenido dificultades para dormir?
6. ¿Ha tenido dolores de cabeza o de nuca?
7. ¿Ha tenido alguno de los siguientes síntomas: temblores, hormigueos, mareos, sudores, diarrea? (síntomas vegetativos)
8. ¿Ha estado preocupado por su salud?
9. ¿Ha tenido alguna dificultad para conciliar el sueño, para quedarse dormido?

TOTAL ANSIEDAD= _____

SUBESCALA DE DEPRESIÓN

1. ¿Se ha sentido con poca energía?
2. ¿Ha perdido Vd. el interés por las cosas?
3. ¿Ha perdido la confianza en sí mismo?
4. ¿Se ha sentido Vd. desesperanzado, sin esperanzas?

(Si hay respuestas afirmativas a cualquiera de las preguntas anteriores, continuar)

5. ¿Ha tenido dificultades para concentrarse?
6. ¿Ha perdido peso? (a causa de su falta de apetito)
7. ¿Se ha estado despertando demasiado temprano?
8. ¿Se ha sentido Vd. enlentecido?
9. ¿Cree Vd. que ha tenido tendencia a encontrarse peor por las mañanas?

TOTAL DEPRESIÓN=_____

CRITERIOS DE VALORACIÓN

Subescala de ANSIEDAD: 4 o más respuestas afirmativas.
Subescala de DEPRESIÓN: 2 o más respuestas afirmativas.



Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg

La prevalencia de trastornos psicopatológicos en Atención Primaria se sitúa alrededor del 20-30%. Sin embargo, a pesar de ser muy frecuentes, más de la mitad de los casos no son diagnosticados y tratados correctamente, debido a la frecuente presentación clínica atipica especialmente en las quejas somáticas, entre otros factores1. Si además se tiene en cuenta que el médico de Atención Primaria dispone de un tiempo limitado en la consulta, se entiende la necesidad de disponer de cuestionarios de detección breves y sencillos, apropiados para su utilización en este medio.
La escala de depresión y ansiedad de Goldberg (EADAC) fue concebida para permitir la detección de los dos trastornos psicopatológicos más frecuentes en Atención Primaria: la ansiedad y la depresión. Es un instrumento sencillo, breve y de fácil manejo, apropiado para ser administrado por el médico de Asistencia Primaria. Puede servir de guía de la entrevista, aunque sin sustituir a la historia clínica, así como un indicador de la prevalencia y de la gravedad y evolución de dichos trastornos. La versión castellana ha demostrado su fiabilidad y validez en el ámbito de la Atención Primaria y tiene una sensibilidad (83.1%), especificidad (81.8%> y valor predictivo positivo (95.3%> adecuados.



INSTRUCCIONES PARA SU ADMINISTRACIÓN

- La administración de estas escalas no substituye a la recogida de la historia clínica. Puesto que su valor predictivo positivo es alto, si el test es positivo existe una alta probabilidad de padecer ansiedad o depresión. La probabilidad es tanto mayor cuanto mayor es el número de respuestas positivas

- La prueba consta de dos subescalas: una para la detección de la ansiedad, y la otra para la detección de la depresión. Ambas escalas tienen 9 preguntas, pero las 5 últimas preguntas de cada escala sólo se formulan si hay respuestas positivas a las 4 primeras preguntas, que son obligatorias.
- El médico debe preguntar al paciente acerca de los síntomas contenidos en las escalas, referidos a los 15 días previos a la consulta, debiendo ignorar los síntomas que en el momento actual han dejado de estar presentes o cuya intensidad es leve
- Aunque pueden existir otros síntomas, que deben ser explorados, la puntuación se obtendrá únicamente a partir de los mencionados en las escalas.
- Aunque todos los ítems tienen la misma puntuación, siguen un orden de gravedad creciente, de forma que los últimos ítems de cada escala suelen aparecer en los pacientes con trastornos más graves.

BIBLIOGRAFÍA

1. De la Gándara Ji. Manejo de depresión y ansiedad en atención primaria. Aten Primaria 1997; 20 (7): 389-94.
2. Goldberg D, Bridges K, Duncan-innes P, Grayson D. Detecting anxiety and depression in general medical seftings. Br Medí 1988.97: 897-9.
3.Montón C, Pérez Echeverria Mi, campos R y cols. Escalas de ansiedad y depresión de Goldberg: una guía de entrevista eficaz para la detección del malestar psíquico. Atención Primaria 1993; 12 (6): 345-9.

ABORDAJE DEL INSOMNIO NO ORGÁNICO

ABORDAJE DEL INSOMNIO NO ORGÁNICO

El insomnio es uno de los trastornos del sueño más comunes. Puede ser primario o estar asociado a otros trastornos mentales.

Es un estado caracterizado por una **cantidad o calidad del sueño no satisfactorias**.

Entre las personas que padecen insomnio la queja más frecuente es la **dificultad para conciliar el sueño**, seguida de la de **mantenerlo** (despertares frecuentes durante la noche) y la de despertarse mucho antes del momento de levantarse (**despertar precoz**)

Dicha manifestación se ha presentado por lo menos tres veces a la semana durante al menos un mes. Esto causa un malestar general, irritabilidad, pudiendo ocasionar somnolencia diurna, baja concentración, e interferencia con las actividades de la vida cotidiana. Así mismo, aumenta el riesgo de accidentes, tanto domésticos, laborales como de tráfico.

El paciente muestra una **preocupación excesiva,** tanto durante el día como durante la noche, sobre el hecho de no dormir y sobre sus consecuencias.

No debe considerarse como insomnio el dormir poco tiempo si la calidad del sueño es buena y no afecta la actividad ni el estado de alerta. Las necesidades de sueño varían mucho de unas personas a otras.

Tiende a prevalecer más entre las mujeres, los enfermos de edad avanzada y aquellas personas con trastornos mentales. Puede acompañar a trastornos somáticos en los que haya dolor o malestar o al consumo de ciertos medicamentos.

La alteraciones transitorias del sueño **(insomnio transitorio)** forman parte de la vida cotidiana. El pasar unas pocas noches con dificultades para dormir, relacionadas con la presencia de factores psicosociales estresantes, no justifica este diagnóstico, aunque si se acompaña de otros síntomas clínicamente significativos podría ser considerada como parte de una reacción a estrés agudo o de un trastorno de adaptación.

TRATAMIENTO DEL INSOMNIO

Si el dormir poco no ocasiona problemas a la persona y su capacidad de rendimiento diurno es normal, no es necesario su tratamiento.

1.- Tratamiento etiológico:

Siempre que sea posible, el tratamiento de elección del insomnio debe ser el de la **causa desencadenante**.
Por eso, **ante cualquier paciente que se queje de insomnio, es importante investigar si presenta:**

- **Hábitos o estilo de vida inadecuados**: estrés, consumo de sustancias estimulantes…
- **Enfermedades psiquiátricas**: depresión, ansiedad, psicosis, alcoholismo, adicción a drogas…
- **Enfermedades orgánicas**: reumatológicas (dolor óseo), enfermedades cutáneas, cardiopulmonares (disnea)…
- **Consumo de fármacos que pueden producir insomnio**: anfetaminas, simpaticomiméticos, corticoides, beta2 agonistas, teofilina, ISRS, beta bloqueantes, estatinas, algunos antiparkinsonianos, hormonas tiroideas...drogas estimulantes, como nicotina o cafeína, así como la abstinencia de algunas sustancias (alcohol, benzodiacepinas..)

2.- Tratamiento no farmacológico:

Cuando no sea posible identificar la causa del insomnio, **siempre deberán aplicarse las medidas de tratamiento no farmacológico (Medidas de profilaxis o de higiene del sueño)**, especialmente en pacientes con insomnio crónico, combinadas o no, con tratamiento farmacológico.

Todas estas medidas van encaminadas a conseguir unas **condiciones fisiológicas adecuadas** y mantener un **ambiente propicio** para el sueño. Estos factores, internos y externos, además de técnicas de relajación durante el día, y ejercicios de respiración, facilitan **la desactivación fisica**, que, junto con **la desactivación cognitiva** son necesarias para que el sueño se desencadene.

El abordaje cognitivo-conductual en el tratamiento del insomnio ha dado buenos resultados. Se trata de actuar sobre los pensamientos erróneos del paciente.

Así mismo, **la prescripción paradójica o consejo paradójico** es un tipo de Terapia breve que consiste en que, a pacientes con insomnio psicofisiológico, es decir, con mucha ansiedad al enfrentarse a la cama, recomendarle que haga todo lo posible por mantenerse despierto toda la noche. En esta línea está también la restricción del sueño en pacientes con despertar precoz.

MEDIDAS DE PROFILAXIS O DE HIGIENE DEL SUEÑO:

- ***Tener unas expectativas de sueño realistas**: el paciente debe saber que el tiempo de sueño necesario disminuye con la edad, que muchas veces el insomnio es autolimitado, relativizar la importancia del sueño,...*
- ***Horarios regulares**: levantarse y acostarse siempre a la misma hora, incluyendo los fines de semana. Poner el despertador, con el fin de mantener un determinado ritmo de sueño-vigilia. Evitar siestas durante el día.*
- ***Establecer una serie de rutinas previas al sueño***
- ***Ejercicio:** efectuar ejercicio suave o moderado (andar, nadar, pasear…) durante el día, de forma continuada, al menos 3 horas antes de acostarse. El ejercicio intenso, justo antes del sueño, lo perjudica.*
- ***Sustancias:** evitar los estimulantes (café, té, cacao, colas, etc), la nicotina (el uso habitual de tabaco altera el sueño) y el exceso de alcohol (aunque inicialmente produce somnolencia, luego produce un sueño fragmentado).*
- ***Cena**: cenar de forma ligera, como mínimo, dos horas antes de acostarse. Evitar cenas copiosas que pueden ocasionar molestias digestivas y dificultar el sueño.*
- ***Controlar las variables fisiológicas antes de irse a la cama:** no ir a la cama con hambre (a veces un vaso de leche antes de acostarse puede favorecer el sueño), sed, ganas de orinar, etc...*
- ***Evitar la ingesta excesiva de líquidos y la toma de diuréticos al final del día**, ya que la necesidad de orinar despierta al paciente.*
- ***Actividad laboral:** dejar de trabajar al menos 1 hora antes de acostarse y realizar actividades que relajen.*
- ***Ducha** caliente ante de acostarse.*
- ***Condiciones ambientales**: habitación confortable, sin ruidos, sin luz exterior, la temperatura entre 15 y 25 grados, la cama con colchón cómodo…*
- ***No realizar en la cama actividades como trabajar, comer o ver la televisión.** Así se trata de asociar el dormitorio con el hecho de dormirse rápidamente.*
- *Si tras acostarse no se consigue conciliar el sueño en un rato (10-30 minutos), **levantarse, salir de la habitación** y volver a acostarse al cabo de 5-10 minutos. No quedarse en la cama mirando el reloj. Repetir esto las veces que sea necesario.*

3.- Tratamiento farmacológico:

En **el insomnio agudo**, iniciaremos tratamiento farmacológico cuando el insomnio limite la actividad diaria del individuo (insomnio severo, incapacitante o que cause angustia extrema) o la de su familia. Siempre, habiendo corregido primero las causas exógenas y tratadas las enfermedades concomitantes.

Si se inicia el tratamiento farmacológico se debe informar al paciente:

- Que se trata de un tratamiento corto: pactar con el paciente la reducción y supresión del fármaco en un periodo máximo de 2-4 semanas.
- Los posibles riesgos del tratamiento (abuso, dependencia, tolerancia).
- Alertar del posible efecto rebote tras el cese de la medicación.

Los fármacos hipnóticos más usados son **las benzodiacepinas (BZD),** siendo de primera elección en el tratamiento farmacológico del insomnio agudo.

Un buen hipnótico debe inducir el sueño de forma rápida y mantenerlo durante unas 7 u 8 horas, evitando los despertares frecuentes; no debe producir efectos adversos, entre los que se encuentran los efectos residuales de la mañana siguiente (somnolencia, disminución del rendimiento...), fenómenos de dependencia, tolerancia y no deben alterar la fisiología del sueño.

- **Contraindicaciones, reacciones adversas, precauciones, embarazo y lactancia, tolerancia y dependencia:** *(Anexo 3)*

- **Elección de benzodiacepina:** Depende de:
  - La edad del paciente: En pacientes ancianos, es de elección el lorazepam.

- Las enfermedades concomitantes:
  - Insuficiencia renal: comenzar con dosis menores (1/2 dosis) e ir aumentando de forma progresiva. Mayor riesgo de depresión del SNC.
  - Insuficiencia hepática: pueden precipitar encefalopatía hepática. Es de elección el lorazepam o el lormetazepam.
- La duración del tratamiento.
- Tipo de insomnio.
- Características farmacocinéticas del hipnótico a utilizar.

Se deben usar BDZ con velocidad **de absorción rápida**, que pueden ser:

- Vida media larga: evitarlas, porque producen sedación diurna.
- Vida media intermedia: son las de elección.
- Vida media corta: de uso esporádico; producen amnesia anterógrada; sólo son eficaces para inducir el sueño, no en otro tipo de insomnio.

- **Seguimiento:**

  Realizar seguimiento del paciente para asegurar la retirada del medicamento.

  La reducción de dosis debe hacerse de forma gradual.

  También se puede realizar la retirada de la benzodiacepina cambiando a la dosis equivalente de diazepam (de vida media larga), e ir reduciendo la dosis. *(Anexo 3)*

  Si aparecen síntomas de retirada, mantener la dosis anterior e ir disminuyendo dosis cada 15 días.

  Si fracasa la retirada gradual de BZD, administrarla de forma intermitente, tanto en pauta fija (en noches alternas, o bien una cada 3 noches), como a demanda.

En **el insomnio crónico**, el tratamiento de elección son las medidas de higiene del sueño. **Las benzodiacepinas tienen escasa eficacia clínica en el insomnio crónico y producen tolerancia.**

OTROS TRATAMIENTOS FARMACOLÓGICOS:

-Hipnóticos no benzodiacepínicos (zopiclona, zolpidem, zaleplon):

No existe evidencia clínica concluyente de diferencias clínicamente relevantes de eficacia, seguridad y potencial de abuso y de dependencia entre las BZD de menor duración y estos hipnóticos. Estarían indicados en insomnios de conciliación, durante un tiempo breve.

-Antidepresivos sedantes: (P.ej.: Mirtazapina, Trazodona, Amitriptilina)

Determinados antidepresivos con efecto sedante han demostrado su eficacia en el tratamiento del insomnio. Ningún antidepresivo tiene indicación, en la ficha técnica de la AEMPS, para el tratamiento del insomnio primario, si no está asociado a depresión.

-Antihistamínicos:

Algunos antihistamínicos utilizados en el tratamiento del insomnio (difenhidramina o doxilamina) producen sensación de sueño pero no lo mejoran. Tienen efectos secundarios anticolinérgicos y producen somnolencia diurna.

-Clometiazol:

Útil en el anciano cuando otros hipnóticos no sean efectivos. La dosis debe ser la mitad de la habitual.
Tiene efectos adversos (irritación nasal e irritación gástrica) y alto riesgo de dependencia, por lo que no debe usarse durante periodos prolongados.

-Productos naturales:

La evidencia clínica de la eficacia hipnótica de productos como la valeriana es escasa.

BIBLIOGRAFÍA
ABORDAJE DEL INSOMNIO NO ORGÁNICO

- Guía terapeútica de la SEMFyC, 3ª edición. Insomnio. Disponible en www.guiaterapeutica.net
- ¿Cómo prescribimos hipnóticos? Cuestiones a tener en cuenta. Infac Vol.13-Nº6/Junio 2005 Disponible en www.osanet.euskadi.net
- Fichas técnicas de la AEMPS
- Medimecum 2007
- Revisiones Cochrane Plus, nº1,2007. Ejercicios físicos para problemas del sueño en adultos mayores de 60 años de edad.

ABORDAJE DEL SUICIDIO EN ATENCIÓN PRIMARIA

ABORDAJE DEL SUICIDIO EN ATENCIÓN PRIMARIA

El suicidio es un problema grave de Salud Pública. Según las predicciones, llegará a ser la décima causa más frecuente de muerte en el mundo en el año 2020.

En España, la tasa de suicidio, desde el año 1999 hasta el año 2004, oscila entre 7,83 y 8,42 suicidios por cada 100.000 habitantes, siendo superiores las tasas en varones con respecto a las mujeres.

Una de las actividades preventivas que debe realizar el Médico de Familia, es la prevención del suicidio.

Hemos de distinguir entre:

- **Acto suicida**: hecho por el que un sujeto se causa una lesión, independientemente de su intención y el conocimiento de sus motivos. El resultado será el suicidio consumado o el intento de suicidio, según el sujeto fallezca o no.
- **Suicidio:** muerte que resulta de un acto suicida. Acto humano de quitarse la propia vida.
- **Intento de suicidio**: acto suicida cuyo resultado no fue la muerte.
- **Ideación suicida**: cuando el sujeto piensa, planea o desea cometer un suicidio
- **Parasuicidio:** acto en el que el sujeto quiere hacerse daño pero no morir. Suelen ser conductas peligrosas, que ponen en riesgo la vida, y detrás de ellas está lo que se llama el síndrome de desmoralización, una presentación del trastorno depresivo en pacientes con enfermedades crónicas.
- **Crisis suicidas**: son situaciones críticas, transitorias, donde la ideación suicida está muy presente y se presenta al sujeto como la mejor solución. El paciente tiene una visión en tunel, no ve salidas posibles. Suponen un gran riesgo de acto suicida.

FACTORES DE RIESGO:

- **El principal factor de riesgo para el suicidio es el trastorno psiquiátrico:** esquizofrenia, trastornos de personalidad, adicción a alcohol y otras drogas –fundamentalmente en comorbilidad con otros cuadros psiquiátricos severos-, trastornos de ansiedad, especialmente el trastorno de pánico, y, **sobre todo, la depresión.** El mayor riesgo se relaciona con los trastornos bipolares, siendo los *sentimientos de desesperanza* (actitud negativa, visión pesimista sobre la posibilidad de solución futura de las dificultades personales), el factor que más se relaciona con el riesgo suicida.
- **Enfermedades físicas graves:** sobre todo si cursan con dolor, invalidez o mal pronóstico.
- **Antecedentes personales de intentos de suicidio**
- **Antecedentes familiares de suicidio**
- **Acontecimientos vitales adversos graves** (problemas familiares, de pareja, sociales, laborales...)

- -Otros **factores favorecedores** son: situación laboral de desempleo, vivir solo, falta de apoyo social y familiar, la marginación, la migración, la falta de expectativas, fácil disponibilidad de un método para cometerlo...

¿CÓMO IDENTIFICAR PACIENTES CON ALTO RIESGO DE COMPORTAMIENTO SUICIDA?

Existen varias escalas para valorar el riesgo de suicidio a través de encuestas, pero **son menos útiles que una buena entrevista clínica** para identificar la persona que está en inminente riesgo de cometer suicidio.

INDICADORES DE RIESGO:

"SAD PERSONS"

- Sexo masculino (el suicidio consumado es más frecuente en varones; la tentativa lo es más en mujeres.)
- Edad (age) <20 ó >45
- Depresión (sobre todo en fase temprana, depresiva, de un trastorno bipolar) y otros trastornos psiquiátricos
- Tentativa suicida previa
- Abuso de alcohol (etanol)
- Falta de pensamiento racional (psicosis o trastornos congnitivos)
- Carencia de soporte social
- Plan organizado de suicidio
- No pareja o cónyuge. (Soledad)
- Enfermedad somática (sobre todo enfermedades neurológicas, neoplasias o SIDA, así como aquellas que inhabilitan o cursan con mucho dolor)

Cuantos más indicadores estén presentes, mayor es el riesgo de suicidio.

Para valorar el riesgo suicida también existen algunos cuestionarios, como **"LA ESCALA DE DESESPERANZA DE BECK (HS),** que se relaciona directamente con el riesgo suicida.

Escala de Desesperanza de Beck (Hopelessness Scale, HS)

1. Espero el futuro con esperanza y entusiasmo	V	F
2. Puedo darme por vencido, renunciar, ya que no puedo hacer mejor las cosas por mi mismo	V	F
3. Cuando las cosas van mal me alivia saber que las cosas no pueden permanecer tiempo así	V	F
4. No puedo imaginar como será mi vida dentro de 10 años	V	F
5. Tengo bastante tiempo para llevar a cabo las cosas que quisiera poder hacer	V	F
6. En el futuro, espero conseguir lo que me pueda interesar	V	F
7. Mi futuro me parece oscuro	V	F
8. Espero más cosas buenas de la vida que lo que la gente suele conseguir por término medio	V	F
9. No logro hacer que las cosas cambien, y no existen razones para creer que pueda en el futuro	V	F
10. Mis pasadas experiencias me han preparado bien para mi futuro	V	F
11. Todo lo que puedo ver por delante de mi es más desagradable que agradable	V	F
12. No espero conseguir lo que realmente deseo	V	F
13. Cuando miro hacia el futuro, espero que seré más feliz de lo que soy ahora	V	F
14. Las cosas no marchan como yo quisiera	V	F
15. Tengo una gran confianza en el futuro	V	F
16. Nunca consigo lo que deseo, por lo que es absurdo desear cualquier cosa	V	F
17. Es muy improbable que pueda lograr una satisfacción real en el futuro	V	F
18. El futuro me parece vago e incierto	V	F
19. Espero más bien épocas buenas que malas	V	F
20. No merece la pena que intente conseguir algo que desee, porque probablemente no lo lograré	V	F

Autores: A.T. Beck, A. Weissman, D. Lester, L. Trexler.
Referencia :The measurement of pesimism: The hopelessness scale. J Consult Clin Psychol 1974; 42:861-865
Evalúa: Expectativas de la persona sobre su futuro

Nº de Ítems: 20 Administración: Autoaplicada

DESCRIPCIÓN

- La HS es una escala diseñada para evaluar, desde el punto de vista subjetivo, las expectativas negativas que una persona tiene sobre su futuro y su bienestar , así como su habilidad para salvar las dificultades y conseguir el éxito en su vida.
- Las puntuaciones obtenidas en desesperanza son un predictor útil de posible suicidio.
- Consta de 20 ítems a los que el individuo ha de responder verdadero o falso.
- Las respuestas señaladas como Verdadero en los ítems 2,4,9,11,12,14,16,17,18, y 20 valen un punto y las señaladas como falso en esos ítems 0 puntos. Las respuestas señaladas como falso en los ítems 1,3,5,6,8,10,13,15, y 19 valen un punto y las señaladas como verdadero en esos ítems, 0 puntos.
- Es un instrumento autoaplicado.

CORRECCCIÓN E INTERPRETACIÓN

- Proporciona una puntuación total, y puntuaciones en tres factores diferentes:
    - Factor afectivo (sentimientos sobre el futuro).
    - Factor motivacional (pérdida de motivación).
    - Factor cognitivo (expectativas sobre el futuro)
- La puntuación total se obtiene sumando todos los ítems. Esta puntuación puede oscilar entre 9 y 20.
- La puntuación en el factor afectivo se obtiene sumentos los ítems 1,6,13,15 y 19. Puede oscilar entre 0 y 5.
- La puntuación en el factor motivacional se obtiene sumando los ítems 2,3,9,11,12,16,17 y 20. Puede oscilar entre 0 y 8.
- La Puntuación en el factor cognitivo se obtien sumando los ítems, 4,7,8,14 y 18. Puede oscilar entre 0 y 5.
- En la función de la puntuación total se recomiendan los siguiente puntos de corte:
    - 0-8: riesgo bajo de cometer suicidio,
        - 0-3: ninguno o mínimo
        - 4-8: Leve
    - 9-20: riesgo alto de cometer suicidio.
        - 9-14: moderado.
        - 15-20:alto.

REFERENCIAS COMPLEMENTARIAS

Beck A,. Steer RA, Kovacs M, Garrison B. Hopelessness and eventual suicide: A ten year prospective sutdy of patients hospitalized with suicide ideation. Am J Psychiatry 1985;142:559-563.

Beck AT, Brown G, Berchick RJ, Stewart BL, Steer RA. Relationship between hopelessness and ultimate suicide: A replication with psichiatric outpatients.Am J Psychiatry 1990; 147: 190-195.

ABORDAJE DEL PACIENTE CON RIESGO SUICIDA EN ATENCIÓN PRIMARIA

El médico de atención primaria tiene una papel clave en la identificación del riesgo suicida, así como en detectar y tratar adecuadamente a los pacientes deprimidos.

Existe una alta prevalencia de depresiones enmascaradas, más difíciles de diagnosticar, ya que los pacientes sólo refieren síntomas físicos. Existe un riesgo significativo de suicidio en la depresión no reconocida y no tratada.

Se deben **evaluar las ideas de suicidio** en presencia de factores de riesgo, sobre todo en pacientes deprimidos, alcohólicos o psicóticos.

La entrevista clínica es el elemento fundamental en la valoración de la ideación suicida y del riesgo suicida. Se deben realizar entrevistas tranquilas, con tiempo para escuchar atentamente y con calidez, con preguntas abiertas, tratando al paciente con respeto y sin emitir juicios, procurando establecer una relación empática, identificarse con sus emociones pero manteniendo el distanciamiento terapéutico necesario.

En este contexto, **preguntaremos, de forma progresiva y directa, acerca de las ideas suicidas**. No es fácil preguntar a los pacientes sobre sus ideas suicidas. Es útil adentrarse en el tema gradualmente, sin dejar de aclarar todos los aspectos.

Es importante hacer estas preguntas después de que se haya establecido una empatía y el paciente se sienta cómodo expresando sus sentimientos negativos.

Una secuencia de preguntas útiles es:

- ¿Se siente infeliz o desvalido?
- ¿Se siente desesperado, incapaz de enfrentar cada día?
- ¿Se ha encontrado usted tan mal que ha llegado a pensar que no vale la pena vivir?
- ¿Tiene pensamientos de muerte?
- ¿Siente deseos de cometer suicidio?
- ¿Con qué frecuencia?
- ¿Ha hecho planes para terminar con su vida?
- ¿Cómo está planeando hacerlo?
- ¿Tiene en su poder (píldoras/armas/otros medios...?
- ¿Ha considerado cuándo va a hacerlo?

El interrogar sobre la ideación suicida no pone esas ideas en la mente de los pacientes, las tenían ya de antemano. Por el contrario, a menudo el paciente se siente reconfortado por el valor del profesional que es capaz de hablar de lo que a él le asusta tanto.

En la evaluación de un paciente con un intento suicida previo, es importante valorar el riesgo que ha corrido en el intento, para saber si el paciente realmente quiere morir o transmitir algún mensaje.

Algunas nociones para **evaluar la gravedad de un intento de suicidio** son:

- Método elegido eficaz y letal.
- Eficacia de dicho método (el paciente se asombra de seguir vivo).
- Posibilidad de ser descubierto.
- Impulsividad y grado de planificación (a mayor planificación, mayor riesgo suicida)
- La finalidad del acto suicida (poner fin a la vida, llamada de atención o demanda de ayuda)
- La experimentación que siente al ser salvado

- El cambio o no de las circunstancias vitales que determinaron su decisión.
- El concepto del paciente acerca de la muerte.

No se deben banalizar ni despreciar las amenazas suicidas. Tampoco pensar que lo que quiere es llamar la atención. El 80% de los pacientes que se han suicidado habían expresado sus ideas de suicidio previamente. Cualquier amenaza de suicidio debe ser tomada en serio.

El riesgo aumenta a medida que aumenta la frecuencia de la ideación suicida, cuando se ha planeado hacerlo y cuando ya se ha intentado previamente; **un 10% de los intentos de suicidio se consuman después.**

En caso de no detectarse ideación suicida en pacientes con factores de riesgo, sería recomendable seguir valorando este aspecto en el seguimiento del paciente.

Se debe aconsejar a los pacientes y cuidadores estar vigilantes a cambios en el humor, negativismo y desesperanza, sobre todo en situaciones de alto riesgo como el inicio del tratamiento, cambios de medicación y estrés personal incrementado.

Advertencia!:

- **mejoría engañosa o falsa:** un paciente agitado que súbitamente se calma, puede que haya tomado la decisión de suicidarse.
- **negativa:** los pacientes que tienen serias intenciones de matarse pueden deliberadamente negar tales ideas.

RECOMENDACIONES QUE PUEDEN AYUDAR AL PACIENTE CON IDEAS SUICIDAS:

- Ignorar o darle ejemplos de otras personas que han estado en peores dificultades cuando alguien dice "Estoy cansado de la vida" o "No existe razón para vivir", no ayuda al suicida.
- Es más importante escuchar y estar a su lado que hablar mucho.
- Brindar a la persona la esperanza de que las cosas cambiarán para mejorar; no dejarse invadir por el pesimismo del paciente.
- Centrarse en las fortalezas positivas de la persona, haciéndolo hablar sobre cómo los problemas anteriores han sido resueltos sin recurrir al suicidio.
- **Un contrato de "no suicidio"** es una técnica útil en la prevención del suicidio. En la mayoría de los casos, los pacientes respetan las promesas que hacen a su médico. Esto sólo es apropiado cuando los pacientes tienen control sobre sus actos.
- El médico deberá **evaluar los sistemas de apoyo disponibles** (parientes, amigos...) y solicitar su ayuda.
- Preocuparse por la discreción, sin embargo, **no podremos jurar secreto,** ya que debemos tomar acción, contar con la familia, si la hubiera, y otros apoyos para obtener ayuda.
- Quitar los medios, con la colaboración de la familia, si es posible.
- El seguimiento posterior deberá centrarse en apoyar al paciente dándole esperanza, estimulando su independencia y ayudándole a aprender diferentes formas de enfrentar los acontecimientos estresantes.

CRITERIOS DE DERIVACIÓN

Una vez realizada la entrevista, la exploración, y teniendo en cuenta su riesgo, el paciente debe ser derivado a la Unidad de Salud Mental o al Hospital de referencia, según proceda a juicio del médico.

Los pacientes con gran riesgo suicida pero que rechazan el tratamiento, precisan hospitalización involuntaria, que requerirá la autorización judicial.

Se recomienda informar a los familiares , avisando previamente al paciente, de la gravedad de la situación, así como de la necesidad de no dejarle solo.

Es conveniente explicar al paciente el motivo de la remisión, calmar su ansiedad, enfatizar que la remisión al equipo de Salud Mental no significa "abandono" por nuestra parte y concertar una cita de seguimiento para asegurar que la relación con el paciente continúe.

BIBLIOGRAFÍA:
ABORDAJE DEL SUICIDIO EN ATENCIÓN PRIMARIA

- OMS: CIE 10 Décima revisión de la clasificación internacional de las enfermedades. Trastornos mentales y del comportamiento. Pautas diagnósticas y de actuación en Atención Primaria, 1992
- OMS: CIE 10 Décima revisión de la clasificación internacional de las enfermedades. Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico, 1996.
- PAPPS. SEMFyC: Programa del Adulto-Prevención de los trastornos de la salud mental.2001
- PAPPS. SEMFyC: Guía de Salud Mental en Atención Primaria.
- FISTERRA: El paciente suicida.Guías clínicas 2005;5(39)
- OMS: Prevención del suicidio: un instrumento para médicos generalistas. 2000.

"La versión on line de este libro: **www.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/index.jsp**
podrá ser actualizada periódicamente en base a las evidencias científicas que vayan apareciendo."

Servicio Canario de la Salud
DIRECCIÓN GENERAL DE
PROGRAMAS ASISTENCIALES

Gobierno de Canarias
Consejería de Sanidad