

TRASTORNOS PSIQUICOS

A lo largo de este capítulo se focalizará en los síndromes psiquiátricos de presentación y manejo más frecuente en el ámbito de la atención primaria de la salud (APS); así como en las intervenciones terapéuticas (enfoques psicoterapéuticos, tratamientos psicofarmacológicos de primera elección) que también son competencia del primer nivel de atención.

Asimismo, se abordarán las características más relevantes de las dos clasificaciones internacionales comúnmente utilizadas: la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) y la clasificación de la Asociación Americana de Psiquiatría (APA - DSM-5).

A continuación, se enumerarán los temas a desarrollar, a modo de ordenar la lectura y facilitar la comprensión del presente capítulo.

- 1- Concepto de salud mental, trastorno mental y clasificaciones actuales
- 2- Trastornos depresivos
- 3- Trastornos relacionados con la ansiedad:
 - a) Trastornos fóbicos
 - b) Trastorno de angustia
 - c) Trastorno de ansiedad generalizada
- 4- Terapéutica general de los trastornos psíquicos
 - a) Tratamientos Psicoterapéuticos
 - b) Tratamientos Psicofarmacológicos
- 5- Anexo: “Ley Nacional de Salud Mental”
- 6- Autoevaluación
- 7- Bibliografía

1- Concepto de salud mental, trastorno mental y clasificaciones actuales

No es fácil definir la salud mental. Por preciso que sea, no es ilustrativo enmarcarla como la ausencia de enfermedad o como el bienestar físico, mental y social que explica la Organización Mundial de la Salud. Se puede decir que la salud mental podría entenderse como la conjunción de bastantes de los siguientes indicadores clínicos:

- Alta percepción de la realidad.
- Buena aceptación de uno mismo, de los demás y de la naturaleza de la relación.
- Capacidad de espontaneidad.
- Capacidad de discriminación y de enfoque correcto de los problemas.
- Capacidad de independencia y de deseo de intimidad.
- Capacidad de autonomía.
- Riqueza en la reacción emocional.
- Elasticidad y capacidad expresiva en las relaciones interpersonales.
- Estructura caracterológica flexible.
- Certo grado de creatividad.
- Capacidad de modificar la propia escala de valores, incorporando y valorando las experiencias ajenas.

Ciertamente, el ser humano maduro y suficientemente sano disfrutará de estas cualidades pero, a la vez, la definición de salud mental tampoco permite perfilar de forma nítida si alguien padece o no un determinado trastorno mental. En este sentido, la existencia de un trastorno mental puede implicar:

- Ausencia de salud o desviación de la norma ideal (OMS).
- Desviación de la normalidad desde un criterio estadístico.
- Presencia de síntomas o disfunciones psicológicas tanto cognitivas como afectivas.
- Malestar psicológico, sufrimiento o padecimiento.
- Deterioro del funcionamiento social o discapacidades.
- Factores etiológicos claros.

Para la CIE-10, el concepto de trastorno mental implica la “presencia de un comportamiento o de un grupo de síntomas identificables en la práctica clínica, que en la mayoría de los casos se acompañan de malestar o interfieren con la actividad del individuo”.

Para el DSM-5, “cada trastorno mental está caracterizado por una alteración clínicamente significativa de la cognición, la regulación emocional o la conducta del individuo que refleja una disfunción en los procesos psicológicos, biológicos o del desarrollo que subyacen en el funcionamiento mental. También, aparece asociada a malestar (por ejemplo, dolor), discapacidad (por ejemplo, deterioro en una o más áreas de funcionamiento) o un riesgo significativamente aumentado de morir o de sufrir dolor, discapacidad o pérdida de libertad. Además, este síndrome o patrón no debe ser meramente una respuesta culturalmente aceptada a un acontecimiento particular (por ejemplo, la pérdida de un ser querido). Cualquiera que sea su causa, debe considerarse como la manifestación individual de una disfunción comportamental, psicológica o biológica. Ni el comportamiento desviado (por ejemplo, político, religioso o sexual), ni los conflictos entre el individuo y la sociedad deben ser considerados como trastornos mentales, a no ser que la desviación o el conflicto sea síntoma de una disfunción”.

La CIE-10 y el DSM-5 son las principales clasificaciones utilizadas en psiquiatría; clasifican las enfermedades en función de unos criterios que deben estar presentes para poder llevar a cabo el diagnóstico.

En 1992 se publicó la décima revisión (CIE-10) y es en el capítulo V (códigos F), con diez grandes grupos sindrómicos y cien categorías diagnósticas, donde se engloban los trastornos mentales y del comportamiento. Finalmente, el capítulo XXI (códigos Z) está dedicado a los factores que influyen en el estado de salud y en el contacto con los servicios de salud. Incluye problemas relacionados con el ambiente social (vivir solo, exclusión y rechazo social, etc.), problemas relacionados con el grupo de apoyo (ruptura familiar por separación o divorcio, etc.) y problemas relacionados con el estilo de vida (jugador, conducta sexual de alto riesgo, etc.). Además de la clasificación CIE-10 como tal, se han desarrollado una clasificación simplificada para atención primaria (con 25 categorías) y un sistema multiaxial para la descripción diagnóstica. La presentación multiaxial de la CIE-10 utiliza los siguientes tres ejes:

- Eje I: Diagnóstico clínico.
- Eje II: Incapacidades:
 - Cuidado personal.
 - Funcionamiento ocupacional.
 - Funcionamiento en la familia.
 - Funcionamiento en el contexto social general.
- Eje III: Situaciones psicosociales anormales, problemas ambientales y transitorios que inciden en la enfermedad.

En cuanto a la versión para la atención primaria, dado que su finalidad no es sólo clasificatoria y pretende ser también una aplicación práctica para los profesionales en el manejo clínico y terapéutico, en cada una de sus 25 categorías incluye siete secciones:

- Quejas del paciente que están presentes.
- Pautas para el diagnóstico (adaptadas a atención primaria).
- Diagnóstico diferencial.
- Información esencial para el paciente y su familia.
- Consejos específicos para el paciente y la familia.
- Medicación.
- Criterios de derivación al especialista en psiquiatría.

El American Psychiatric Association Committee on Nomenclature and Statistics desarrolló una variante de la CIE-6, publicada en 1952, como primera edición del Diagnostic and Statistical Manual: Mental Disorders (DSM-I). La última edición, denominada DSM-5, ha incluido una serie de cambios respecto de otras ediciones previas, aunque mantiene la estructura diagnóstica basada en criterios operativos. La descripción de los trastornos está muy orientada a la formulación clínica del caso, de forma que se especifican los posibles factores predisponentes, precipitantes, de cronificación y protectores. En cada trastorno se señala la existencia de subtipos o especificadores de gravedad o de curso. Esta quinta versión ha introducido una aproximación más dimensional al diagnóstico, de forma que en algunos apartados se introduce el término de espectro para caracterizar un grupo de trastornos que comparten importantes áreas de solapamiento. Aunque en esta versión ha desaparecido el sistema multiaxial de clasificación, sin embargo subyace un planteamiento donde también se presta atención a la influencia de los factores psicosociales (se recomienda utilizar los denominados códigos Z incluidos en la CIE-9 y en la CIE-10) y a la discapacidad provocada por el trastorno mental (se recomienda utilizar la escala de discapacidad de la Organización Mundial de la Salud).

2- Trastornos depresivos

En la actualidad, la depresión es un trastorno psiquiátrico ampliamente extendido en el mundo occidental. Se identifica mediante sus síntomas nucleares: tristeza y anhedonia.

En la CIE-10 y el DSM-5 suelen aparecer los términos humor y afecto como equiparables, aunque el término afecto tiende a utilizarse para designar las manifestaciones externas del estado interno (o humor).

Epidemiología

Los trastornos depresivos son las alteraciones de la salud mental más prevalentes tanto en la población general como en la atención primaria. Se estima que la prevalencia de estos trastornos en la población general es del 5 % y que el riesgo a lo largo de la vida es del 9 %. En los dispositivos de atención primaria, el 10-20 % de los pacientes atendidos padecen un trastorno afectivo, a menudo enmascarado con síntomas somáticos. Entre los pacientes hospitalizados en servicios médicos o quirúrgicos, alrededor del 15 % padecen un trastorno depresivo. En general, la prevalencia de los trastornos depresivos es más frecuente en los estratos económicos bajos, entre los separados, viudos y solteros, y en las mujeres casadas. La edad media de aparición del trastorno depresivo mayor es de 40 años, aunque en la mitad de los pacientes aparece entre la segunda y quinta década de la vida. Es más frecuente en las mujeres (proporción de 2-3:1). Los principales factores de riesgo de los trastornos depresivos son:

- Antecedentes personales de episodios depresivos
- Historia familiar de trastornos depresivos
- Antecedentes de tentativas de suicidio
- Ser mujer
- Edad de comienzo de los síntomas antes de los 40 años
- Posparto
- Patologías médicas comórbidas
- Ausencia de apoyo social
- Acontecimientos vitales estresantes
- Consumo de alcohol o de otras drogas de abuso.

Screening de la depresión

Un elevado porcentaje de pacientes con depresión no están correctamente diagnosticados ni tratados, por lo que algunos autores proponen la realización de cribados con el fin de asegurar su identificación y la prescripción del tratamiento adecuado. Sin embargo, no existe consenso en las recomendaciones de guías y organismos de diferentes países.

Por un lado, es importante plantearse si su realización mejora los resultados en pacientes con depresión y si debiera realizarse de forma amplia (toda la población, todos los pacientes que acuden a una consulta) o de forma limitada (únicamente aquellos pacientes en los que exista algún tipo de riesgo específico). Por otro lado, se ha criticado el bajo poder predictivo de los instrumentos utilizados para el cribado.

Existe evidencia del aumento en la identificación de casos de depresión en los programas de cribado, aunque estos programas por sí solos no producen una mejora en la evolución posterior de la depresión.

La US Preventive Services Task Force (2014) establece un grado de recomendación tipo B para el screening de depresión en adultos mayores de 18 años, no embarazadas, siempre y cuando se cuente con el soporte requerido para completar la evaluación diagnóstica y realizar un adecuado tratamiento y seguimiento. A su vez, no recomienda el cribado cuando no se garantice dicho soporte.

Asimismo, recomienda que el profesional valore el método que considere adecuado, ya que no hay evidencia de la efectividad de las diferentes opciones; sí menciona que cualquier método que fuere utilizado y arrojara un resultado positivo deberá ser confirmado con métodos más complejos.

También se mencionan los grupos de población de mayor riesgo:

- personas con otros trastornos psiquiátricos, incluyendo el abuso de sustancias
- personas con un historial familiar de depresión
- personas con enfermedades crónicas
- personas que están desempleados o de menor nivel socioeconómico
- las mujeres

Sin embargo, aclara que la presencia de factores de riesgo por sí sola no puede distinguir los pacientes depresivos de pacientes no depresivos.

Además refiere a que en los adultos mayores, los síntomas depresivos significativos están asociados con acontecimientos vitales comunes, incluyendo enfermedad médica, deterioro cognitivo, pérdidas, o institucionalización.

Respecto a la repetición del cribado informa que no existe evidencia concluyente sobre el intervalo temporal óptimo.

La US Preventive Services Task Force (2014) establece un grado de recomendación tipo B para el screening de depresión mayor en adolescentes entre 12 y 18 años, siempre y cuando se cuente con el soporte requerido para completar la evaluación diagnóstica y realizar un adecuado tratamiento y seguimiento.

La US Preventive Services Task Force (2014) establece un grado de recomendación tipo I para el screening de depresión mayor en niños entre 7 y 11 años.

La US Preventive Services Task Force (2014) establece un grado de recomendación tipo I para el screening de riesgo suicida en población general.

Una alternativa válida y muy utilizada en el ámbito de la APS para el cribado de depresión es el empleo de las dos preguntas sobre el estado de ánimo y anhedonia del Primary Care Evaluation of Mental Disorders Procedure (preguntas de Whooley):

- “durante el pasado mes, ¿te has sentido desanimado, deprimido o desesperanzado?”, y
- “durante el pasado mes, ¿has sentido poco interés o has disfrutado poco haciendo las cosas?”.

En este test, la respuesta es dicotómica (Sí/No) y tiene un punto de corte de 1.

SE RECOMIENDA COMPLEMENTAR ESTA LECTURA CON LA TASK FORCE U.S.
2014: <http://www.uspreventiveservicestaskforce.org>.

Evaluación clínica del paciente depresivo

Aunque la CIE-10 y el DSM-5 ofrecen un conjunto de criterios y síntomas a evaluar, estos requisitos diagnósticos deben emplearse para orientar la entrevista y el juicio clínico. La entrevista clínica es el procedimiento esencial en el diagnóstico de la depresión. La evaluación de la depresión debe realizarse con un enfoque amplio y no debería basarse únicamente en el recuento de síntomas.

Las manifestaciones clínicas observadas en los pacientes con depresión pueden dividirse en cuatro dimensiones: alteraciones del humor, disfunción cognitiva, síntomas relacionados con las alteraciones del ritmo circadiano y síntomas motores. Cada una de estas dimensiones clínicas incluye síntomas fundamentales:

- Alteraciones del humor
 - Tristeza
 - Disforia
 - Anhedonia
 - Desesperanza
 - Riesgo de suicidio
 - Ansiedad
- Disfunción cognitiva
 - Dificultades atencionales
 - Ralentización del habla
 - Escasa motivación
 - Alteración de las funciones ejecutivas
 - Dificultades mnésicas
 - Apatía
 - Rumiaciones
 - Culpa excesiva
- Síntomas relacionados con las alteraciones del ritmo circadiano
 - Falta de energía
 - Impulso vital pobre
 - Alteración de la libido
 - Alteración del patrón de sueño
 - Cambios en el peso
 - Alteración del apetito
- Síntomas motores
 - Ralentización motora
 - Inquietud
 - Agitación

Debido a que existen diferentes factores que pueden afectar al desarrollo, curso y gravedad de la depresión, algunas de las áreas a evaluar son:

- Caracterización del episodio: duración, número e intensidad de los síntomas, comorbilidad.
- Evaluación psicosocial (apoyo social y relaciones interpersonales).
- Grado de disfunción y/o discapacidad asociados.
- Respuesta previa al tratamiento.
- Riesgo de suicidio.

La valoración del riesgo de suicidio es un aspecto clave debido a que la depresión mayor es uno de los trastornos mentales que más se asocia a la conducta suicida. Se ha estimado que las personas con depresión presentan un riesgo de suicidio 20 veces mayor que la población general. La evaluación del riesgo de suicidio se deberá considerar principalmente en los siguientes casos:

- Presencia de intentos de suicidio previos.
- Abuso de sustancias.
- Síntomas específicos como desesperanza, ansiedad, agitación e ideación suicida.
- Otros factores de riesgo como comorbilidad, cronicidad, dolor o discapacidad, historia familiar de suicidio, factores sociales y antecedentes de suicidio en el entorno.

Diagnóstico

1- Trastorno depresivo mayor (o depresión mayor)

Se deben cumplir 5 ó más de los criterios diagnósticos, durante al menos 2 semanas y con una intensidad tal que represente un cambio en el funcionamiento previo. A continuación, se detallarán los criterios diagnósticos de un episodio depresivo mayor según las clasificaciones internacionales (CIE-10 y DSM-5).

(1) Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el propio sujeto o la observación por parte de otras personas
2) Disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades
(3) Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso
(4) Insomnio o hipersomnia casi cada día
(5) Agitación o ralentización psicomotora casi cada día
(6) Fatiga o pérdida de energía
(7) Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados
(8) Pérdida de confianza y sentimientos de inferioridad
(9) Perspectiva sombría de futuro
(10) Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión
(11) Pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor a la muerte), ideación suicida recurrente, tentativa de suicidio o plan para suicidarse

En función de la gravedad se puede clasificar en:

- Leve: cumple los criterios 1 o 2, causa malestar manejable y poco deterioro en el funcionamiento social o laboral.
- Moderado: cumple los criterios 1 o 2 y al menos cuatro de los restantes, el malestar y deterioro es intermedio entre las formas leve y grave.
- Grave: cumple los dos primeros síntomas y al menos cuatro de los siguientes con una intensidad grave que causa gran malestar y afectación del funcionamiento social y laboral. Las formas más graves suelen presentar síntomas psicóticos (delirios, alucinaciones).

Lo habitual es que un paciente tenga varios episodios depresivos a lo largo de su vida; cuando solamente se evidencian recurrencias depresivas, se habla de trastorno depresivo mayor (o depresión unipolar), mientras que, cuando se combinan episodios depresivos y maníacos, se

habla de trastorno afectivo bipolar (o depresión bipolar); este último trastorno no será desarrollado en el presente capítulo.

En función del perfil sintomático, se suele considerar la existencia de diferentes patrones:

- Depresiones melancólicas: el patrón endógeno-melancólico se considera un marcador de gravedad y conlleva un mayor riesgo de suicidio. Es característico que existan marcada anhedonia, falta de reactividad a los acontecimientos placenteros, tristeza vital, empeoramiento matinal, despertar precoz, pérdida de peso, excesivos sentimientos de culpa y alteraciones motoras (agitación o lentitud). Es frecuente la presencia de síntomas psicóticos. Se asocia a más alteraciones neurobiológicas y a una mejor respuesta al tratamiento con antidepresivos o terapia electroconvulsiva.
- Depresiones atípicas: los síntomas atípicos se caracterizan por aumento del apetito e hipersomnia, así como por la presencia de cierta reactividad emocional a los acontecimientos. Suelen aparecer en depresiones leves o moderadas; con frecuencia, estos pacientes presentan rasgos de personalidad dependiente y baja tolerancia al rechazo interpersonal, lo cual redunda en favor de que se cronifiquen y evolucionen hacia la distimia.
- Otros patrones sintomáticos son los caracterizados por la presencia de síntomas psicóticos, que suelen ser congruentes con el estado de ánimo depresivo (delirios de culpa o nihilistas); o por la existencia de un patrón estacional en las que pueden ser típicas las recurrencias de los síntomas depresivos en los períodos de otoño e invierno.

Según la edad del paciente, algunos síntomas pueden cobrar más importancia:

- En la depresión de niños y adolescentes suelen observarse rechazo a ir al colegio y bajo rendimiento académico, quejas somáticas, trastornos de la conducta (promiscuidad sexual, falta de asistencia a clase, abuso de alcohol y drogas) e irritabilidad, que se confunden con los rasgos propios de la personalidad límite o antisocial. La clasificación DSM-5 ha incluido el trastorno por alteración disruptiva del humor para diagnosticar a los jóvenes comprendidos entre los 6 y los 18 años que presentan irritabilidad y frecuentes alteraciones de conducta (agresividad, robos) de forma periódica o persistente. Se considera que este trastorno puede ser el precursor de trastornos depresivos y de ansiedad en la edad adulta.
- En lactantes y niños pequeños se ha descrito el llamado trastorno reactivo de la vinculación cuando los niños se ven privados de cuidados y de afecto (orfelinatos, hospitalización, maltrato). Se asocia a retraso del crecimiento (enanismo por privación afectiva) y del desarrollo intelectual, con una alta tasa de morbilidad.
- En la depresión de las personas mayores es habitual recoger muchos síntomas somáticos y quejas relacionadas con la disminución de la memoria y el rendimiento intelectual (en ocasiones alcanzando la llamada pseudodemencia depresiva); los síntomas endógeno-melancólicos son especialmente frecuentes (melancolía involucrada), así como la ansiedad y la agitación. En las personas mayores suelen observarse síntomas depresivos leves en respuesta a los numerosos problemas socio-familiares o de salud a los que están expuestos (trastornos adaptativos). Por otra parte, la depresión mayor que aparece en edades avanzadas en pacientes sin antecedentes de depresión, puede ser el inicio de un cuadro degenerativo o vascular.

2- Depresión crónica o trastorno depresivo persistente (Distimia)

Se caracteriza por la presencia de síntomas depresivos de menor intensidad que los de la depresión mayor, durante un período continuo superior a 2 años, en el que nunca se llega a una recuperación. Se trata de un humor crónicamente deprimido (o irritable en niños y adolescentes). En los niños y adolescentes, la clínica debe estar presente durante al menos 1 año. A menudo, estos pacientes presentan durante su evolución episodios depresivos mayores superpuestos con agravamiento de los síntomas habituales, lo que se conoce como “depresiones dobles”.

3- Depresión secundaria

Es frecuente que aparezcan episodios depresivos en el contexto de otras patologías médicas o por el uso de determinados fármacos. En este tipo de trastornos, el predominio de algunas manifestaciones clínicas puede orientar acerca de la etiología del cuadro médico:

- Apatía: característica de los trastornos orgánicos cerebrales del lóbulo frontal y de los endocrinológicos.
- Labilidad emocional: se puede ver en los trastornos orgánicos cerebrales, las demencias y las enfermedades vasculares cerebrales.
- Manía: es un estado de ánimo en el que hay una euforia superficial, insulsa y pueril, con tendencia a la desinhibición verbal (chistes procaces, insultos) y conductual; es típica de las lesiones del lóbulo frontal (tumores, enfermedad de Pick).
- Aprosodia: poca expresividad emocional a través del lenguaje verbal y no verbal, característica de las lesiones del hemisferio dominante y de la enfermedad de Parkinson.

4- Otros trastornos depresivos

Dentro de este apartado se incluyen:

- Trastorno depresivo breve recurrente, el cual se caracteriza por la presentación de episodios de humor depresivo que se prolongan entre 2 y 13 días y que han ocurrido al menos una vez al mes en los últimos 12 meses.
- Episodio depresivo breve, en el que el paciente tiene, de forma persistente durante 4-13 días, un estado de ánimo triste y al menos cuatro de los otros síntomas que podían estar presentes en el episodio depresivo mayor.
- Episodio depresivo con escasos síntomas, en el cual la sintomatología se prolonga más de 2 semanas pero los síntomas que acompañan al estado de ánimo no son lo suficientemente numerosos como para llegar a cumplir los criterios de la depresión mayor.
- Trastorno depresivo inespecífico, se utiliza este término cuando el médico clínico o generalista no tiene claro el diagnóstico porque los síntomas no son suficientes en número o en duración, pero están ocasionando un malestar significativo al paciente.

Escalas de evaluación de la depresión

En los trastornos depresivos también se utilizan escalas y entrevistas con diferente grado de estructuración como instrumentos de medida de la gravedad de la depresión y de su respuesta al tratamiento.

Tienen como objetivo la evaluación sintomática del paciente en un marco temporal determinado, permitiendo la gradación de cada ítem y obteniendo una puntuación final. No tienen una pretensión diagnóstica, que deberá realizarse a partir de la información psicopatológica obtenida de la entrevista clínica.

Aunque existen diferentes estudios que han puesto de manifiesto que en la práctica clínica no se emplean escalas de forma sistemática, existe un creciente consenso sobre la pertinencia de su incorporación en la práctica clínica sobre todo para monitorizar la respuesta al tratamiento y la evolución de la depresión.

A continuación, se mencionarán las escalas utilizadas más frecuentemente en el ámbito de la APS.

Beck Depression Inventory

El Inventario de Depresión de Beck (BDI) es uno de los test más empleados y cuenta con traducciones en castellano validadas para todas sus versiones.

El objetivo de este instrumento es detectar la presencia de síntomas depresivos y cuantificar su gravedad.

El BDI-II es un instrumento autoaplicado de 21 ítems y en cada uno de ellos la persona tiene que elegir, entre cuatro alternativas ordenadas de menor a mayor gravedad, la frase que mejor describe su estado durante las últimas dos semanas. Cada ítem se valora de 0 a 3 puntos en función de la alternativa escogida y, tras sumar directamente la puntuación de cada ítem, se obtiene una puntuación total que varía de 0 a 63.

A continuación, se muestran los puntos de corte para los distintos grados de depresión en las diferentes versiones:

Versiones	Mínima	Leve	Moderada	Grave
BDI-II original	0-13	14-19	20-28	>29
Adaptación española	0-13	14-18	19-27	>28
APA 2000	0-9 (no depresión)	10-16	17-29	>30
NICE 2009	0-9 (no depresión)	10-16 (subclínica)	17-29 (leve-moderada)	>30 (moderada-grave)

Hamilton Rating Scale for Depression

La escala heteroaplicada de Hamilton para la depresión (HRSD o HAM-D, Hamilton Rating Scale for Depression) fue diseñada para evaluar la intensidad o gravedad de la depresión por clínicos, siendo una de las más empleadas para monitorizar la evolución de los síntomas depresivos.

El marco temporal de la evaluación se corresponde con el momento en el que se aplica, excepto para algunos ítems, como los del sueño, que se refieren a los dos días previos.

Existen diferentes versiones, entre ellas, la original consta de 21 ítems y la reducida de 17. Sumando las puntuaciones de cada ítem, la escala de Hamilton proporciona una puntuación global de la gravedad del cuadro. También se puede obtener la puntuación de tres factores o índices, sumando las de los ítems que los constituyen: melancolía (ítems 1, 2, 7, 8, 10 y 13); ansiedad (ítems 9-11) y sueño (ítems 4-6). No existen puntos de corte definidos para las puntuaciones en estos índices.

La respuesta al tratamiento se define habitualmente como una disminución igual o mayor al 50% de la puntuación inicial, la respuesta parcial, entre el 25 y 49% y la falta de respuesta, como una

reducción de menos del 25%. Se considera que se ha alcanzado la remisión cuando la puntuación es ≤ 7 .

A continuación, se muestran los puntos de corte para los distintos grados de depresión en las diferentes versiones:

APA 2000	No depresión	Leve	Moderada	Grave	Muy grave
NICE 2009	No depresión	Subclínica	Leve	Moderada	Grave
Puntuación	0-7	8-13	14-18	19-22	>23

SE RECOMIENDA COMPLEMENTAR ESTA LECTURA CON EL APARTADO:

3- Trastornos relacionados con la ansiedad: Escalas de evaluación de la ansiedad.

Diagnóstico diferencial

A continuación, se enumerarán los cuadros con los que debe realizarse el diagnóstico diferencial más frecuentemente en la práctica clínica:

- Tristeza normal: no tiene las características propias de la tristeza vital. Es reactiva, proporcionada al desencadenante, pasajera y no provoca repercusión funcional destacable.
- Trastornos adaptativos con ánimo depresivo: suelen estar provocados por la existencia de desencadenantes ambientales y la desaparición del factor estresante provoca el alivio y/o la desaparición de los síntomas depresivos.
- Duelo no complicado: se trata de una reacción de tristeza que acontece tras el fallecimiento de un familiar. En estos casos hay que conocer los patrones culturales asociados al duelo.
- Trastornos de ansiedad: prácticamente todos los episodios depresivos suelen acompañarse de síntomas de ansiedad y en la mayoría de los trastornos ansiosos pueden aparecer síntomas de tipo depresivo. El predominio de las manifestaciones de un tipo u otro de trastorno suele ser clave para el diagnóstico; en muchas ocasiones es difícil definirse por uno de ellos y puede utilizarse el término de episodio ansioso-depresivo.
- Síntomas médicos inexplicables (depresiones enmascaradas): son los casos en los que se realizan numerosas consultas médicas sobre la existencia de una queja o síntoma físico en la que no se advierten elementos fisiopatológicos que la justifiquen y que puede ser la expresión de un equivalente depresivo, también llamado depresión enmascarada, que suele mejorar con antidepresivos.
- Patologías somáticas: entre las enfermedades que con mayor frecuencia se acompañan de síntomas depresivos, cabe mencionar la demencia, la enfermedad de Parkinson (el 50-70 % tienen síntomas depresivos y se relacionan con alteraciones neuropsicológicas), los accidentes cerebrovasculares por lesiones de las arterias cerebrales anteriores, el abuso de sustancias, etc.

Curso y pronóstico

El inicio puede producirse a cualquier edad y el curso de este tipo de trastornos puede ser fásico (episódico) o crónico. Son frecuentes las recurrencias, de forma que el 50 % de quienes han tenido un episodio tendrán otro en los siguientes 5 años.

Sin tratamiento adecuado, las manifestaciones clínicas se prolongan entre 6 y 12 meses, mientras que el correcto tratamiento limita la duración de los síntomas a los primeros 3 meses.

La persistencia de manifestaciones depresivas sin remisión completa a pesar del tratamiento es un factor de riesgo de recurrencia y de cronificación. Cuantas más recaídas se produzcan, mayor es el riesgo de futuras recaídas; así, tras 20 años de enfermedad es frecuente que los pacientes lleguen a tener una media de 5-6 episodios depresivos. Este hecho ha llevado a considerar la prescripción preventiva de antidepresivos en los sujetos que ya han tenido más de dos episodios depresivos a lo largo de la vida.

La mayoría de los pacientes tratados suele conseguir la normalización de sus actividades, pero un tercio suelen quedar con sintomatología residual. Más del 60 % de los pacientes diagnosticados de depresión tienen ideas y planes de suicidio, de los cuáles, el 10-15 % llegan a realizarlo.

Es frecuente la existencia de comorbilidad psiquiátrica en los pacientes diagnosticados de depresión, en particular las distimias, con las que se asocia en el 68 % de los casos. Los trastornos de ansiedad y los trastornos por abuso de sustancias son los otros trastornos comórbidos más frecuentes.

Tratamiento de los trastornos depresivos

Todo médico debe estar capacitado para tratar a un paciente depresivo salvo que la gravedad de los síntomas aconseje la derivación a un especialista en psiquiatría.

El objetivo del tratamiento es conseguir la remisión de los síntomas y mejorar la calidad de vida. El tratamiento suele hacerse de forma ambulatoria salvo que existan factores que indiquen el ingreso hospitalario como por ej.:

- riesgo de suicidio
- presencia de síntomas psicóticos
- rechazo del paciente a alimentarse
- existencia de una enfermedad médica grave.

Siempre es necesario llevar a cabo una evaluación del riesgo autolítico para garantizar la seguridad del paciente.

La combinación de psicoterapia y farmacoterapia mejora la eficacia del tratamiento.

Tratamientos psicológicos

Terapia cognitivo-conductual

Está basada en el análisis de las distorsiones cognitivas que tienen los pacientes. A través de este abordaje se intenta conseguir que los esquemas de pensamiento del paciente se vayan sustituyendo (reestructurando) de forma eficaz por otros que le permitan aliviar sus síntomas. Los pacientes deben comprender que pensamiento, sentimiento y conducta están estrechamente unidos, de forma que según cómo pensemos, así nos sentiremos y así nos comportaremos.

Terapias psicoanalíticas

Estos abordajes tienen como objetivo el alivio de los síntomas y la modificación de determinados rasgos caracterológicos. Se pretende que el sujeto sea capaz de hacer conscientes sus mecanismos de defensa intrapsíquicos. No hay estudios que hayan demostrado su eficacia frente a otras técnicas.

SE RECOMIENDA COMPLEMENTAR ESTA LECTURA CON EL APARTADO:

4- a Terapéutica general de los trastornos psíquicos: Tratamientos Psicoterapéuticos.

Tratamiento farmacológico del episodio depresivo

A continuación se describirán tres fases en el tratamiento de los pacientes depresivos.

1- Tratamiento farmacológico de la fase aguda: se prolonga hasta alcanzar la remisión clínica, lo cual significa, que el paciente cursa más de 2 meses sin síntomas significativos.

Los antidepresivos son eficaces en el 60-80 % de los pacientes, mientras que el placebo consigue respuestas positivas en el 30-40 %. Cuanto más grave es el cuadro depresivo, mayor es la diferencia entre antidepresivos y placebo. Esto significa que estos fármacos son más eficaces en las formas mayores que en las distimias; de la misma manera, la presencia de síntomas endógeno-melancólicos predice una mejor respuesta a los antidepresivos, respecto del patrón con síntomas atípicos.

Los antidepresivos son un grupo heterogéneo de fármacos que tienen en común su acción sobre el SNC para potenciar la neurotransmisión monoaminérgica (noradrenérgica y fundamentalmente serotoninérgica) mediante mecanismos diferentes: bloqueando la recaptación presináptica, disminuyendo la degradación de los neurotransmisores o actuando sobre autorreceptores presinápticos. Aunque los cambios en la neurotransmisión se producen en pocas horas, la acción antidepresiva no aparece inmediatamente sino que necesita de 4 a 6 semanas para alcanzar su máximo efecto.

La elección de un fármaco u otro dependerá de varios factores:

- El tipo de respuesta previa: si ha habido una buena respuesta a un fármaco, se aconseja utilizarlo nuevamente en el episodio actual
- El perfil de efectos secundarios y tolerancia: se aconseja utilizar aquéllos que tengan menos efectos adversos ya que éstos suelen llevar al abandono del tratamiento.
- La seguridad: dado que la ideación autolítica y las tentativas de suicidio son frecuentes, se procurará elegir aquellos fármacos que tengan un buen nivel de seguridad en caso de sobredosificación.
- Las interacciones farmacológicas: este aspecto es más relevante en los pacientes tratados con otros fármacos y en las personas mayores, por lo frecuente que es en ellos la polifarmacia.
- La facilidad de administración: el hecho de que se puedan utilizar con las comidas y en dosis únicas facilita el cumplimiento terapéutico.

Teniendo en cuenta lo mencionado previamente, se considera que los ISRS (inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina) son los tratamientos de elección de los pacientes con depresión; debido a que son bien tolerados, seguros y tienen menos efectos adversos respecto de las generaciones previas de antidepresivos.

2- Tratamiento farmacológico durante la fase de continuación: el tratamiento farmacológico con antidepresivos debe mantenerse durante al menos 6-12 meses después de haber conseguido la remisión clínica de los síntomas. Esto favorece que no se produzcan recaídas (es decir, la reaparición de los síntomas dentro del mismo episodio) ni recurrencias (la aparición de episodios futuros).

3- Tratamiento farmacológico durante la fase de mantenimiento: se recomienda utilizar un tratamiento antidepresivo de forma profiláctica, es decir, con finalidad preventiva para disminuir el número y la gravedad de las recurrencias en los siguientes casos:

- depresiones recurrentes unipolares que aparecen con una cadencia temporal inferior a 2 años
- cuando se han sufrido más de tres recaídas tras haber alcanzado la remisión clínica del último episodio.

La dosis de antidepresivo se mantendrá en niveles eficaces, es decir, aquéllos con que se consiguió tratar el episodio agudo.

Tratamiento farmacológico de las depresiones crónicas o distimias

Antes de considerar la cronicidad de un episodio depresivo o que hay una respuesta terapéutica insuficiente hay que descartar que dicha falta de respuesta se deba a:

- un cumplimiento terapéutico incompleto
- otras patologías psiquiátricas concomitantes, como el abuso de sustancias o los trastornos de la personalidad
- otras patologías médicas que contribuyan a la falta de respuesta (hipotiroidismo, enfermedades crónicas que cursen con dolor, etc).

En caso de que exista una distimia, se recomiendan los ISRS a dosis más elevadas que las utilizadas en la depresión mayor.

SE RECOMIENDA COMPLEMENTAR ESTA LECTURA CON EL APARTADO:

4- b Terapéutica general de los trastornos psíquicos: Tratamientos Psicofarmacológicos.

Manejo del paciente depresivo

Ante un paciente con clínica depresiva, la evaluación del cuadro clínico debe seguir los siguientes pasos:

- determinar el diagnóstico del cuadro clínico
- valorar la gravedad de la sintomatología, incluyendo el riesgo autolítico, las ideas delirantes y la posibilidad de que haya terceras personas al cuidado del paciente
- identificar enfermedades médicas o psiquiátricas que pudieran estar actuando como desencadenante del estado depresivo y el consumo de fármacos con acción depresivógena
- evaluar el papel de los factores psicológicos y sociales determinantes
- evaluar el soporte social del paciente
- aclarar las repercusiones del estado depresivo sobre terceros o sobre otras actividades (trabajo, vivienda, ambiente familiar).

El diagnóstico se basa en llevar a cabo una detallada historia médica donde se realicen exploraciones médicas y del estado mental, así como las pruebas complementarias básicas y pertinentes para descartar patologías médicas concomitantes.

La gravedad se determina en función de la presencia de determinados riesgos para sí mismo o para terceros. Se debe tener en cuenta que la incapacidad para el autocuidado también repercute en la incapacidad para cuidar a personas que puedan estar a su cargo (niños, mayores o discapacitados). Otra forma de determinar la gravedad consiste en valorar la repercusión de la depresión sobre la capacidad del paciente para llevar a cabo sus actividades de forma autónoma (obligaciones laborales y familiares). Si el médico duda del riesgo autolítico, se recomienda la hospitalización del paciente hasta asegurar la contención adecuada para el caso.

3- Trastornos relacionados con la ansiedad

Ansiedad normal y patológica

La ansiedad es una emoción normal que se experimenta en situaciones amenazantes. El estado mental del miedo se acompaña de cambios fisiológicos que preparan para la defensa o la huida, aumentando la frecuencia cardíaca, la presión arterial, la respiración y la tensión muscular. La atención se focaliza en la situación amenazadora, excluyendo otros asuntos. Puede haber cambios adicionales a consecuencia del aumento de la actividad simpática. Estos cambios representan respuestas normales ante las situaciones peligrosas.

La ansiedad se califica como patológica cuando es desproporcionada para la situación o demasiado prolongada y se caracteriza por una sensación subjetiva de malestar que la hace difícilmente soportable. Además, en la ansiedad patológica, la atención puede focalizarse en la propia respuesta de la persona ante la amenaza, conduciendo a preocupaciones recurrentes sobre lo anormal de dicha respuesta o sobre lo que tercera personas piensan de ello.

Sólo se puede hablar de ansiedad patológica cuando la respuesta de ansiedad cumple uno o más de los siguientes criterios:

- es demasiado intensa o inadecuada en relación con el estímulo que la provoca
- se mantiene durante más tiempo del adecuado
- surge sin estímulo que la desencadene, de forma espontánea (endógena)

Clasificación

La CIE-10 y el DSM-5 clasifican como trastornos relacionados con la ansiedad a trastornos mentales en los que la ansiedad ocupa un lugar fundamental en la descripción del cuadro clínico; sin embargo, es conveniente recordar que la ansiedad es un síntoma presente prácticamente en la totalidad de los diagnósticos psiquiátricos, lo que en parte explica por qué la comorbilidad es tan frecuente en este grupo de enfermedades.

Si bien el denominador común de todos estos trastornos es la ansiedad, las claves para el diagnóstico de cada uno dependerán de:

- la forma de presentación de dicha ansiedad: en forma de crisis (trastorno de angustia) o continuada (trastorno de ansiedad generalizada)
- de la presencia de otros síntomas acompañantes: conductas de evitación (fobias simples, fobia social o agorafobia), obsesiones y/o compulsiones (trastorno obsesivo-compulsivo), síntomas médicos (trastornos somatomorfos, disociación, conversión)

En este apartado, se describirán solamente los trastornos relacionados con la ansiedad de presentación más frecuente en el ámbito de la atención primaria de la salud.

Epidemiología

Este grupo comprende los trastornos psiquiátricos más frecuentes entre la población general. Los diagnósticos más frecuentes son las fobias (sumando la fobia social, las fobias simples y la agorafobia), el trastorno de ansiedad generalizada y el trastorno de angustia. Las crisis de angustia son la principal urgencia psiquiátrica, tanto en la atención primaria como en los servicios de urgencia hospitalarios. El grupo más frecuentemente afectado son las mujeres jóvenes (20-30 años), disminuyendo su incidencia en la vejez. La comorbilidad más frecuente de los trastornos de ansiedad en general, son los trastornos depresivos y otros trastornos por

ansiedad; en la fobia social específicamente, se incrementa la comorbilidad con el trastorno por uso de alcohol.

Tipos de trastornos relacionados con la ansiedad

a) Trastornos fóbicos

Una fobia es un temor persistente a un objeto, actividad o situación específica que se denomina estímulo fóbico, el cual, a pesar de ser reconocido como desproporcionado y absurdo (irracional), permanece fuera del control voluntario y genera conductas de evitación.

Las clasificaciones internacionales incluyen tres diagnósticos: las fobias específicas (o simples), la fobia social (o ansiedad social) y la agorafobia.

1. Fobias simples o específicas

Son especialmente frecuentes en los niños, siendo evolutivamente normal que muchos niños desarrollen miedos a diferentes estímulos que luego desaparecerán en la edad adulta. En general son más frecuentes en las mujeres.

Los sujetos reconocen tener un miedo acusado, persistente y excesivo a una situación u objeto que admiten que es irracional. Cuando el paciente se expone al estímulo fóbico nota un aumento de la ansiedad; la mera posibilidad de exposición, sin que ésta realmente se produzca, ya suele ponerlo ansioso, por lo que desarrolla estrategias de evitación para que no suceda dicha exposición. Fuera de esos momentos (exposición o anticipación), el paciente no tiene ansiedad. Estos síntomas deben causar en el sujeto una importante interferencia en su rutina normal y en las relaciones laborales o sociales, o bien provocar un malestar clínicamente significativo.

Se reconocen diferentes fobias en función del estímulo que las provoca:

- A animales como insectos, roedores, arácnidos, etc.: suelen iniciarse en la infancia.
- A estímulos ambientales como tormentas o el mar: suelen iniciarse en la infancia.
- A la sangre, los pinchazos y las heridas: esta fobia tiene un componente familiar notable y desencadena, tras la reacción ansiosa inicial, un síntope vasovagal.
- A situaciones concretas (fobia situacional) como ascensores, aviones, locales cerrados, etc., que pueden parecer muy cercanas a la agorafobia pero sin que exista generalización del miedo.

Los pacientes que no reciben tratamiento suelen tener un curso crónico. Entre quienes reciben tratamiento (suelen ser los que tienen síntomas más graves), la desaparición completa de los síntomas no suele alcanzarse, aunque sí lo suficiente como para mejorar el funcionamiento social.

En general, las personas con fobias simples no sufren importantes molestias por su trastorno y apenas consultan al médico. Cuando lo hacen, se suelen utilizar técnicas conductuales basadas en la desensibilización sistemática (exposición en vivo) en las que, tras realizar un análisis de la conducta fóbica, se diseña una estrategia para vencerla en la que poco a poco el paciente deberá afrontar “cantidades crecientes” de estímulo, a medida que vaya desapareciendo la ansiedad. Los fármacos no son eficaces, aunque pueden utilizarse de forma auxiliar para facilitar el tratamiento psicológico (b-bloqueantes, benzodiacepinas); algunos pacientes recurren a ellos de forma puntual si la exposición es muy poco frecuente (como pasa con muchos casos de fobia a volar en aviones).

2. Fobia social (trastorno por ansiedad social)

Se caracteriza por el miedo a situaciones de exposición pública en las que el paciente cree que puede quedar en ridículo, lo que provoca ansiedad anticipatoria y conduce a la evitación de dichas situaciones, alterando la vida del individuo de forma marcada. En su forma más leve se limita al miedo a una única situación, siendo la más frecuente el miedo a hablar en público ante desconocidos (“miedo escénico”). En las formas graves afecta a múltiples situaciones cotidianas, como comer o beber en un local público, trabajar a la vista de otros, etc.

La forma específica es muy frecuente en la población general pero muy poco frecuente en la consulta, dado que las personas que la sufren tienden a organizar su vida para que no se produzca la posibilidad de tener que hablar en público. Lo contrario ocurre con la forma generalizada por la gran interferencia que el trastorno ocasiona en la vida cotidiana. Suele debutar en la adolescencia, sin diferencias entre géneros, aunque es más frecuente que consulten los varones, quizás porque tienden a vivirla como algo más estresante por la mayor exigencia social hacia su género.

Conviene evaluar si existe alguna característica del sujeto que justifique su temor a ser el centro de atención, dado que entonces no se puede hablar de fobia social (por ejemplo en casos de pacientes con temblores, tics, cicatrices o deformidades, etc.).

Estos pacientes sobreestiman sus propios síntomas, creyendo que los demás se están dando cuenta de su ansiedad y malinterpretando sus reacciones en función de esa creencia; además, tienen frecuentes distorsiones cognitivas a la hora de evaluar su capacidad de actuar socialmente, infravalorando su rendimiento. Cuando el sujeto se enfrenta a una de esas situaciones, desarrolla síntomas físicos (palpitaciones, temblor, sudoración, tensión muscular, sequedad de boca, etc.) y psicológicos (hipersensibilidad ante los comentarios, baja autoestima, dificultades de atención y concentración, problemas de articulación del lenguaje) que favorecen la evitación de esas situaciones y agravan la sensación de baja autoestima y el temor ante ellas.

El elemento fundamental para realizar el diagnóstico diferencial radica en el motivo que subyace en la evitación social referida por el paciente. A diferencia del fóbico social, otros pacientes con trastornos psiquiátricos tendrán poco contacto social por distintos motivos. Entre los diagnósticos diferenciales más frecuentes en el ámbito de la atención primaria de la salud, pueden mencionarse:

- la agorafobia, en la cual los pacientes restringen su contacto social por sus problemas para trasladarse hacia otros sitios en los cuales pudieran sentirse desamparados
- la depresión, en la cual el paciente restringe su contacto social por retraimiento.
- el trastorno de personalidad esquizoide, cuyo perfil determina la ausencia de interés social.
- el trastorno de la personalidad por evitación comparte una serie de características con la fobia social, pudiendo casi equipararse a la fobia social generalizada. Por lo tanto, en los individuos con fobia social generalizada siempre debe considerarse el diagnóstico adicional de trastorno de la personalidad por evitación.

Los casos más leves no acuden a tratamiento porque han acomodado sus rutinas para evitar las situaciones temidas. En los casos que acuden a tratamiento, la mejoría es notable, aunque en muy pocos casos se consigue la desaparición completa de los síntomas. Alrededor del 50 % de los pacientes tratados permanecen recuperados tras 25 años de seguimiento. Entre los factores de mal pronóstico se consideran:

- el inicio temprano en la adolescencia
- la presencia de comorbilidad psiquiátrica

- un nivel educativo bajo
- la mayor gravedad de los síntomas en los momentos iniciales
- la existencia de otros problemas de salud asociados.

Una de las complicaciones más frecuentes de este trastorno es el alcoholismo “social”, pues muchos pacientes pueden recurrir al alcohol para vencer su inhibición; también es frecuente el abuso de ansiolíticos.

Respecto al tratamiento, en las formas leves de fobia social, muchas personas recurrirán a fármacos puntualmente cuando tengan que hablar en público, sobre todo a los b-bloqueantes o las benzodiacepinas, en lugar de realizar un tratamiento psicológico que mejore su capacidad de comunicación e interacción social. En las formas graves o generalizadas, el abordaje farmacológico va a ser imprescindible para que la persona pueda beneficiarse del tratamiento psicológico; se recomiendan en estos casos los ISRS como primera opción. El tratamiento psicológico es el tratamiento de elección y suelen utilizarse sobre todo las técnicas cognitivo-conductuales centradas en la mejora de las habilidades sociales mediante un entrenamiento cognitivo específico, la exposición en vivo y la relajación.

3. Agorafobia

Se define como el miedo o ansiedad a aquellas situaciones en las que el paciente se siente desamparado, y en las que considera que sería difícil escapar o conseguir ayuda.

Es un trastorno típico de mujeres jóvenes y, aunque puede aparecer de forma primaria, lo más habitual es que sea una complicación de un trastorno de angustia.

Los situaciones típicamente evitadas son los transportes públicos (el peor, es el subterráneo, puesto que combina el ser subterráneo, la cantidad de gente que lo usa y la necesidad de esperar a que llegue la siguiente estación para poder bajarse), las multitudes, los espacios abiertos (grandes mercados, estacionamientos, etc), los sitios cerrados (teatros, cines, etc) o cualquier lugar fuera de su casa en el que se encuentre solo. Las conductas de evitación restringen notablemente la movilidad del paciente, tanto es así que, en las formas graves, apenas puede salir de su domicilio. La mayoría de los casos de agorafobia presentan también crisis de angustia.

Existen algunas discrepancias entre la psiquiatría americana y la europea a la hora de encuadrar este trastorno. El DSM-5, da especial relevancia a las crisis de angustia y defiende el carácter secundario de la agorafobia, pero cuando un paciente cumple criterios de trastorno de angustia y de agorafobia, se debe diagnosticar ambos trastornos. Por el contrario, la psiquiatría europea da prioridad al diagnóstico de la fobia, considerando las crisis de angustia como un fenómeno derivado de ella; por lo tanto, según la CIE-10, en el caso del paciente que cumple los criterios de ambos trastornos, propone utilizar el diagnóstico de agorafobia con trastorno de pánico.

El aislamiento del paciente con agorafobia puede en ocasiones confundirse con el retramiento social grave del paciente depresivo aunque, en el primer caso, la causa reside en el miedo a encontrarse en lugares que considera inseguros.

El tratamiento se basa en las técnicas cognitivo-conductuales, fundamentalmente en la exposición en vivo, que en este caso es muy laboriosa dada la cantidad de situaciones a afrontar. Se han desarrollado modelos de tratamiento psicológico basados en las nuevas tecnologías (apoyo telefónico, vía SMS, realidad virtual) para poder hacer más accesible el tratamiento psicológico. Los antidepresivos son esenciales en los casos de agorafobia secundaria a un trastorno de angustia o cuando el paciente ha desarrollado un episodio depresivo secundario a la agorafobia.

b) Trastorno de angustia

El trastorno de angustia se define por la aparición de crisis de angustia (ataques de pánico según la terminología anglosajona) que inicialmente son espontáneas e inesperadas y siguen un curso recurrente, hasta el punto que, poco a poco, van produciendo diversas complicaciones psicológicas que modifican notablemente la vida del paciente.

Afecta a un 3-4 % de la población general a lo largo de la vida, predomina en mujeres (2:1) y presenta en su incidencia dos picos de edad: al final de la adolescencia y entre los 30 y 40 años.

Diagnóstico

La crisis de angustia es un episodio de inicio brusco que alcanza su máxima intensidad en unos minutos. Las primeras crisis son vividas como espontáneas e inesperadas, sin que el paciente alcance a relacionarlas con ninguna situación estresante; incluso pueden llegar a despertarle durante el sueño.

Durante la crisis se despliega un repertorio flido de síntomas físicos que se acompañan de la sensación de que algo muy grave está pasando, lo que provoca la búsqueda inmediata de ayuda médica. Es muy típica la hiperventilación, que a su vez puede provocar síntomas físicos adicionales por la alcalosis respiratoria (contracturas musculares, parestesias, mareo). Además, estos síntomas físicos se asocian a síntomas psicológicos. Se deben cumplir, al menos, cuatro o más de los criterios diagnósticos y la duración media es de 30-45 minutos hasta su cese completo, quedando el paciente exhausto.

A continuación, se detallarán los criterios diagnósticos de una crisis de angustia según las clasificaciones internacionales (CIE-10 y DSM-5).

(1) Palpitaciones, “golpeteo” del corazón o elevación de la frecuencia cardíaca
(2) Sudoración
(3) Temblores o sacudidas
(4) Sensación de dificultad para respirar o de asfixia
(5) Sensación de ahogo
(6) Opresión o malestar torácico
(7) Náuseas o molestias abdominales
(8) Inestabilidad, mareo, aturdimiento o desmayo
(9) Escalofríos o sofocos
(10) Parestesias (sensación de entumecimiento u hormigueo)
(11) Desrealización (sensación de irrealidad) o despersonalización (sensación de “separarse de uno mismo”)
(12) Miedo a perder el control o a volverse loco
(13) Miedo a morir
Número de síntomas para cumplir el criterio de crisis de angustia

Las manifestaciones clínicas más relevantes del trastorno de angustia son:

- los síntomas de la crisis de angustia
- la preocupación por la repetición de la crisis (ansiedad anticipatoria)
- el miedo a las consecuencias de la crisis (preocupación debido a pensamientos hipocondríacos)
- los cambios de conducta inducidos por la crisis (conductas de evitación).

Para diagnosticar el trastorno de angustia tienen que darse crisis repetidas con las que irán apareciendo las complicaciones psicológicas típicas. Con la sucesión de crisis, éstas pueden condicionarse a estímulos inicialmente neutros que faciliten su aparición (crisis “facilitadas”) o hacerse completamente situacionales, lo que se acompaña de conductas de evitación (agorafobia).

El DSM-5 considera que las crisis de angustia tienen una gran ubicuidad y pueden aparecer en muchos trastornos; de hecho, incluye el término “crisis de angustia” como una especificación que puede acompañar a trastornos depresivos, psicóticos y de otro tipo.

Diagnóstico diferencial

En el diagnóstico diferencial de una crisis de angustia se pueden plantear problemas de prácticamente de todas las especialidades médicas. La vivencia que tiene el paciente es fundamentalmente física y eso hace que, inicialmente, el diagnóstico se dirija a descartar aquellas enfermedades médicas que pueden provocar síntomas similares. Los pacientes, a veces, pueden tardar en consultar varios años tras haber realizado un recorrido por diferentes especialistas médicos (cardiólogo, neurólogo, otorrinolaringólogo, etc.). El hecho de que afecte típicamente a personas jóvenes (presumiblemente “sanas”) y que en la exploración física nunca se detecten datos de gravedad ayuda a enfocar el diagnóstico. Este diagnóstico diferencial se complica cuando las crisis se centran en unos pocos síntomas (tipo angor, asmatiformes, vestibulares) o cuando no llegan a alcanzar su máxima intensidad y se quedan en crisis “larvadas”. Las causas médicas más frecuentes que cursan con síntomas de ansiedad parecidos a los de las crisis de angustia son.

- Intoxicación por estimulantes del SNC (cafeína, cocaína, anfetaminas)
- Abstinencia de depresores del SNC (alcohol, benzodiazepinas, opiáceos)
- Crisis asmática
- Cardiopatía isquémica
- Arritmias
- Hipertiroidismo
- Vértigo periférico
- Patología vascular cerebral
- Epilepsia

Además, pueden darse crisis de angustia en el marco de otros trastornos de ansiedad y otros trastornos psiquiátricos:

- fobias (cuando no se puede evitar la exposición a la situación temida)
- trastorno obsesivo-compulsivo (cuando por alguna razón no se pueden llevar a cabo los rituales que alivian la ansiedad)
- trastorno por estrés postraumático
- trastorno de ansiedad generalizada
- trastorno depresivo

En todos estos casos es importante recordar que los síntomas psicológicos de las crisis de angustia no se diferencian cualitativamente de los que pueden aparecer de forma “reactiva” ante situaciones vitales estresantes, lo que verdaderamente se destaca es su intensidad extrema y, sobre todo, su ausencia de asociación con un acontecimiento precipitante.

Curso y pronóstico

Claramente es un trastorno crónico y recurrente, pero la mayoría de los pacientes pueden tardar varios años en buscar ayuda psiquiátrica pues considerarán que sufren un problema clínico. Se describe igualmente una tendencia al abuso de ansiolíticos y alcohol (30 %), además de una mayor incidencia de episodios depresivos (60-90 %) y de intentos de suicidio (20 %).

Los factores de mal pronóstico son:

- Crisis de angustia inicialmente graves.
- Agorafobia grave inicial.
- Mayor duración de la enfermedad.
- Depresión comórbida.
- Antecedentes de separación de la figura paterna/materna (separación o fallecimiento).
- Alta sensibilidad interpersonal
- Falta de apoyo social (soltería).

Tratamiento

En su tratamiento se diferencian tres objetivos:

- el tratamiento de las crisis (fase aguda o abortivo): En general no da tiempo a que ningún fármaco actúe, dada la corta duración de los episodios. Se utiliza cualquier benzodiacepina vía oral. Además, se recomienda instruir al paciente en el control de la hiperventilación e informarle adecuadamente de las características del trastorno y de la ausencia de riesgo físico.
- el tratamiento para prevenir nuevas crisis (tratamiento profiláctico): Los antidepresivos se consideran actualmente los fármacos de primera línea para prevenir las crisis de angustia. La eficacia de las distintas familias de antidepresivos es similar, prefiriéndose los ISRS por su buen perfil de efectos adversos y quedando el resto de antidepresivos como fármacos de segunda línea. Las dosis habitualmente utilizadas son similares o superiores a las dosis utilizadas para el tratamiento de los episodios depresivos, pero muchos pacientes con ansiedad se van a mostrar hipersensibles a los efectos “activadores” de los antidepresivos, que pueden agravar inicialmente la ansiedad; por este motivo se recomienda ir subiendo poco a poco la dosis. Un inconveniente adicional de los antidepresivos es su latencia de respuesta, que puede tardar 3-4 semanas en aparecer. Por este motivo, se recomienda añadir alguna benzodiacepina esas semanas iniciales, para posteriormente ir retirándola y continuar con el antidepresivo, aproximadamente, un año más tras el control de las crisis. Pasado ese año de tratamiento podrá intentarse su retirada progresiva, existiendo siempre un riesgo de recaída que obligará a replantear el tratamiento. Las benzodiacepinas son también eficaces para prevenir las crisis pero el riesgo de dependencia hace que no se consideren fármacos de primera o segunda línea. La psicoeducación acerca de la enfermedad se ha demostrado muy eficaz a la hora de prevenir el desarrollo de complicaciones ansiosas (ansiedad anticipatoria, preocupaciones hipocondríacas). También el entrenamiento en técnicas de relajación es de utilidad para evitar que las crisis alcancen gran intensidad.
- el tratamiento de las complicaciones psicológicas: Se basa en las técnicas cognitivo-conductuales. De todas las complicaciones, posiblemente la agorafobia es la que se muestre más resistente, dado que el paciente, a pesar de tener ya controlada las crisis espontáneas con el tratamiento farmacológico, va a mostrarse reacio a “arriesgarse en situaciones agorafóbicas”; por eso, la exposición en vivo suele ser imprescindible para corregir esta complicación. Las técnicas de exposición interoceptiva permiten aumentar

la tolerancia de los pacientes ante sus síntomas físicos y el entrenamiento en relajación puede ayudar a controlar la ansiedad anticipatoria en algunos casos, pero no existe ninguna terapia psicológica capaz de prevenir la aparición de nuevos ataques. El uso combinado de farmacoterapia y técnicas cognitivo-conductuales ha demostrado mayor eficacia que cualquiera de los tratamientos por separado, así como una mayor duración de los resultados a largo plazo.

c) Trastorno de ansiedad generalizada

El trastorno de ansiedad generalizada (TAG) se caracteriza por un estado de ansiedad y preocupación crónico (más de 6 meses según las clasificaciones actuales) que el individuo no puede controlar y se manifiesta en forma de síntomas diversos.

Afecta a un 5 % de la población general en algún momento de la vida, cifra que llega a duplicarse considerando las consultas sólo en el ámbito de la atención primaria de la salud. Como los trastornos de ansiedad en general, tiende a aparecer en la juventud y afecta más a las mujeres que a los hombres (2:1).

Diagnóstico

Generalmente, el médico se encontrará frente a un paciente que se queja o demuestra un estado de preocupación excesiva desencadenado por los detalles más insignificantes de su vida cotidiana. Esta preocupación se traduce en problemas para conciliar el sueño, irritabilidad, inquietud psicomotriz y somatizaciones diversas (tensión muscular, cefaleas, sudoración, palpitaciones, molestias digestivas) que, con frecuencia, son el principal motivo de consulta; lo que explica por qué el índice de diagnóstico se incrementa en las consultas de atención primaria. En el plano neuropsicológico, los pacientes pueden notar cómo su capacidad de atención y concentración se ve reducida, presentando problemas para realizar tareas de cierta complejidad cognitiva.

Algunos autores consideran el TAG como una categoría residual que precisa la exclusión de otros trastornos (psiquiátricos u orgánicos) que también cursan con ansiedad. De hecho, es muy frecuente que los pacientes tengan otros diagnósticos psiquiátricos comórbidos con el TAG.

A continuación, se detallarán los criterios diagnósticos de un trastorno de ansiedad generalizada según las clasificaciones internacionales (CIE-10 y DSM-5).

Ansiedad y preocupación excesivas (expectación aprensiva) sobre una amplia gama de acontecimientos o actividades (como el rendimiento laboral o escolar) que se prolongan más de seis meses

Al individuo le resulta difícil controlar la preocupación

La ansiedad o preocupación se asocia a tres o más de los siguientes síntomas, algunos de los cuales han persistido más de seis meses:

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">- inquietud o sensación de “estar atrapado” o con “los nervios de punta”- fácilmente fatigado- dificultad para concentrarse o quedarse con la mente en blanco- irritabilidad- tensión muscular- problemas de sueño (insomnio de conciliación o mantenimiento o sueño no reparador) |
|---|

Diagnóstico diferencial

Es importante diferenciar entre la ansiedad apropiada o normal en respuesta a un estímulo concreto, de intensidad proporcionada, y la ansiedad patológica, que es desproporcionada y duradera. También se debe descartar que los síntomas psíquicos que tiene el paciente no deriven de otro trastorno psiquiátrico y que los síntomas físicos no se deban en realidad a una causa médica o a efectos del consumo de una sustancia.

Asimismo, se debe recordar que es muy frecuente la coexistencia con otros diagnósticos médicos, sobre todo con aquellos que reflejan alteraciones “funcionales” de diversos órganos o sistemas (cefaleas, trastornos de la motilidad gastrointestinal, etc.); así como la comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos, fundamentalmente, otros trastornos de ansiedad y depresivos.

Curso y pronóstico

A pesar del tratamiento, este trastorno tiende a la cronicidad, con períodos de exacerbación derivados de situaciones estresantes. Estos pacientes suelen presentar trastornos depresivos a lo largo de su evolución y también tienen un importante riesgo de abusar o depender de sustancias como el alcohol y las benzodiacepinas.

Tratamiento

En este trastorno se considera prioritario el abordaje psicológico (por ejemplo, las técnicas de afrontamiento del estrés, las terapias cognitivas, el entrenamiento en relajación) que consigue mejores resultados a largo plazo, respecto de los medicamentos, mediante la corrección los procesos cognitivos erróneos que contribuyen a la cronificación de la ansiedad.

Farmacológicamente, la primera línea la constituyen los fármacos antidepresivos, fundamentalmente los ISRS, que se manejan en general en dosis similares o superiores a las utilizadas en los episodios depresivos. A su favor se destaca que carecen de los riesgos de las benzodiacepinas (sedación, tolerancia, abuso, dependencia) y pueden tratar también una posible depresión coexistente; en su contra figura la latencia de su efecto (tardan varias semanas en actuar) y el posible aumento de la ansiedad en los primeros días (por la hipersensibilidad de los pacientes ansiosos a sus efectos “activadores”). Los tratamientos con benzodiacepinas deberán circunscribirse a breves períodos (especialmente, mientras el ISRS hace su efecto) por el riesgo de dependencia. Por otro lado, actualmente, la pregabalina tiene una eficacia probada y cada vez se emplea más en este tipo de trastornos. Los b-bloqueantes pueden actuar aliviando los síntomas periféricos de ansiedad y disminuyendo la necesidad de otros fármacos.

Escalas de evaluación de la ansiedad

El subdiagnóstico de la ansiedad ha dado lugar a un gran número de instrumentos o escalas estructuradas que tratan de detectar “posibles casos” de enfermedad. Muchas de las escalas pretenden ser instrumentos de cribado y, con todos ellos, una vez detectado el posible caso se emprenderá el procedimiento diagnóstico oportuno. Las escalas por sí mismas no generan diagnósticos, sino que permiten seleccionar personas con puntuación alta de las que se sospecha la presencia de patología mental, lo que justifica la realización posterior de un estudio más profundo. Además, estos instrumentos de medida sirven para completar una adecuada valoración, ya que refuerzan el juicio diagnóstico elaborado tras la entrevista clínica y la evaluación psicopatológica.

Todos estos instrumentos presentan falsos positivos y negativos, por lo expuesto, no es recomendable utilizar las escalas de rutina en atención primaria con fines clínicos, y en ningún caso sustituyen a la entrevista clínica; aunque son útiles como guía de la entrevista y para apoyar el juicio clínico, así como también se han convertido en herramientas esenciales en el ámbito de la investigación clínica, además de servir para comprobar el efecto que las distintas intervenciones terapéuticas tienen en la evolución de la enfermedad.

A continuación, se mencionarán las escalas utilizadas más frecuentemente en el ámbito de la APS.

Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg

La Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg (EADG) fue concebida para permitir la detección de los dos trastornos psicopatológicos más frecuentes en atención primaria. Es un instrumento sencillo, breve y de fácil manejo, apropiado para ser administrado en el ámbito de la atención primaria de la salud. Puede servir de guía de la entrevista, así como de indicador de la prevalencia, 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.

Hospital, Ansiedad y Depresión

La escala Hospital, Ansiedad y Depresión (HAD) contiene 14 ítems y fue diseñada para la evaluación de la ansiedad y la depresión en servicios hospitalarios de consulta externa no psiquiátricos. Se trata de una medida que contiene dos escalas, una para la ansiedad y otra para la depresión. Una de sus principales características es la supresión de los síntomas somáticos para que se pueda evaluar independientemente de la enfermedad somática subyacente. Se trata de un instrumento validado y de utilidad en el contexto de atención primaria de la salud.

Escala de Hamilton para la Ansiedad

La Escala de Hamilton para la Ansiedad (HARS-Hamilton Anxiety Rating Scale) evalúa la intensidad de la ansiedad. Consta de 14 ítems que valoran los aspectos psíquicos, físicos y somáticos de la ansiedad. Un ítem evaluará el ánimo deprimido. Es una escala heteroaplicada. Existe una versión adaptada al castellano.

Manejo del paciente ansioso

Es importante abordar al paciente de forma que se sienta seguro y entendido cuando sufre importantes manifestaciones de ansiedad. Los pacientes con trastorno de angustia, por ejemplo, puede que estén muy asustados por la relevancia médica de sus síntomas, como la taquicardia, el mareo o la falta de aire, o preocupados por si el médico los etiqueta de “locos”. Frases dirigidas a los pacientes con crisis de angustia del tipo de “no tiene nada” no hacen sino provocar más ansiedad en un sujeto que cree estar a punto de morir de un infarto. Los pacientes con fobia social pueden estar ansiosos por la propia entrevista médica y sentirse avergonzados por su ansiedad. Que el médico conozca de antemano estas cuestiones y se anticipa a ellas, junto con su disponibilidad para escuchar lo que le preocupa al paciente, puede resultar terapéutico en sí mismo.

Aunque algunos centros de atención primaria no pueden llevar a cabo terapias específicas para estos trastornos, las intervenciones sencillas (por ejemplo: animar al paciente agorafóbico a que

se vaya exponiendo poco a poco a las situaciones temidas, una vez instaurado el tratamiento farmacológico) pueden resultar bastante útiles. Cuando se inicia la farmacoterapia del paciente, se debe hacer un seguimiento del tratamiento (por ejemplo, cada 2 a 3 semanas, dependiendo de la complejidad de la presentación) hasta lograr estabilizar la dosis y que remitan las manifestaciones clínicas; si esto no es posible, estaría indicada la derivación al psiquiatra. Es importante que el médico de atención primaria realice un seguimiento de las prescripciones de benzodiacepinas para evitar que surjan complicaciones de abuso o dependencia de estos fármacos.

SE RECOMIENDA COMPLEMENTAR LA LECTURA DEL TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS RELACIONADOS CON LA ANSIEDAD CON EL APARTADO:

4- Terapéutica general de los trastornos psíquicos.

4- Terapéutica general de los trastornos psíquicos

Hoy en día, en la práctica clínica, los tratamientos psicoterapéuticos se contemplan como componentes de un abordaje integrado junto a los tratamientos farmacológicos. La superioridad de la combinación de ambos tipos de tratamientos ha sido demostrada de modo consistente en la medida en que se han realizado estudios con muestras significativas para una cantidad creciente de trastornos. En la actualidad, existen metaanálisis que señalan la combinación de psicofármacos y psicoterapia como más eficaz que cualquiera de las dos alternativas por separado.

a) Tratamiento psicoterapéutico

Dada la pluralidad de enfoques psicoterapéuticos, existe una amplia gama de definiciones de lo que es psicoterapia.

Para algunos autores, la psicoterapia es: “Un tratamiento ejercido por un profesional autorizado que utiliza medios psicológicos para ayudar a resolver problemas humanos en el contexto de una relación profesional”.

La relación médico-paciente puede ser terapéutica si se emplea para generar confianza en el paciente, mejorar el cumplimiento de tratamientos más específicos y ayudarle en períodos de malestar. Es importante escuchar las preocupaciones del paciente puesto que, con frecuencia, esto es suficiente para que la persona se sienta ayudada. El médico puede mejorar la relación con el paciente en la medida en que favorezca la expresión de las emociones, ayude a aliviar el malestar, estimule la esperanza (especialmente en los pacientes con problemas médicos crónicos) y refuerce la autoayuda potenciando la imagen de autosuficiencia e independencia.

Aspectos comunes de las psicoterapias

A pesar de la diversidad de enfoques, las psicoterapias comparten una serie de aspectos, a saber:

- Se trata de una relación con elevada carga de emoción, donde uno busca ayuda y otro la presta.
- Existe un mito terapéutico sobre la explicación del síntoma y el método para curarlo.
- Se facilita información nueva sobre los problemas del paciente, que será formulada según el mito terapéutico.
- Se persigue el desarrollo de la esperanza y la sensación de autocontrol.
- Hay una facilitación de la activación emocional.

También hay un esquema común, independiente de la orientación terapéutica, en el que se pueden señalar los siguientes pasos del proceso terapéutico:

- Recolección de la información: las primeras entrevistas se dedicarán a la recolección de información inicial, incluidos el motivo de consulta, la situación actual del problema, los antecedentes, la historia biográfica del paciente, los tratamientos actuales, etc.
- Contrato terapéutico: se establece con el paciente qué es lo que se va a tratar, con qué encuadre (frecuencia de las citas, duración, enfoque terapéutico, etc.) y durante cuánto tiempo.
- Alianza terapéutica: es importante dedicar el inicio de la terapia al establecimiento de una relación de trabajo conjunto entre terapeuta y paciente para conseguir los objetivos marcados. Esta relación se basa en la empatía, la confianza mutua y la aceptación.

- Manejo de las transferencias y contratransferencias: el terapeuta debe tener conciencia de las reacciones del paciente y de las propias.
- Fase intermedia de avances con algunas resistencias: es frecuente la ambivalencia ante el cambio y la aparición de resistencias inconscientes a lo largo del proceso.
- Finalmente, y si la evolución del tratamiento fue favorable, el paciente tiene una mejor comprensión de su problema y se siente más confiado para manejarlo.

Clasificación

A continuación, se describirán sucintamente las características generales de los tipos de psicoterapias de elección más frecuente por los pacientes; sin embargo, corresponde mencionar que, actualmente, son las terapias cognitivo-conductuales, las que más se destacan en el tratamiento de los trastornos ansioso-depresivos, por su efectividad demostrada a corto y mediano plazo.

<u>Orientación Teórica</u>	<u>Tipo de Terapia</u>	<u>Objetivo/foco del tratamiento</u>	<u>Duración</u>	<u>Destinatarios</u>
Psicoanálisis	Psicoanálisis clásico	Conflicto intrapsíquico. Se pretende la reorganización de la personalidad.	Indefinida y de larga duración.	Personas motivadas, con buen nivel intelectual y con una estructura psíquica que permita la regresión.
Técnicas conductuales	Control de la activación (relajación). Desensibilización sistemática. Técnicas operantes. Técnicas de modelado. Entrenamiento de habilidades sociales.	Modificación de la conducta disfuncional.	Limitada, número de sesiones según el problema a abordar.	Amplio rango de patologías en las que el problema se pueda definir conductualmente de forma operativa.
Técnicas cognitivas	Terapia racional emotiva. Reestructuración cognitiva. Entrenamiento en autoinstrucciones. Entrenamiento en resolución de problemas.	Reconocer los errores del procesamiento de la información (creencias irracionales o pensamientos distorsionados) y modificarlos.	Limitada, número de sesiones según el problema a abordar.	Amplio rango de patologías, especialmente ansiedad, depresión, habilidades sociales, etc.

Técnicas de tercera generación	Mindfulness-Based Cognitive Therapy.	Construcción de repertorios amplios, flexibles y efectivos.	Limitada, número de sesiones según el problema a abordar.	Amplio rango de patologías, especialmente, las relacionadas con vivencias del “aquí y ahora”.
Técnicas sistémicas	Escuela de Palo Alto. Terapia centrada en la solución de Shazer. Enfoque estructural de Minuchin.	Intervención activa en el sistema familiar para modificar el equilibrio de la relación patogénica entre los familiares y facilitar nuevas formas de relación.	Limitada, número de sesiones según el problema a abordar. Alrededor de 20 sesiones.	Disfunciones en el contexto de la familia.

En la actualidad, emerge un movimiento integrador en el campo de la psicoterapia, derivado de aspectos como la proliferación de enfoques psicoterapéuticos, la ausencia de eficacia diferencial entre ellos y la dificultad de que un mismo enfoque sea el más adecuado para todos los casos.

La Psicoterapia Integrativa adopta una actitud hacia la práctica de la psicoterapia que declara el valor inherente de cada individuo. Es una psicoterapia de unificación que responde de forma apropiada y eficaz a la persona en las diversas áreas de su funcionamiento, incluyendo, también, la dimensión espiritual de la vida.

El término "integrativa" de la Psicoterapia Integrativa se refiere al proceso de integrar la personalidad; es decir, asimilar aspectos repudiados, no conscientes o no resueltos de uno mismo y hacerlos parte de una personalidad cohesionada, reduciendo el uso de mecanismos de defensa que inhiben la espontaneidad y limitan la flexibilidad en la resolución de problemas, en el mantenimiento de la salud, y en las relaciones con las personas, con el fin de reincorporarse al mundo con plena capacidad de contacto.

Tiene en cuenta muchos criterios sobre el funcionamiento humano. El enfoque psicodinámico, el enfoque centrado en la persona, el conductual, el cognitivo, la terapia familiar, la terapia Gestalt, las psicoterapias corporales, las teorías de las relaciones objetuales, la psicología psicoanalítica del self y el análisis transaccional, son todos considerados dentro de una perspectiva de sistemas dinámicos. Cada uno proporciona una explicación parcial de la conducta y cuando se integran de una forma selectiva con otros aspectos del enfoque del terapeuta, cada uno de ellos gana valor.

El objetivo de una psicoterapia integrativa es facilitar tal plenitud, que la calidad del ser de la persona y su funcionamiento en las áreas intrapsíquica, interpersonal y socio-política se potencia al máximo con la debida consideración hacia los propios límites personales y las restricciones externas de cada individuo.

Se trabaja sobre la unión de los sistemas afectivo, cognitivo, conductual y fisiológico de una persona, con una conciencia de los aspectos sociales y transpersonales de los sistemas que rodean al sujeto. Estos conceptos se utilizan dentro de una perspectiva evolutiva del ser humano, en la que cada fase vital presenta tareas propias del desarrollo, necesidades, sensibilidades, crisis y oportunidades para un nuevo aprendizaje.

Las intervenciones psicoterapéuticas que se emplean en Psicoterapia Integrativa están basadas en las investigaciones sobre el desarrollo evolutivo y en las teorías que describen las defensas autoprotectoras utilizadas cuando se producen interrupciones en un normal desarrollo.

Está reconocido, dentro de este marco, que la integración es un proceso con el que los propios terapeutas también tienen que comprometerse; por lo tanto, hay un foco de atención en la integración personal de los terapeutas. Además, es necesario que haya una dedicación a la búsqueda del conocimiento en el área de la psicoterapia y sus campos afines; existe una obligación ética, en particular para los psicoterapeutas integrativos, de dialogar con colegas de diferentes orientaciones y de mantenerse informados de la evolución de este ámbito.

b) Tratamiento psicofarmacológico

En este apartado, se focalizará en explicar las acciones de los grupos farmacológicos que habitualmente se utilizan en la atención primaria de la salud: ansiolíticos, hipnóticos y antidepresivos de primera elección.

No debe confundirse el nombre de los grupos farmacológicos con sus acciones, ya que la mayor parte de los agentes incluidos en algunos de los grupos farmacológicos se utilizan también en otros cuadros clínicos. De hecho, en la farmacopea psiquiátrica actual, los tratamientos utilizados son sintomáticos, no etiológicos.

1. Benzodiacepinas

Las benzodiacepinas (BZD) son el grupo farmacológico más empleado en el tratamiento de la ansiedad, por lo que su nombre a veces se utiliza casi como sinónimo de ansiolítico. Son sustancias en general lipófilas que se diferencian en función de su estructura química, lo que les confiere diversidad en cuanto a semivida y metabolismo (con producción o no de metabolitos activos).

Se fijan a lugares del complejo receptor macromolecular GABA-A que comprende varias estructuras. Las BZD, al interactuar con la subunidad α del receptor GABA-A, potencian la acción inhibitoria del GABA a nivel tanto presináptico como postsináptico, facilitando la apertura del canal de Cl^- y produciendo una hiperpolarización y, por tanto, una inhibición de la transmisión sináptica.

En general, son de fácil absorción en los primeros tramos del aparato digestivo. Las diferencias en la rapidez de absorción permiten explicar por qué algunas BZD tienen una acción clínica más rápida mientras que otras actúan más lentamente. Su ingestión con el estómago vacío facilita la absorción, mientras que la toma conjunta con antiácidos que contengan aluminio o con fármacos que retrasen el vaciado gástrico reduce la velocidad de absorción. La cuestión de la rápida absorción puede ser muy importante en caso de que se requiera un efecto hipnótico (inicio de los efectos) y tiene menos trascendencia cuando el paciente toma BZD de forma continuada en múltiples dosis, alcanzándose un estado estable al cabo de varios días.

Debe diferenciarse el concepto de semivida plasmática de la duración de su efecto clínico, ya que algunas BZD tienen una semivida plasmática larga y, sin embargo, la duración de sus efectos clínicos es más corta debido a que ésta se relaciona con su presencia en concentraciones eficaces en el SNC, lo que a su vez depende del volumen de distribución tisular y de la afinidad por los lípidos, entre otros parámetros. El caso paradigmático en este sentido sería el del diazepam, que

tiene una semivida prolongada pero cuya eficacia clínica obliga a prescribir pautas de dosificación frecuente.

Las BZD se metabolizan en el hígado, por lo que en los pacientes con alteraciones hepáticas y en los ancianos deben emplearse BZD de metabolización más fácil, como el lorazepam y el oxazepam (sin metabolitos activos). Asimismo, debe tenerse en cuenta que muchos metabolitos de algunas BZD son activos, por lo que su semivida y sus efectos deben sumarse al del compuesto original; por ejemplo, el diazepam y clorazepato, entre otros.

La mayor parte de los metabolitos de las BZD se eliminan por la orina y una escasa parte lo hace a través de la bilis y finalmente por las heces.

Poseen propiedades ansiolíticas, hipnóticas, anticonvulsivantes y relajantes musculares. En general, en dosis bajas son ansiolíticas, en dosis medias son hipnóticas, sedantes y miorrelajantes, y en dosis altas son anticonvulsivantes. Igualmente todas pueden producir amnesia anterógrada.

La acción ansiolítica es la fundamental. Desde el punto de vista clínico, reducen la tensión emocional (aunque excepcionalmente pueden producir efectos paradójicos de irritabilidad y hostilidad), mejoran el rendimiento del paciente, inducen la puesta en marcha de su propia capacidad y le proporcionan un dominio de la situación al salir de la actitud pasiva propia de la ansiedad.

La acción relajante muscular es una característica de todas las BZD, aunque variable según el tipo de compuesto. Este efecto relajante es deseable como complemento terapéutico en los cuadros de ansiedad con tensión muscular.

Respecto a la acción hipnótica, las BZD son inductoras del sueño, aunque presentan diferencias entre unas y otras, fundamentalmente por razones farmacocinéticas. Disminuyen el tiempo de latencia para el comienzo del sueño no REM, el tiempo de vigilia y el número de despertares, aumentando, por lo tanto, el tiempo total de sueño.

Suelen utilizarse BZD como tratamiento de la siguiente sintomatología, sea ésta la patología primaria o que constituya el síntoma predominante de otra patología:

- Ansiedad patológica: Las BZD son los fármacos de elección en el tratamiento de la ansiedad patológica en sus diversas modalidades. Debe evitarse su empleo durante un tiempo prolongado y no controlado. Estos fármacos deben utilizarse sólo hasta que el paciente experimente un buen nivel de motivación y una buena capacidad de control y adaptación, que han de ser valorados por el médico; de lo contrario, pueden convertirse para el paciente en “imprescindibles” y aumentar el riesgo de reacciones adversas, tolerancia y dependencia.
- Insomnio: Como inductores del sueño son especialmente útiles las BZD de acción corta o ultracorta, como el midazolam. Su uso, cuando se considere indicado, debe restringirse a períodos cortos (4 semanas) o, alternativamente, ser intermitente, utilizándose siempre la dosis mínima eficaz.

A continuación, se detallarán los usos clínicos de las BZD más utilizadas en el ámbito de la APS:

Fármaco	Principal uso clínico		Dosis equivalente (mg)	Vías de administración
	Ansiedad	Insomnio		
<u>Acción corta</u>				
Alprazolam	+		0,25	V.O.
Lorazepam	+		0,5	V.O.
Midazolam		+	7,5	V.O.

<u>Acción larga</u>				
Bromazepam	+		6	V.O.
Clonazepam	+		1	V.O.
Diazepam	+	+/-	5	V.O.

Las BZD tienen un amplio margen de seguridad. En las intoxicaciones agudas (sobredosis por intento de suicidio) rara vez se produce la muerte, excepto que haya asociación a otros fármacos o a alcohol, o se llegue a una depresión respiratoria grave.

Las BZD de semivida larga o con metabolitos activos, como el diazepam, pueden ejercer efectos debidos a su acumulación progresiva a medida que el paciente toma dosis consecutivas en días sucesivos, observándose, frecuentemente, efectos psicomotores residuales al día siguiente de la última toma. Otras, como el lorazepam, de semivida corta, no tienen ese inconveniente y se eliminan rápidamente, impidiendo los fenómenos de acumulación. Por lo expuesto, las BZD de semivida larga deben evitarse como hipnóticos.

Las reacciones adversas sobre el SNC son más frecuentes en los ancianos y en los pacientes con deterioro orgánico cerebral. Las razones de esta mayor sensibilidad podrían deberse a una mayor sensibilidad a sus efectos tóxicos o a una mayor dificultad para la eliminación renal. También pareciera que, con la edad, se pierde el mecanismo normal de tolerancia a los efectos sedantes de estos fármacos; en algunos pacientes el deterioro se produce como consecuencia de una acumulación progresiva, especialmente en el caso de las BZD de semivida larga. Asimismo, pueden producirse efectos tóxicos en los pacientes ancianos ante la presencia de cuadros infecciosos o tóxicos de otra naturaleza, que deteriorarían una tolerancia previa aparentemente buena. Por último, deben tenerse en cuenta los efectos aditivos tóxicos de las BZD con otras sustancias depresoras del SNC, como ciertos antidepresivos, antipsicóticos, antihistamínicos, anticonvulsivantes, opiáceos y, especialmente, el alcohol.

Las principales reacciones adversas sobre el SNC son:

- sedación excesiva
- somnolencia
- hipotonía muscular
- disminución de los reflejos en general.

Pueden ocasionar efectos:

- depresógenos sobre el estado anímico de los pacientes, que pueden sentirse más abatidos o con menos energía y vitalidad, por lo que su empleo en la depresión debe restringirse a situaciones en las que predominen la ansiedad y la agitación.
- amnesígenos que pueden tener consecuencias negativas, especialmente en los pacientes ancianos o con una función mnésica ya alterada. Se manifiestan sobre todo en la memoria inmediata, de forma que el paciente se muestra incapaz de registrar nueva información mientras está bajo el efecto agudo del fármaco. Este efecto es, al parecer, más acusado con las de acción rápida y potente, como el lorazepam y el alprazolam.

Con menor frecuencia aparecen:

- disartria
- ataxia
- confusión
- desorientación
- desinhibición conductual o, por el contrario, ausencia de respuesta ante situaciones que pudieran requerirla.

El efecto de las BZD sobre la respuesta ventilatoria varía mucho de un individuo a otro y debe tenerse especial cuidado en los pacientes con patología respiratoria crónica.

Se debe considerar la posibilidad del efecto paradójico, de agitación o ansiedad, especialmente en niños, adolescentes y ancianos, y un efecto ansiogénico, con alteraciones de la conducta, en el caso de algunos hipnóticos, en los que el efecto hipnótico predomina sobre el ansiolítico.

En los pacientes habituados a la toma periódica de una BZD, el síndrome de abstinencia aparece a las pocas horas de suspender la toma habitual y se caracteriza por la reaparición de ansiedad creciente, inquietud, irritabilidad, temblor, anorexia, cefalea, mareo, sensación de aturdimiento, despersonalización o desrealización y confusión, que en los casos extremos puede llegar a la aparición de síntomas psicóticos e incluso convulsiones. También se evidencia el efecto rebote del insomnio tras la supresión, si se utilizan BZD por tiempos prolongados para el tratamiento de trastornos del sueño. Este efecto rebote es menos frecuente con las BZD de semivida larga respecto de las de semivida corta.

Si detecta que un paciente está incrementando la dosis de BZD, el médico debe sospechar que ha desarrollado tolerancia. Debido a este efecto adverso, muchas guías clínicas recomiendan la limitación del empleo de las BZD a 2 meses, con un tercer mes destinado a su retirada gradual, a fin de reducir el número de casos de dependencia; este período debe limitarse a sólo 1 mes en caso de utilizarse como hipnóticos. Sin embargo, la realidad clínica es diferente, ya que un elevado porcentaje de la población consume BZD de forma más o menos continuada para el control de la ansiedad o el tratamiento de trastornos psíquicos de diversa naturaleza; y dependerá de la experiencia, vigilancia y habilidad del médico, la retirada del tratamiento.

Se profundizará sobre las reacciones adversas de las BZD, luego de describir las propiedades de los hipnóticos no benzodiacepínicos, en una tabla comparativa.

Las contraindicaciones de las BZD están en relación con sus efectos tóxicos o secundarios. Se desaconseja su uso:

- en sujetos que deban manejar maquinaria peligrosa
- en sujetos que deban conducir
- en sujetos que deban estar en sitios altos
- en sujetos que deban estar en situaciones de riesgo
- en sujetos que tengan diagnóstico de miastenia gravis
- en mujeres que cursen el primer trimestre del embarazo, si bien no se ha probado de manera definitiva su relación causal con los defectos de cierre del paladar
- durante el parto, para evitar la depresión respiratoria en el recién nacido
- en mujeres lactantes, dado que pasa a la leche materna.

Deben usarse con precaución en pacientes con:

- patología respiratoria grave o asma
- deterioro cognitivo
- cuadros confusionales
- pacientes en los que el efecto relajante muscular suponga riesgo de caídas (fundamentalmente ancianos).

2. Hipnóticos no benzodiacepínicos

Los trastornos del sueño son de presentación muy frecuente en el abanico sintomático de los trastornos relacionados con la ansiedad y con los trastornos depresivos. Por lo expuesto, en este apartado se describirán los usos más frecuentes de los hipnóticos en la práctica clínica.

La frecuencia del insomnio en la población general, especialmente en los mayores de edad, hace que el empleo de hipnóticos esté muy extendido. Los hipnóticos sólo sirven como tales durante un tiempo limitado, produciendo insomnio de rebote tras su supresión, con diversa frecuencia según la droga utilizada. Las alternativas en forma de técnicas psicológicas parecen más eficaces a mediano y largo plazo. Por ello, el empleo de hipnóticos debe reservarse para el insomnio transitorio o situacional y sustituirse por otras alternativas en los casos de insomnio crónico.

Se denomina hipnóticos a aquellas sustancias que presentan capacidad para inducir, mantener o alargar el tiempo de sueño. Existen varias familias que poseen una acción muy similar, al actuar todas ellas con mayor o menor selectividad sobre el receptor benzodiazepínico del complejo GABA:

- benzodiazepinas
- hipnóticos no benzodiacepínicos: zolpidem, zopiclona y zaleplon.

El parámetro farmacocinético más importante a tener en cuenta en su uso clínico es la semivida, dado que ésta influye en la capacidad de mantenimiento del sueño durante el período de reposo nocturno; así como en la posibilidad de que aparezcan efectos sedantes residuales al día siguiente, lo cual sucede más frecuentemente con el uso de los de semivida larga.

El tiempo de absorción hasta el pico plasmático máximo es otro parámetro importante y es bastante similar en todos ellos, salvo en el zolpidem, donde es algo más prolongado (más de 2 horas) que en los demás, lo que es necesario tener en cuenta para adelantar su toma.

En los ancianos, es importante considerar el riesgo de acumulación con niveles hemáticos más elevados y prolongados, especialmente al administrar moléculas de semivida larga, debido a los siguientes factores:

- liposolubilidad, que influye en la distribución tisular y la facilidad de paso por la barrera hematoencefálica
- disminución de la capacidad metabólica
- disminución de eliminación

La introducción en la clínica de moléculas distintas de las BZD no ha desplazado totalmente a éstas y su empleo sigue siendo amplio. Tienen un perfil de efectos secundarios diferente, por lo que puede estar justificada la elección de BZD, especialmente, en aquellos casos en que se utilicen como tratamiento de un trastorno de ansiedad subyacente en el insomnio secundario.

Dado que las características de las BZD ya fueron descriptas en el apartado previo; a continuación, se describirán los hipnóticos no benzodiacepínicos más utilizados en la APS.

Zolpidem

Por sus características farmacodinámicas tiene una acción específicamente hipnótica. Entre sus efectos clínicos destacan una reducción del período de latencia del sueño, la mejoría de su calidad, una potencia hipnoinductora equivalente a la de las BZD, la práctica ausencia de efectos psicomotores residuales, un mínimo efecto de rebote tras la supresión y una escasa capacidad para producir dependencia. No evita los efectos de la supresión de las BZD, con la excepción de la mejoría de la latencia del sueño. En muchos pacientes presenta tolerancia con el uso continuado.

Zopiclona

Presenta escasa capacidad para producir dependencia y un poder hipnoinductor similar al de otros hipnóticos y muy parecido al del zolpidem. Tiene la particularidad de producir un sabor metálico amargo al día siguiente (en el 10 % de los casos) e igualmente puede disminuir

ligeramente el rendimiento psicomotor, pero en menor medida que las BZD. No parece producir efecto de rebote al suprimirse, o al menos éste, es menor que el que producen las BZD, y en la medida que no produce sedación residual ni afecta al rendimiento psicomotor parece estar indicado en el insomnio del anciano.

De acuerdo a lo expuesto, a continuación se detallarán los efectos adversos más comunes de las BZD y los hipnóticos no benzodiacepínicos referidos.

Fármacos	BZD t _{1/2} corta	BZD t _{1/2} larga	Zopiclona	Zolpidem
Tolerancia	++	+	-	-
Dependencia psicológica	++	+	+/-	+/-
Dependencia física	++	+	+/-	+/-
Retardo psicomotor	+	++	-	-
Amnesia anterógrada	++	+	-	-
Insomnio de rebote	++	+	+/-	+/-
Gusto metálico	-	-	+++	-
Sequedad de boca	-	-	++	-
Náuseas	-	-	-	++
Cefaleas	-	-	+	+
Somnolencia/Astenia	-	++	+	++
Aturdimiento	-	+	-	++

3. Blockantes b-adrenérgicos

Son fármacos eficaces para reducir la ansiedad secundaria a la activación del sistema nervioso simpático. Uno de los más empleados es el propranolol. Su empleo más frecuente aplica al tratamiento sintomático de la fobia social, actuando sobre la ansiedad de ejecución (oradores, músicos, opositores, etc.). En estos casos, se puede recomendar la toma de propranolol (10-20 mg) una media hora antes para disminuir los síntomas de ansiedad.

Su eficacia es relevante en el tratamiento de las manifestaciones orgánicas de la ansiedad, como temblores, taquicardia, palpitaciones, sudoración y sofocos.

Tienen la ventaja sobre las BZD de que no producen dependencia, aunque su empleo en dosis altas durante períodos prologados haría recomendable una reducción gradual. Tampoco producen sedación, por lo que no son incompatibles con la conducción de vehículos y hasta pueden ser útiles en situaciones de ansiedad generada por la responsabilidad al manipular máquinas que requieran un alto grado de atención.

Los bloqueantes de los receptores adrenérgicos carecen de efectos curativos sobre cualquier tipo de trastorno de ansiedad, en los que constituyen un mero tratamiento sintomático, eficaz durante períodos cortos.

No deben usarse en pacientes hipotensos o asmáticos y deben manejarse con precaución en los pacientes cardiópatas. Pueden inducir ganancia de peso.

4. Antidepresivos

Los fármacos denominados antidepresivos son un grupo heterogéneo de sustancias que mejoran algunos de los síntomas nucleares que aparecen en los pacientes diagnosticados de depresión, trastornos de ansiedad y otros trastornos psíquicos.

Actualmente, se reconocen diferentes grupos de antidepresivos, cada uno con propiedades diferentes, fundamentalmente en lo que respecta al mecanismo de acción y al perfil de efectos adversos. En este apartado, se focalizará en los antidepresivos del grupo ISRS, por ser los fármacos de primera elección para el tratamiento de los trastornos desarrollados a lo largo del presente capítulo y, por lo tanto, de uso más frecuente en el ámbito de la APS.

Cuando un impulso nervioso llega a un terminal nervioso noradrenérgico o serotoninérgico, estos neurotransmisores salen de sus vesículas sinápticas y se liberan al espacio intersináptico. Una vez allí pueden interactuar con sus receptores específicos en la membrana celular. Las moléculas de serotonina (5-HT) y noradrenalina (NA) pueden volver al terminal presináptico mediante transportadores específicos (recaptadores). Los antidepresivos inhibidores de la recaptación de serotonina (ISRS) y de NA evitan que éstas vuelvan a ser trasladadas al interior de la célula, de forma que permanecen más tiempo en el espacio sináptico, potenciándose así su efecto.

Los antidepresivos, en general, se absorben bien por vía oral, se fijan en gran medida a las proteínas plasmáticas (alrededor del 90 %) y son muy liposolubles, distribuyéndose fácilmente por las membranas biológicas. Por esto pueden llegar rápidamente a varios tejidos, atravesar las barreras hematoencefálica y placentaria, y pasar a la leche materna. Existen grandes diferencias respecto a la biodisponibilidad de los distintos antidepresivos. Los antidepresivos más modernos tienen un rango menor de dosis eficaces que facilita encontrar la dosis adecuada para cada paciente. La fluoxetina tiene una semivida mayor (aproximadamente 50 horas) que la de la mayoría de los antidepresivos de este tipo. El principal metabolito de la fluoxetina, la norfluoxetina, tiene una semivida de alrededor de 10 días (que puede aumentar en los pacientes con alteraciones hepáticas). Las interacciones farmacológicas por desplazamiento de otros fármacos no son habituales, aunque es posible que se produzcan en pacientes con insuficiencia renal o hepática, malnutrición o avanzada edad. Este grupo farmacológico presenta metabolización hepática y excreción renal.

El principal efecto resultante del tratamiento con este tipo de fármacos es la reducción de los síntomas que definen la depresión. Sin embargo, debido a la naturaleza de su mecanismo de acción, que implica la modulación de los niveles de distintos neurotransmisores, se producen otro tipo de efectos, por ejemplo, la actividad ansiolítica es propia de varios antidepresivos, especialmente los ISRS.

Se ha demostrado que este grupo farmacológico resulta eficaz en el tratamiento de numerosos cuadros de ansiedad, de forma que hoy se consideran los fármacos de elección en muchos de ellos: trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de angustia (pánico), fobia social, trastorno por estrés postraumático, entre otros. Las ventajas sobre las BZD radican en su mayor eficacia terapéutica a medio y largo plazo, la ausencia de potencial adictivo, la ausencia de sedación en la mayor parte de ellos, la compatibilidad con dosis moderadas de alcohol de algunos de ellos, la facilidad de dosificación (la mayoría permite una única toma diaria), el perfil de efectos secundarios muy favorable en casi todos y el hecho de que, al actuar por un mecanismo de acción diferente, son compatibles con las BZD en los casos en que al principio se requiera su combinación. Su principal inconveniente es que tardan 2-3 semanas en empezar a ejercer su efecto terapéutico, aunque algunos síntomas mejoren ya en las primeras semanas. Por otra parte, requieren una toma continuada durante períodos prolongados (12-24 meses en la mayoría de los trastornos en que están indicados). Asimismo, debe tenerse en cuenta su particular perfil de

interacciones, especialmente las debidas a la inhibición que muchos de ellos (excepto el escitalopram, citalopram y, en menor medida, la sertralina) ejercen sobre el sistema de enzimas hepáticas, sobre todo cuando deban asociarse a antihistamínicos u otros antidepresivos. Los antidepresivos serotoninérgicos son especialmente importantes como moduladores del estrés, permitiendo una mejor adaptación del individuo a su entorno en las situaciones de crisis o cambio.

Asimismo, el potencial sedante de algunos antidepresivos ha facilitado su uso en aquellos casos en los que el insomnio es secundario a un cuadro depresivo; por ejemplo, la mirtazapina (antagonista alfa₂ adrenérgico con perfil bloqueante del receptor 5-HT2) parece mejorar la arquitectura del sueño en los pacientes con depresión.

La condición de que los ISRS casi nunca provoquen alteraciones cardiovasculares hace que sean mucho más seguros que los otros tipos de antidepresivos. Las reacciones adversas más habituales son:

- náuseas
- anorexia
- nerviosismo o agitación
- insomnio
- pérdida de la libido
- anorgasmia.

Las alteraciones gastrointestinales, principalmente las náuseas, suelen ser causa de abandono del tratamiento inmediato; sin embargo, si el paciente puede tolerarlas, tienden a desaparecer pasadas las primeras semanas. Fluoxetina, sertralina y citalopram suelen provocar pérdida de peso y diarrea, mientras que la paroxetina puede provocar estreñimiento y ganancia de peso. La cefalea, que aparece al inicio del tratamiento y al aumentar las dosis de un ISRS, puede tratarse con paracetamol y generalmente también revierte en un par de semanas. Los efectos adversos a mediano y largo plazo, que son menos tolerados por los pacientes y suelen ser motivo de queja y hasta abandono del tratamiento en forma definitiva, son la pérdida de libido y la anorgasmia. En este sentido, merece especial mención la agomelatina (agonista de los receptores melatoninérgicos), un antidepresivo relativamente nuevo, indicado en casos de depresión leve a moderada sin otros antecedentes psiquiátricos ni factores de riesgo, dado que no produce disfunciones sexuales ni aumento de peso, tiene capacidad ansiolítica y además es útil para regularizar los trastornos del sueño.

Respecto a efectos adversos graves de los ISRS, hay que considerar que:

- El uso de estos antidepresivos en menores de 18 años es un tema muy controvertido porque, en estas poblaciones, provocan agresividad e incrementan el riesgo de suicidio.
- Cuando se utilizan junto con los inhibidores de la monoaminoxidasa A (IMAO) u otros agentes que contribuyan a elevar los niveles de 5-HT, pueden producir una elevación excesiva del neurotransmisor y provocar el llamado síndrome serotoninérgico, caracterizado por temblor, taquicardia, confusión e hipertermia, que puede llegar a ser mortal.

En cuanto al síndrome de retirada de los ISRS, aunque se desconoce la prevalencia, se considera que puede aparecer en el 12-85% de los sujetos que utilizan estos fármacos. Aunque puede aparecer con cualquier ISRS, uno de los fármacos que menos riesgo tiene de presentar este cuadro es la fluoxetina (por tener una semivida muy larga) y el que más, la paroxetina (por el rebote colinérgico). Se cree que el síndrome de retirada es debido a la disminución aguda de la serotonina sináptica en el contexto de la desensibilización de los receptores serotoninérgicos. Las

manifestaciones clínicas incluyen síntomas como sensación de mareo, vértigo, inestabilidad en la marcha, confusión, náuseas/vómitos, cansancio, cefaleas, insomnio y otras que remedian a un síndrome gripal (mialgias y escalofríos). Aparecen tras llevar al menos 1 mes de tratamiento con un ISRS y tras 2-5 días de su retirada brusca. Si no se trata, desaparece al cabo de días o incluso semanas. Este síndrome se suele confundir con la recurrencia de las manifestaciones del trastorno con sintomatología ansiosa por el que fuera prescrito el ISRS. El tratamiento consiste en retirar el fármaco de forma escalonada y lenta.

A continuación, se detallarán las propiedades más importantes de los ISRS más utilizados en el ámbito de la APS.

Familia	Principio activo	Dosis terapéutica (mg/día)	Efectos secundarios			
			Sedación	Hipotensión	Anticolinérgicos	Disfunción sexual
ISRS	Fluoxetina	20-200	Mínima	Mínima	Mínimos	Sí
	Paroxetina	20-50	Baja	Mínima	Mínimos	Sí
	Sertralina	50-300	Mínima	Mínima	Mínimos	Sí
	Citalopram	20-50	Mínima	No	No	Sí
	Escitalopram	10-30	Mínima	No	No	Sí
Antagonista alfa2 adrenérgico	Mirtazapina	30-60	Moderada	Mínima	Mínimos	Sí
Agonista melatoninérgico	Agomelatina	25-50	Mínima	No	No	No

5- Anexo: “Ley Nacional de Salud Mental”

El 25 de noviembre de 2010 fue sancionada la Ley N° 26.657/2010: “Ley de Derecho a la Protección de la Salud Mental”, la cual fue reglamentada a través del Decreto 603/2013.

Los objetivos de esta Ley incluyen:

- Asegurar el derecho a la protección de la salud mental de todas las personas, y el pleno goce de los derechos humanos de aquellas con padecimiento mental que se encuentran en el territorio nacional.
- Incluir explícitamente a las personas con uso problemático de drogas, legales e ilegales.
- Establecer el derecho a recibir atención sanitaria y social integral y humanizada, a partir del acceso gratuito, igualitario y equitativo a las prestaciones e insumos necesarios.

Haciendo un recorrido por los diferentes capítulos de la mencionada ley, la misma establece:

Cap. I. Derechos y garantías –Arts. 1 -2

Cap. II. Definición –Arts. 3 –4 -5

Cap. III. Ámbito de aplicación–Arts. 6

Cap. IV. Derechos de las personas con padecimiento mental –Art. 7

Cap. V. Modalidad de abordaje –Arts. 8 a 12

Cap. VI. Del equipo interdisciplinario –Art. 13

Cap. VII. Internaciones –Arts. 14 a 29

Cap. VIII. Derivaciones –Art. 30

Cap. IX. Autoridad de Aplicación –Arts. 31 a 37

Cap. X. Órgano de Revisión –Arts. 38 a 40

Cap. XI. Convenios de cooperación con las provincias –Art. 41

Cap. XII. Disposiciones complementarias – Arts. 42 a 46

Realizando un análisis general de su contenido, podría decirse que el mismo implica un cambio de paradigma desde:

- la perspectiva de la incapacidad a la capacidad psíquica
- un enfoque tutelar a uno de derecho
- el criterio clínico de peligrosidad a riesgo cierto e inminente
- la exclusión a la inclusión de los pacientes con padecimiento mental.

SE RECOMIENDA COMPLEMENTAR ESTA LECTURA CON EL TEXTO COMPLETO DE LA NORMA:

<http://www.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/175000-179999/175977/norma.htm>

6- Autoevaluación

1- Ud. es el médico de familia de Susana, de 52 años de edad, quien en esta oportunidad lo consulta quejándose de insomnio después de perder su trabajo. Comenta que no se encuentra satisfecha con ningún área de su vida y que no le ve ningún sentido al futuro. De acuerdo al diagnóstico más probable, la paciente puede presentar cualquiera de los siguientes síntomas, excepto:

- Disminución de la concentración
- Pérdida de peso
- Incremento del deseo sexual
- Ganancia de peso

2- Todas las siguientes son manifestaciones típicas de una depresión mayor, excepto:

- Ganancia de peso
- Hipersomnia
- Reducción del placer en las actividades que previamente le resultaban placenteras
- Pensamientos de culpa

3- Lo consulta Ana, de 35 años, refiriendo que se siente triste, desanimada, desesperanzada, desganada, con dificultades para dormir por la noche y somnolencia diurna. En la inspección, la paciente se presenta desalineada y mantiene un mínimo contacto visual. Como antecedente importante, hace 6 semanas nació su primer hijo y mantiene lactancia exclusiva. ¿Cuál es la respuesta más correcta entre las siguientes opciones terapéuticas?

- BZD
- Terapia psicoanalítica
- Terapia cognitivo-conductual
- ISRS

4- Sebastián, de 47 años de edad, es traído a la consulta por su esposa, la cual refiere que su marido, desde hace 1 mes aproximadamente, pasa la mayor parte del tiempo en la cama, no participa de las actividades familiares y sociales habituales, come menos y ha aumentado notablemente el consumo de alcohol diario. Al realizarle la anamnesis, el paciente se presenta retraído, con escasa colaboración a la entrevista, no mantiene contacto visual y al preguntarle cómo se siente, sólo le refiere que “si tuviera el coraje necesario terminaría con todo de una vez”. ¿Cuál sería la conducta inicial en este caso?

- Iniciar ISRS
- Iniciar BZD
- Iniciar Terapia interpersonal o cognitivo-conductual
- Internación

5- Acerca del tratamiento profiláctico para evitar recurrencias de un episodio depresivo, señale la respuesta correcta:

- Se extiende durante dos meses a partir de la recuperación sintomática.
- Se indica en los pacientes con historia de más de 4 episodios depresivos en su vida.
- La dosis de antidepresivo será aquella con la que se consiguió tratar el episodio agudo.

- Se indica únicamente en los pacientes que tienen importante sintomatología residual.

6- Mónica, de 32 años de edad, acude a su médico de familia comentando que odia su actual trabajo porque le exige dar conferencias para muchas personas y eso le genera mucho nerviosismo. Cuando está dando una de estas charlas tiene la sensación de que todo el mundo la está criticando, le tiemblan las manos y siente palpitaciones. ¿Cuál es el diagnóstico más probable?

- Agorafobia
- Fobia social
- Fobia específica
- Trastorno de pánico

7- ¿Cuál de las siguientes estrategias es más apropiada a largo plazo para el tratamiento de la fobia social?

- Beta-bloqueantes
- BZD
- ISRS
- Terapia cognitivo-conductual

8- Martín, de 25 años de edad, lo consulta por primera vez muy preocupado porque hace 2 meses le diagnosticaron ataques de pánico (tuvo 3 episodios en total) y, actualmente, le está costando mucho salir de la casa dado que tiene miedo que le ocurra otro episodio en algún lugar en el que se encuentre solo y no pueda recibir ayuda. ¿Cuál es el diagnóstico correcto?

- Agorafobia
- Trastorno de Angustia con agorafobia
- Se considera que la agorafobia es un trastorno de angustia larvado, por lo que únicamente se debe utilizar el diagnóstico de trastorno de angustia
- Ataque de pánico con agorafobia

9- Indique la frase correcta sobre el trastorno de ansiedad generalizada (TAG):

- Es igual de frecuente en varones que en mujeres
- No suele cronificarse
- La preocupación excesiva por temas irrelevantes suele estar presente en la mayor parte de los pacientes
- Dado el riesgo que tienen los pacientes de depender de las benzodiazepinas, se considera de elección el abordaje psicoanalítico

10- Lorena, de 35 años de edad, acude al servicio de urgencias del hospital por dolor en región precordial, sensación de falta de aire, palpitaciones, sudoración y sensación nauseosa. Se le realizó un ECG que se evidencia dentro de límites normales. La paciente refiere haber tenido tres episodios similares a éste en el último mes. Cada episodio se suele resolver en 1 hora. El único elemento estresante referido por ella es el hecho de que ha perdido el empleo hace tres meses. La paciente, a raíz de estos síntomas, cree tener una enfermedad cardiaca y presenta temor a morir de un infarto. ¿Cuál es el diagnóstico más probable?

- Trastorno de angustia

- Trastorno de ansiedad generalizada
- Trastorno por estrés postraumático
- Trastorno por estrés agudo

11- Ud. es el médico de familia de Verónica, de 46 años de edad, quien lo consulta refiriendo que siente miedo y ansiedad cuando sale de casa y se siente agobiada en los lugares públicos y cuando hay muchas personas. ¿Cuál es el diagnóstico más probable?

- Agorafobia
- Fobia social
- Trastorno de angustia
- Trastorno de ansiedad generalizada

12- Mariana, de 30 años de edad, ha sido diagnosticada recientemente de trastorno de ansiedad generalizada. Todas las siguientes son características del trastorno de ansiedad generalizada excepto una:

- Irritabilidad
- Hipersomnia
- Fatiga
- Dificultad en la concentración

13- ¿Cuál de los siguientes elementos no forma parte del proceso terapéutico, independientemente de la orientación psicoterapéutica?

- Recogida de información
- Contrato terapéutico
- Abreacción del trauma
- Manejo de las transferencias y contratransferencias

14- ¿Cuál de las siguientes intervenciones sería de elección en el tratamiento de los trastornos depresivos y de ansiedad?

- Desensibilización sistemática
- Psicoanálisis
- Terapia cognitiva
- Terapia sistémica

15- De los siguientes, ¿cuál no es un efecto secundario típico de los ansiolíticos?

- Insomnio de rebote
- Sialorrea.
- Amnesia retrógrada
- Retardo psicomotor

16- ¿Cuál de las siguientes no es una benzodiazepina de acción corta?

- Alprazolam
- Clonazepam
- Lorazepam
- Midazolam

17- ¿Cuál de los siguientes neurotransmisores está relacionado con el mecanismo de acción de las BZD?

- Acetilcolina
- Dopamina
- GABA
- Serotonina

18- Valeria, de 37 años de edad acude al servicio de urgencias quejándose por sentirse muy nerviosa, irritable, con mareos e insomnio. La paciente tiene antecedentes de trastorno de angustia y estaba medicada con paroxetina y alprazolam. Refiere que la semana pasada se quedó sin medicación y aún no concurrió a su médico para obtener una nueva receta. ¿Cuál es el diagnóstico más probable en este caso?

- Recaída del trastorno de angustia
- Síndrome de rebote por supresión brusca de psicofármacos
- Trastorno por consumo de sustancias
- Evolución tórpida del trastorno de angustia inicial.

19- ¿Cuál de los siguientes fármacos no es un inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina?

- Mirtazapina
- Citalopram
- Sertralina
- Paroxetina

20- Ud. es el médico de familia de Juana, de 78 años de edad, quien lo consulta quejándose de una sensación constante de sabor metálico. Ella recibe tratamiento por un trastorno depresivo con síntomas ansiosos y trastorno del sueño secundario. ¿Cuál de los siguientes fármacos puede provocar este efecto adverso con mayor probabilidad?

- Escitalopram
- Zopiclona
- Clonazepam
- Alprazolam

7- Bibliografía

- U.S. Preventive Services Task Force: *The Guide to Clinical Preventive Service*, 2014. www.USPreventiveServicesTaskForce.org
- Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria. *Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria*. Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC. Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Agencia Laín Entralgo. Comunidad de Madrid; 2008. Guías de Práctica Clínica en el SNS: UETS Nº 2006/10.
- Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto. *Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto*. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (avalia-t); 2014. Guías de Práctica Clínica en el SNS: Avalia-t 2013/06.
- Asociación Americana de Psiquiatría: *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5*, 5º Ed, Arlington VA, Editorial Médica Panamericana, 2014.
- Asociación Americana de Psiquiatría: Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5, 1º Ed, Arlington VA, Editorial Médica Panamericana, 2014.
- Asociación Americana de Psiquiatría, Nussbaum, Abraham M.: *Guía de bolsillo del DSM-5 para el examen diagnóstico*, 1º Ed, Arlington VA, Editorial Médica Panamericana, 2015.
- Sadock, Benjamín J. y Sadock, Virginia A.: *Kaplan & Sadock Sinopsis de Psiquiatría Ciencias de la conducta/Psiquiatría clínica*, 10º Ed, Baltimore, Philadelphia, Lippincott, Williams & Williams, 2009
- Rubio Valladolid, Gabriel: *Fundamentos de Psiquiatría Bases científicas para el manejo clínico*, 1º Ed, Madrid, Editorial Médica Panamericana, 2015.
- Wikinski, Silvia, Jufe, Gabriela: *El tratamiento farmacológico en psiquiatría Indicaciones, esquemas terapéuticos y elementos para su aplicación racional*, 2º Ed, Buenos Aires, Editorial Médica Panamericana, 2014.
- Stahl, Stephen M.: *Psicofarmacología esencial de Stahl Bases neurocientíficas y aplicaciones prácticas*, 4º Ed, Madrid, Grupo Aula Médica, 2014.
- Ley Nº 26.657 “Ley de Derecho a la Protección de la Salud Mental”, 2010. <http://www.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/175000-179999/175977/norma.htm>