

CRITERIOS GENERALES

2.- INTERVENCIONES FARMACOLÓGICAS

Lo ideal es el tratamiento específico de la causa si ésta es conocida.

El tratamiento sintomático de elección, sobre todo en pacientes que puedan tener problemas cardíacos o respiratorios son los neurolépticos a dosis bajas, ajustables según la situación del paciente. En general, son más efectivos que las benzodiazepinas contra los síntomas centrales. Es preferible usar los más potentes dado que tienen una menor cantidad de efectos anticolinérgicos y bloqueantes alfa-adrenérgicos de modo que se minimiza el riesgo de taquicardia, hipotensión ortostática y delirio anticolinérgico.

C) SÍNDROME AMNÉSICO ORGÁNICO NO PRODUCIDO POR ALCOHOL NI POR OTRAS SUSTANCIAS PSICOTRÓPICAS

Características.-

Síndrome con deterioro marcado de la memoria para hechos recientes, donde se conserva relativamente bien la memoria para hechos remotos. Disminuye la capacidad de aprendizaje que facilita la amnesia anterógrada y la desorientación temporal.

Si la causa productora es remitible el Sdr. amnésico mejorará con la mejoría del cuadro etiológico, siendo probable que se alcance una remisión completa.

Pueden presentarse confabulaciones. Se conserva bien las funciones cognitivas y la inteligencia (no hay demencia).

La alteración de la memoria puede producir un deterioro significativo de la actividad laboral o social.

Normalmente la lesión afecta al sist. hipotálamo-diencefálico o a la región hipocámpica.

Puede ser transitorio (si el déficit amnésico dura menos de 1 mes) o crónico (si dura más de 1 mes).

Diagnóstico.-

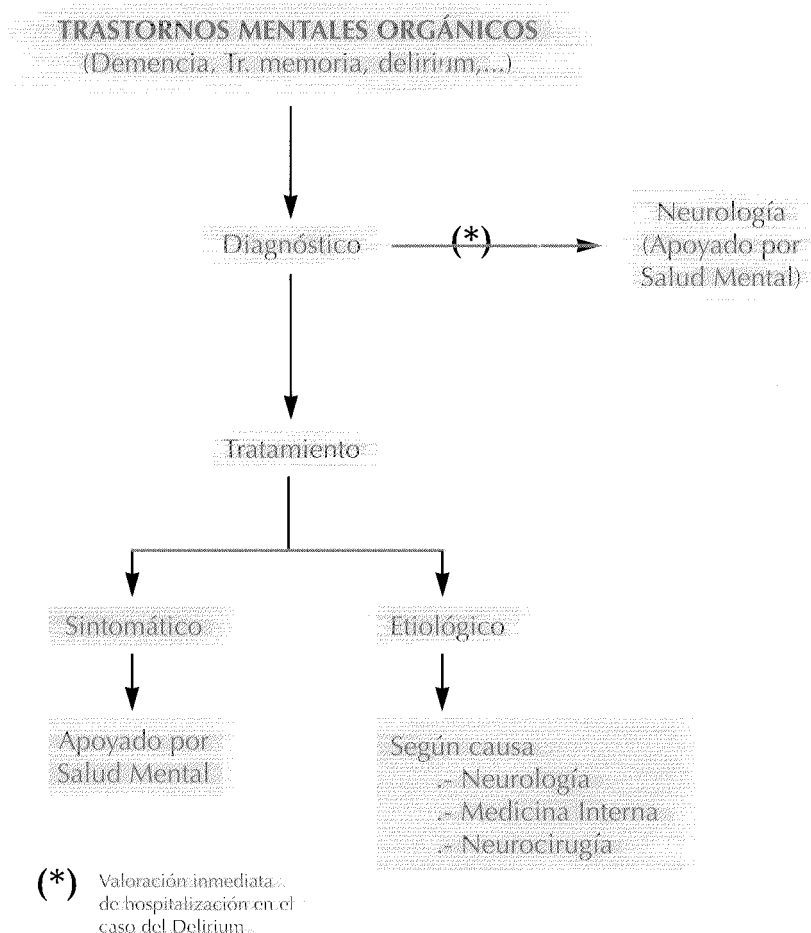
Tr. de la memoria manifestado por un deterioro para los hechos recientes, amnesia anterógrada y retrógrada. Antecedentes de lesión cerebral (diencefálica y temporal media bilateral). No afectación del recuerdo inmediato. No afectación de la atención ni de la conciencia. No aparece un deterioro intelectual general.

CRITERIOS GENERALES

Diagnóstico Diferencial.-

Otros síndromes orgánicos (demencia, delirium). Amnesia disociativa. Alteración de la memoria en la depresión. Simulaciones. Korsakow alcohólico.

Gráfica 2: Líneas de intervención en los trastornos mentales orgánicos en Atención Primaria.



4.2. Criterios de intervención en Atención Primaria para los Trastornos Afectivos

Tabla 11: Clasificación esquemática de los trastornos del humor (afectivos) en la CIE-10 (F30-F39).

- F30 Episodio maníaco
- F31 Trastorno bipolar
- F32 Episodios depresivos:
 - F32.0 Episodio depresivo leve
 - F32.1 Episodio depresivo moderado
 - F32.2 Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos
 - F32.3 Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos
- F33 Trastorno depresivo recurrente
- F34 Trastornos del humor (afectivos) persistentes
 - F34.0 Ciclotimia
 - F34.1 Distimia
- F38 Otros trastornos del humor (afectivos)
- F39 Trastorno del humor (afectivo) sin especificación

A) DEPRESIÓN

Prevalencia

La prevalencia de la depresión mayor varía entre un 1.1% y un 4.9%. En la población general se encuentran síntomas depresivos en un 9-20%.

Factores sociodemográficos

- SEXO:** Entre los 12 y 55 años, la relación hombre/mujer es 1:1. La edad de comienzo es similar en ambos sexos. El riesgo de cronicidad es mayor en la mujer.
- EDAD:** El riesgo aumenta con la edad, con un pico de morbilidad máximo en los 45-64 años para las mujeres y de 35-64 años para los hombres. La patología depresiva disminuye con la edad.
- ESTADO CIVIL:** El divorcio y la viudedad actúan como acontecimientos vitales estresantes que aumentan el riesgo de padecer un trastorno depresivo.
- NIVEL SOCIOECONÓMICO:** Parece existir una relación inversa entre el nivel socioeconómico y la prevalencia de la sintomatología depresiva.

CRITERIOS GENERALES

ESTRÉS y APOYO SOCIAL:

Tanto los acontecimientos vitales estresantes, el estrés crónico como los problemas diarios y cotidianos pueden incrementar el riesgo de presentar un cuadro depresivo. La existencia de una red de mayor apoyo social puede tener un efecto protector al inicio o modificador en el transcurso de la enfermedad, mejorando su pronóstico.

Evolución y pronóstico

La historia natural de los pacientes deprimidos indica una alta proporción de cronicidad, recaídas y recurrencias. Según algunos autores, tras un primer episodio el riesgo de tener otro es de un 50%, tras un segundo episodio el riesgo de tener un tercero aumenta hasta un 70% y con tres o más episodios previos el riesgo aumenta hasta un 80-90%.

Dentro de los factores de riesgo capaces de predecir la cronicidad de la depresión destacan los factores sociodemográficos (mayor edad, sexo femenino, nivel sociocultural bajo y duración de la enfermedad).

La depresión es un importante factor de riesgo para el suicidio. La mayoría de los adultos que se suicidan están deprimidos.

Tabla 12: El coste oculto de la depresión mayor no tratada (Preskorn, 1994).

Mortalidad	<ul style="list-style-type: none">• 30.000 a 35.000 suicidios anuales• Accidentes mortales debidos a la pérdida de la capacidad de concentración y de atención• Muertes por enfermedades que pueden ser secuelas (ej. alcoholismo)
Morbilidad de los pacientes	<ul style="list-style-type: none">• Intentos de suicidio• Accidentes• Enfermedades secundarias• Pérdida del trabajo• Fracaso del progreso laboral o académico• Abuso de sustancias psicoactivas
Costes sociales	<ul style="list-style-type: none">• Familias disfuncionales• Absentismo• Menor productividad• Accidentes laborales• Efectos indeseables sobre el control de calidad en el trabajo

Sintomatología y Criterios Diagnósticos

A continuación se exponen los criterios diagnósticos del DSM-IV para el Episodio Depresivo Mayor. A diferencia de estos, los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10 mencionan diez síntomas. La CIE-10 contiene criterios diagnósticos distintos para cada nivel de gravedad del episodio depresivo mayor: un mínimo de 4 de los 10 síntomas define el nivel leve; de 6 de 10 síntomas, el nivel moderado, y de 8 de 10, el nivel grave.

El establecimiento de los niveles de gravedad en una depresión no resulta tarea fácil. La diferenciación entre los tres grados de las depresiones (leve, moderada o grave) se basa en una valoración clínica que incluye el número, el tipo y la gravedad de los síntomas presentes. El nivel de la actividad social y laboral cotidiana suele ser una guía general muy útil de la gravedad del episodio que aquí confluyen factores personales, sociales y culturales que influyen en la relación entre la gravedad de los síntomas y la actividad social.

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

Tabla 13: Criterios diagnósticos para el Episodio Depresivo Mayor.

- A.** Presencia de cinco (o más) de los siguientes síntomas durante un período de 2 semanas, que representan un cambio respecto a la actividad previa; uno de los síntomas debe ser (1) estado de ánimo depresivo o (2) pérdida de interés o de la capacidad para el placer. **Nota:** No incluir los síntomas que son claramente debidos a enfermedad médica o las ideas delirantes o alucinaciones no congruentes con el estado de ánimo.
1. Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el propio sujeto (p. ej., se siente triste o vacío) o la observación realizada por otros (p. ej., llanto). **Nota:** En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable.
 2. Disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día (según refiere el propio sujeto u observan los demás).
 3. Pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso (p. ej., un cambio de más del 5% del peso corporal en 1 mes), o pérdida o aumento del apetito casi cada día. **Nota:** En niños hay que valorar el fracaso en lograr los aumentos de peso esperables.
 4. Insomnio o hipersomnia casi cada día.
 5. Agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día (observable por los demás, no meras sensaciones de inquietud o de estar enlentecido).
 6. Fatiga o pérdida de energía casi cada día.
 7. Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes) casi cada día (no los simples autorreproches o culpabilidad por el hecho de estar enfermo).
 8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada día (ya sea una atribución subjetiva o una observación ajena).
 9. Pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse.
- B.** Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- C.** Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) o una enfermedad médica (p. ej., hipotiroidismo).
- D.** Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo (p. ej., después de la pérdida de un ser querido); los síntomas persisten durante más de 2 meses o se caracterizan por una acusada incapacidad funcional, preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o enlentecimiento psicomotor.

B) DISTIMIA

Es un **estado de ánimo depresivo crónico**, durante un **mínimo de 2 años**, que nunca, o muy rara vez, es lo suficientemente intensa como para satisfacer las pautas para trastorno depresivo recurrente, episodio actual leve o moderado.

Los enfermos tienen a menudo días o semanas en los que refieren encontrarse bien, pero durante la mayor parte del tiempo (frecuentemente durante meses seguidos) se sienten cansados y deprimidos, todo les supone un esfuerzo y nada les satisface. Están mediatibundos y quejumbrosos, duermen mal y se sienten incapaces de todo, aunque normalmente pueden hacer frente a las demandas básicas de la vida cotidiana.

Incluye: depresión ansiosa persistente, neurosis depresiva, tr. de personalidad depresiva, depresión neurótica (de más de dos años de duración).

Guía de tratamiento farmacológico en la depresión

La depresión, aunque tiende a ser considerada cada vez más como una enfermedad grave y con tendencia a la cronicidad, responde bien al tratamiento farmacológico, siempre y cuando se utilice el fármaco adecuado a las dosis y el tiempo necesarios.

El tratamiento farmacológico de la depresión es uno de los de mayor rentabilidad antidepressiva en la medicina. Numerosos estudios han confirmado que el tratamiento correcto con antidepressivos es eficaz en el tratamiento agudo de la depresión y en la reducción del número y severidad de nuevos episodios.

Tabla 14: Estrategias de tratamiento en la depresión.

Tto. AGUDO	<ul style="list-style-type: none"> • Tratamiento de la sintomatología depresiva hasta que se ha producido la remisión del cuadro. • <u>Duración</u> aproximada: 6-8 semanas.
Tto. de CONTINUACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> • Tratamiento realizado a las mismas dosis que el tratamiento agudo, hasta que se considera que se ha producido la recuperación del episodio. • <u>Duración</u> aproximada: 6 meses a 1 año. En el caso de una distimia, mantener el tratamiento un mínimo de 2 años.
Tto de MANTENIMIENTO	<ul style="list-style-type: none"> • Tratamiento de profilaxis de nuevos episodios en pacientes que han presentado varias recurrencias o en los que los episodios depresivos son severos. • <u>Duración</u>: la presencia de un 2º episodio después de un tratamiento correcto en un período de 3 años, implica una mayor duración del siguiente tratamiento (alrededor de 2 a 3 años). La presencia de un 3º episodio implica, para muchos autores, un tratamiento indefinido.

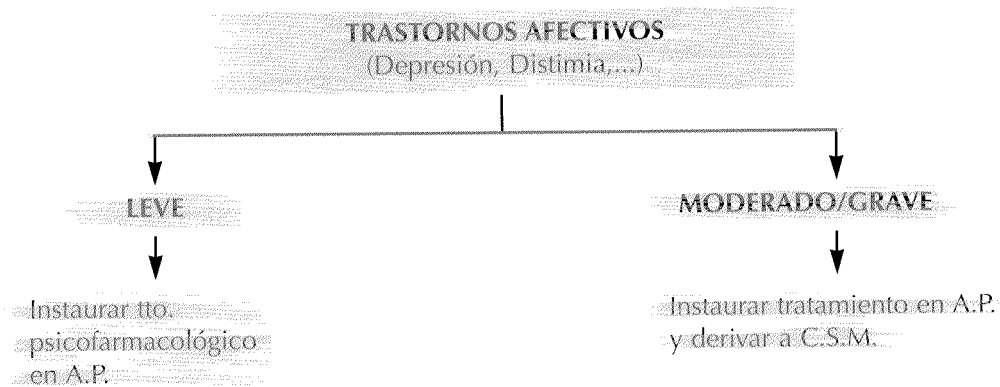
CRITERIOS GENERALES

Es muy importante informar al paciente y a sus familiares de las características de la enfermedad y de que los intentos de distracción, el esfuerzo personal no incidirán significativamente en la evolución. Tratar de desculpabilizar al paciente y de mejorar la cumplimentación del tratamiento farmacológico, explicándole las características del mismo (tiempo de latencia en su respuesta, efectos secundarios, duración del tratamiento) durante la prescripción del mismo y en sucesivas revisiones.

Antes de derivar al paciente al CSM, es necesario esperar un tiempo prudencial (de 4 a 6 semanas) para valorar la respuesta al tratamiento farmacológico. Para mayor información sobre los fármacos antidepresivos ver el capítulo correspondiente.

CRITERIOS GENERALES

Gráfica 3: Líneas de intervención en Atención Primaria en los Trastornos Afectivos.



1. Evolución: 4 semanas

- Buena → Mantener Tto. un mínimo de 6 meses.
- Regular → Confirmar diagnóstico.
Valorar adherencia al Tto.
Ajustar dosis dentro de rango terapéutico
- Mala → Confirmar diagnóstico.
Valorar adherencia al Tto.
Ajustar dosis dentro de rango terapéutico
Derivar a C.S.M.

2. Evaluación: 8 semanas

- Buena → Mantener Tto. un mínimo de 6 meses.
- Regular } → **Derivar a C.S.M.**
- Mala }

1º episodio depresivo

Mantener tratamiento un mínimo de 6 meses desde el inicio de la mejoría

Distimia o

Episodio depresivo recurrente

Iniciar tratamiento de mantenimiento

Nota: Es conveniente valorar la opinión del paciente en cualquiera de los procesos de toma de decisión para evaluar la posibilidad de derivación al C.S.M.

CRITERIOS GENERALES

C) TRASTORNO BIPOLAR

Es una de las entidades clínicas más clásicas de la psiquiatría conocida generalmente como Psicosis Maníaco-depresiva (PMD). Se trata de un trastorno caracterizado por la presencia de episodios reiterados en los que el estado de ánimo y los niveles de actividad del enfermo están profundamente alterados, de forma que unas veces hay exaltación del estado de ánimo y un aumento de la vitalidad y de la actividad general: HIPOMANIA / MANIA, y otras una disminución del estado de ánimo y un descenso de la vitalidad y de la actividad: DEPRESIÓN (CIE-10).

De forma general, la recuperación clínica entre las fases depresivas y/o maníacas, suele ser completa.

Tabla 15: Datos epidemiológicos del trastorno bipolar.

El riesgo de morbilidad en la sociedad industrializada es de 0,6 a 0,88 %.	
Incidencia: →	varones 9 - 15,2 / 100.000 h./año mujeres 7 - 32 / 100.000 h./año
Edad de comienzo →	24 a 32 años en general el mayor riesgo de sufrir el primer episodio se sitúa por debajo de los 50 años.
Las recurrencias se producen con un promedio de 3 a 9 años de intervalo.	
Al aumentar la edad, los episodios son más largos y los intervalos más cortos.	

Los estudios genéticos señalan una indudable influencia hereditaria: Familia de 1er tienen un riesgo de 4,8 a 18,6 %; frente a la población general que es inferior a 1%.

CRITERIOS GENERALES

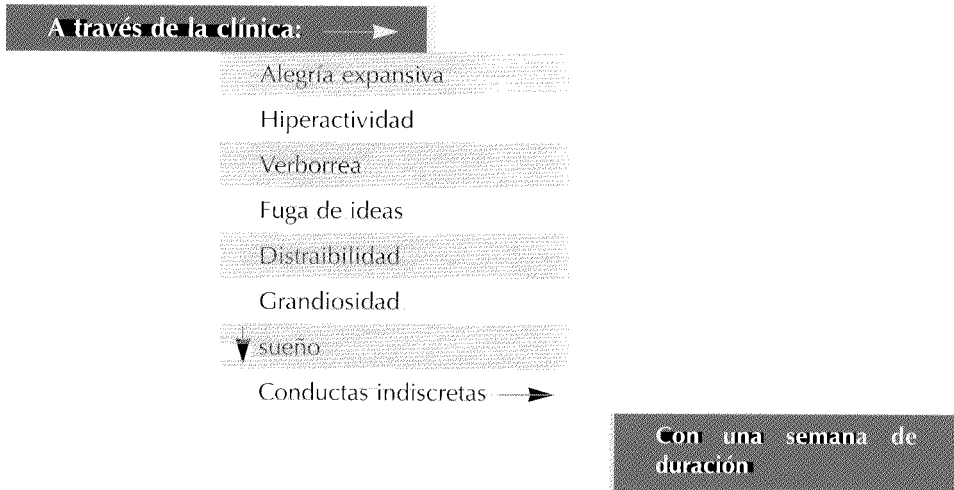
ASPECTOS CLINICOS: (referidos sólo a la fase maníaca)

Tabla 16: Aspectos clínicos de la fase maníaca.

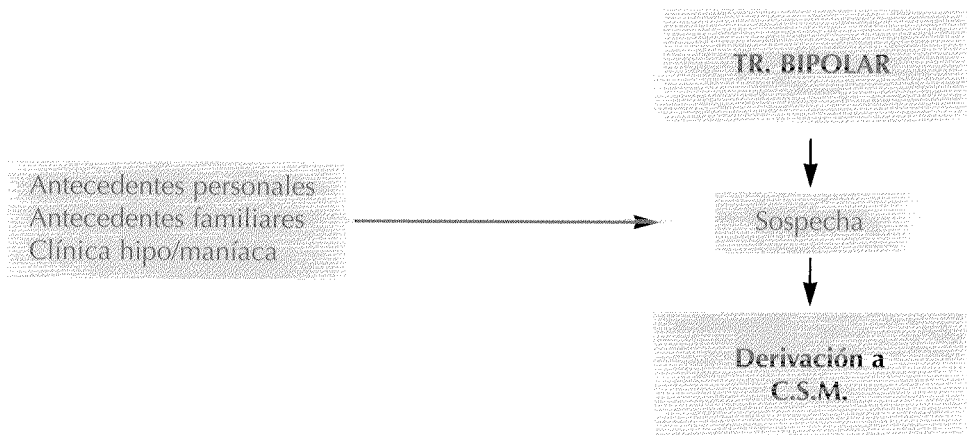
COMIENZO	→	<ul style="list-style-type: none"> • Inquietud • Irritabilidad • Exaltación emocional • ALTERACION DEL SUEÑO Y ALIMENTACION
ESTADO	→	• Sensación de euforia expansiva
Afectividad:		<ul style="list-style-type: none"> • Sonrisas, bromas, chistes, optimismo exagerado e irradiante, irritabilidad y hostilidad. • Labilidad afectiva (tristeza y llantos bruscos de pocos minutos de duración).
Pensamiento, Lenguaje:		<ul style="list-style-type: none"> • Verborrea, locuacidad, prolijidad. • Redundancia, Aceleración del pensamiento • Fuga de ideas (No es un pensamiento incoherente ni disociado) • Elevación de la autoestima (omnipotencia) • Poderes ilimitados • Ideas delirantes de grandeza, congruentes con el estado de ánimo: <ul style="list-style-type: none"> • Capacidades especiales • Identidad grandiosa • Riqueza • Misión especial
Psicomotricidad conducta:		<ul style="list-style-type: none"> • Hiperactividad → Inquietud → Agitación • Comportamiento social extravagante • Aumento de la conducta erótica/sexual • Descuido corporal en vestimenta y aseo
Síntomas Somáticos:		<ul style="list-style-type: none"> • Insomnio • Pérdida de sensación de fatiga • Pérdida de peso por baja ingesta y su hiperactividad
Conciencia de enfermedad		• El paciente no se siente enfermo y en consecuencia rechaza cualquier tratamiento y consejos médico-familiares.

DIAGNÓSTICO

Tabla 17: Diagnóstico de la fase maníaca del trastorno bipolar.



Gráfica 4: Líneas de intervención en Atención Primaria en los Trastornos Bipolares.



CRITERIOS GENERALES

D) TENTATIVA DE SUICIDIO.

Según Weiss (1974), el sujeto suicida es aquél que se suicida, que intenta suicidarse sin éxito, que amenaza con suicidarse, que demuestra ideas suicidas o que presenta conductas autodestructivas.

Según la OMS, la incidencia de suicidios en España es del 10/100.000/año.

Tabla 18: Factores de riesgo para las tentativas de suicidio.

1.- Edad:	<ul style="list-style-type: none">- poco frecuente en los niños,- gran aumento en la adolescencia.- adultos: sexo masculino: aumenta con la edad (máx. a los 65 a.), sexo femenino: mayor incidencia entre los 50 y los 60 a.
2.- Sexo	<ul style="list-style-type: none">- suicidio consumado: hombre/mujer: 3/1- tentativas de autolisis: más frecuentes en las mujeres
3.- Raza	<ul style="list-style-type: none">- Blanca
4.- Factores personales y sociales	<ul style="list-style-type: none">- <u>Estado civil</u>: viudos y solteros o divorciados tienen un riesgo mayor que los casados. Entre estos, el riesgo es mayor entre los que no tienen hijos.- <u>Clase social</u>: los suicidios consumados predominan en los extremos, tanto entre las clases sociales más altas como entre las más bajas.- <u>Medio</u>: el riesgo es mayor entre los pacientes provenientes de un medio urbano, frente a los de un medio rural.- <u>Factores estresantes</u>: la existencia de factores estresantes en los meses anteriores aumenta el riesgo. Por ejemplo:<ul style="list-style-type: none">• emigrantes,• los relacionados con rupturas amorosas,• pérdida de algún familiar o de algún ser querido y,• en general, aquellos acontecimientos vitales que requieran un esfuerzo adaptativo que sobrepase las capacidades propias del paciente en ese momento (despido o jubilación, adolescencia, divorcio, mal ambiente familiar, ...).
5.- Laborales	<ul style="list-style-type: none">- Desempleados y en aquellos que no tienen un puesto fijo de trabajo.- Profesionales:<ul style="list-style-type: none">- acceso a sustancias tóxicas (médicos y farmacéuticos);- a armas de fuego (militares, policías) y- aquellas sometidas a estrés (estudiantes).

CRITERIOS GENERALES

Tabla 18: Factores de riesgo para las tentativas de suicidio (continuación).

<p>6.- Enf. Psiquiátrica (en un 90%)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - <u>Depresión</u>: es el diagnóstico más asociado al suicidio. ≈ del 50% de los suicidas presentan un diagnóstico 1º de depresión. Mayor riesgo en: - depresiones con sintomatología psicótica, al inicio del tratamiento psiquiátrico y en cuadros 2º a patología orgánica. - <u>Alcoholismo y drogodependencias</u>: en ≈ de un 25% de los suicidas presentan un diagnóstico primario de alcoholismo. En ambos casos favorecido en períodos de intoxicación y por la problemática socio-familiar asociada. - <u>Esquizofrenia y otros tr. psicóticos</u>: tanto en fase aguda (delirios paranoides o alucinaciones auditivas de tipo impositivo), como en una fase posterior, bajo el contexto de una depresión postpsicótica. - <u>Tr. de personalidad</u>: generalmente se asocian más a tentativas, pero el riesgo aumenta si se asocia un consumo de tóxicos. - <u>Otros</u>: el trastorno por crisis de pánico, diversas patologías de origen orgánico en los ancianos también aumenta el riesgo.
<p>7.- Antecedentes personales de amenazas e intentos autolíticos</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Los que tienen antecedentes de tentativas de suicidios previos tienen un riesgo entre 5 ó 6 veces mayor que la población general de cometer un nuevo intento. Sobre todo en los 3 primeros meses siguientes a la tentativa, manteniéndose dicho riesgo en forma decreciente durante un tiempo. - Entre un 33 y un 47% de los suicidas han presentado antecedentes de tentativas anteriores.
<p>8.- Patología médica asociada</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Dolor crónico, - una enfermedad crónica invalidante, - una enfermedad terminal o - con una intervención quirúrgica reciente.
<p>9.- Factores familiares</p>	<ul style="list-style-type: none"> - El riesgo también aumenta entre aquellos pacientes con familiares suicidas o padecen de trastornos afectivos y antisociales o de abuso de sustancias entre los familiares directos. - Relaciones familiares conflictivas, aislamiento social o existencia de una enfermedad somática crónica en alguno de los familiares con los que convive.
<p>10.- Otros factores</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Las creencias religiosas pueden aumentar o disminuir el riesgo. - Explorar las creencias religiosas y su postura ante el suicidio.

CRITERIOS GENERALES

PREDICTORES:

- 1º) Combinación: Edad / Sexo / Depresión mayor de 45 años hombre o mujer.
- 2º) Comunicación de la intención.
- 3º) Intentos de suicidios previos
- 4º) Factores actuales agravantes/desencadenantes:
 - Pérdidas afectivas
 - Enfermedad física grave
 - Consumo intenso alcohol
 - Problemas laborales/económicos

Tabla 19: Perfiles más frecuentes del suicidio consumado y de los intentos de suicidio.

PERFIL MÁS FRECUENTE DE SUICIDIO CONSUMADO	PERFIL MÁS FRECUENTE INTENTO SUICIDIO
1. Varón de cualquier edad	Mujer menor de 35 años
2. Padecen enfermedad mental, depresión, alcohol	No enfermedad psiquiátrica previa
3. Medio rápido y efectivo (armas, ahorca, precipitación)	Medios poco letales
4. Lo realiza en soledad	Lleva a cabo el acto en compañía

Evaluación del riesgo de suicidio

La valoración del riesgo de suicidio de un paciente siempre es compleja, pues todos los factores epidemiológicos que nos sirven de orientación deberán supeditarse a la valoración e impresión del médico respecto del paciente una vez realizada la valoración. Los pasos a seguir serían:

- 1.- **Evaluación del riesgo vital:** exploración del paciente y obtención datos sobre la tentativa que permitan tomar las medidas sanitarias necesarias. La valoración psiquiátrica puede quedar en un segundo plano hasta que el riesgo vital del paciente haya desaparecido o se haya mitigado lo suficiente para poder entrevistarle en las condiciones más adecuadas.
- 2.- **Valoración psiquiátrica:** Las condiciones en las que se realiza la entrevista adquieren una gran importancia puesto que se ha de favorecer la oportunidad de que el paciente hable de sus sentimientos e ideas, cosa harto difícil de realizar en presencia de otras personas, incluyendo a sus familiares, o en medio de un pasillo muy concurrido de la sala de urgencias de un hospital.
 - Establecer una comunicación empática para favorecer que el paciente hable de lo ocurrido, evitando que retenga información. Evitar realizar comentarios críticos o jocosos

CRITERIOS GENERALES

en presencia del paciente, manteniendo una actitud respetuosa, no moralizadora ni ansiosa. No se debe intentar convencer al paciente de que no debe suicidarse, ni entablar discusiones sobre sus finalidades. Se debe escuchar, valorar y decidir en función de la situación.

- El **preguntar abiertamente** sobre la ideación suicida no favorece la realización posterior de un suicidio.
- Debe valorarse con la misma profundidad **todos los intentos de suicidio**, incluso los que presentan una clara finalidad manipuladora. Estos últimos provocan generalmente una reacción de rechazo en el personal sanitario que los atiende, no sólo por lo sucedido, sino por la posible actitud del paciente durante su permanencia en el servicio de urgencias.

3.- Valorar los factores de riesgo de suicidio personales y demográficos que permitan predecir el riesgo futuro del paciente.

4.- Evaluar:

- El pensamiento y la intención suicida del acto (las ideas y las motivaciones del paciente para llevar a cabo la tentativa y su intencionalidad real al realizar el intento).
- La tentativa y el método utilizado, si existía un plan elaborado, el grado de letalidad del método empleado, si existía una previsión de ser salvado (providencia de rescate) (ver tabla)...
- La existencia de posibles alteraciones psicopatológicas (tristeza, desesperanza, alucinaciones, delirios, un estado confusional, ...).
- Su actitud ante el fallo de su tentativa, su grado de colaboración durante los actos médicos encaminados a salvarlo y su postura e intencionalidad ante el futuro.

Tabla 20: Evaluación del intento de suicidio.

En la evaluación de la tentativa de suicidio deben tenerse en cuenta como mínimo los siguientes datos:

1. **Circunstancias próximas** al acto suicida e ideas que se debatieron en los momentos previos al acto.
2. **Intencionalidad** del acto e ideas sobre la muerte.
3. **Grado de impulsividad o de planificación** del intento: notas de despedida, haber dejado los asuntos en orden, ...
4. **Peligrosidad** del método utilizado, tanto la letalidad del método usado como sus creencias sobre la peligrosidad del método. Es útil preguntar al paciente si se sorprende de haber sobrevivido.
5. Existencia de alguna posibilidad de ser salvado antes de morir, de una **providencia de rescate**.

Si han cambiado las circunstancias psicológicas y vitales que determinaron la realización del intento de suicidio en ese momento:

Guía de tratamiento en la tentativa de suicidio

La elección del tratamiento a utilizar y del ámbito donde se realice dependerá de:

- la impresión general del médico sobre el riesgo real del paciente en un futuro próximo,
- la intensidad de la ideación suicida,
- de la capacidad del paciente para controlar sus propios impulsos,
- de la necesidad de tratamiento para su enfermedad psiquiátrica subyacente,
- de la calidad de los controles externos del paciente, es decir, de la existencia de familiares que se responsabilicen del paciente y de la medicación durante el tratamiento.

a) Tratamiento ambulatorio

Criterios:

- tentativas de bajo riesgo,
- si el paciente critica la tentativa realizada y presenta un bajo riesgo de cometer una nueva tentativa o de empeorar de forma inminente.

La decisión de instaurar o no un tratamiento psicofarmacológico va a depender de la existencia o no de una enfermedad psiquiátrica de fondo. Si se considera indicado prescribir psicofármacos, puede ser conveniente facilitar una pequeña cantidad, suficiente para dos o tres días, hasta que acuda a su psiquiatra.

Incluso en los casos menos graves sería conveniente realizar al menos una nueva valoración a los pocos días o al cabo de una semana por su psiquiatra para reevaluar la situación del paciente. Es conveniente **remilir** a todos los pacientes que han realizado una tentativa de autolisis a su psiquiatra correspondiente.

b) Hospitalización

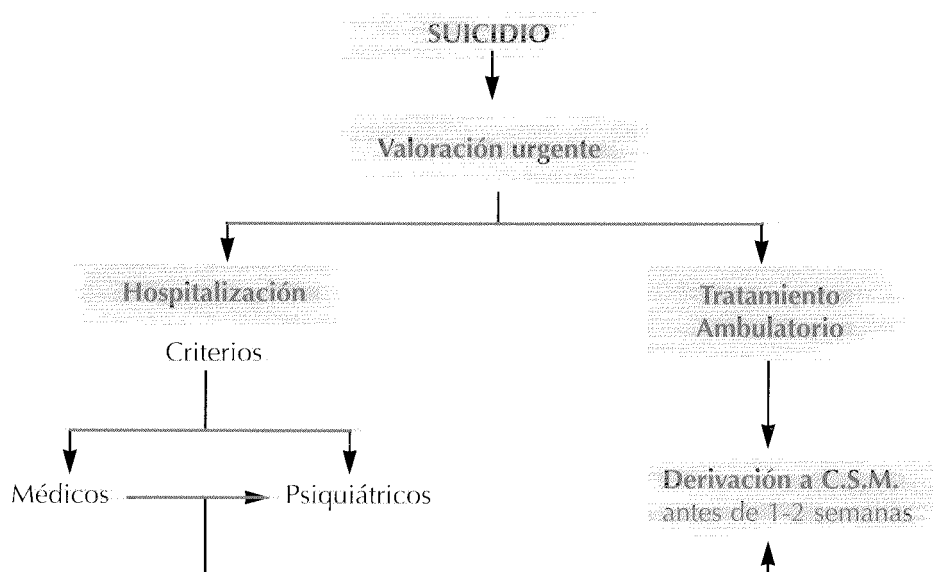
- Criterios médicos: la inestabilidad clínica de un paciente tras tomar las medidas urgentes necesarias puede aconsejar su ingreso en una unidad médica o quirúrgica donde completar el tratamiento médico necesario hasta que esté fuera de peligro.
- Criterios psiquiátricos: el ingreso en una unidad de psiquiatría debe realizarse como medida de prevención de un nuevo acto suicida o para permitir un tratamiento más agresivo de la enfermedad psiquiátrica del paciente.

CRITERIOS GENERALES

En general, **deben ser ingresados**:

- aquellos pacientes que ya han realizado una tentativa de suicidio previa, a menos que la tentativa previa, al igual que la actual, sea de baja gravedad o no se crea conveniente proceder al ingreso por las características del paciente y por motivos terapéuticos;
- los pacientes depresivos graves o psicóticos con ideación suicida o con alucinaciones auditivas que le inducen a suicidarse o con antecedentes de alcoholismo;
- los pacientes intoxicados deben ser retenidos o ingresados hasta que desaparezca la intoxicación y ser valorados de nuevo para tomar una decisión;
- en general, los pacientes con mal soporte familiar y que presentan un riesgo de suicidio elevado.

Gráfica 5: Líneas de intervención en Atención Primaria en los intentos de suicidio.



4.3. Criterios generales de intervención en Atención Primaria para los Trastornos de Ansiedad

Tabla 21: Clasificación CIE-10 de los Trastornos de Ansiedad (F40-F48).

F40-F48 TRASTORNOS NEURÓTICOS, SECUNDARIOS A SITUACIONES ESTRESANTES Y SOMATOMORFOS	
F40	Trastornos de ansiedad fóbica.
F40.0	Agorafobia: .00 Sin trastorno de pánico. .01 Con trastorno de pánico.
F40.1	Fobias sociales.
F41	Otros trastornos de ansiedad.
F41.0	Trastorno de pánico.
F41.1	Trastorno de ansiedad generalizada.
F41.2	Trastorno mixto ansioso-depresivo
F42	Trastorno obsesivo-compulsivo.
F43	Reacciones a estrés grave y trastornos de adaptación
F43.0	Reacción a estrés agudo.
F43.1	Trastorno de estrés post-traumático.
F43.2	Trastornos de adaptación.
F44	Trastornos disociativos (de conversión).
F45	Trastornos somatomorfos.
F48	Otros trastornos neuróticos.

Definición.

Los problemas clasificados como trastorno de ansiedad los vamos a definir someramente y establecer algunos criterios que pueden servirnos para identificarlos pues en éstos, igual que en los trastornos afectivos, se encuentra la mayoría de las intervenciones que según los acuerdos y protocolos va a ejecutar el Médico de Atención Primaria.

Se ha estimado que del 2 al 4 % de la población general ha sufrido alguna vez este tipo de trastorno. La CIE 10, los denomina trastornos neuróticos y somatomorfos relacionándolos en la presencia de materias psicológicas en su origen. Existe una continuidad entre la angustia normal y la patológica. Esta última se le denomina así por la limitación sobre la vida cotidiana del sujeto y la amenaza que siente al ser invadido por la ansiedad. Freud agrupó una serie de síntomas y les dio una identidad común. Describió diez características comunes de la ansiedad. Para él constituyen la Neurosis de Ansiedad:

CRITERIOS GENERALES

Irritabilidad general.
Expectación aprensiva.
Angustia flotante.
Ataques de ansiedad.
Terror nocturno.
Vértigo.
Desarrollo de fobias.
Trastornos gastrointestinales.
Parestesias y tendencia a la cronicidad.

Esta descripción puede seguir usándose hoy día para influir los rasgos predominantes en la ansiedad patológica.

Diferenciamos de forma muy reducida y práctica (que es la finalidad de este documento) ansiedad como rasgo o síntoma aislado, sin configuración sindrómica y ansiedad como síndrome o entidad nosológica, donde englobamos lo que conocemos tradicionalmente como neurosis:

Trast. Fóbicos.
Trast. Obsesivo-compulsivo.
Trast. Ansiedad Generalizada.
Trast. de Pánico
Trast. Disociativos.
Trast. Adaptativos.

Ansiedad

Debemos distinguir entre:

- **Ansiedad como rasgo aislado:** Se trata de una respuesta adaptativa normal del ser humano a lo que presiente será una situación estresante. Esa respuesta no es más que una llamada de alerta del organismo, que de este modo incrementa su vigilancia. En este sentido, la ansiedad es necesaria porque es constructiva y representa un despertar y una mejora de las capacidades del individuo. (**Ansiedad normal**).
- **Ansiedad como entidad nosológica:** Estado patológico caracterizado por un sentimiento de miedo acompañado de signos somáticos indicativos de hiperactividad del sistema nervioso autónomo. (**Ansiedad patológica**). La diferencia con el miedo radica en que éste último es una respuesta a una situación conocida.

CRITERIOS GENERALES

Clasificación de los trastornos de ansiedad.

Tabla 22: Clasificación de los trastornos de ansiedad.

TRASTORNO	CARACTERÍSTICAS GENERALES	TIPO
Tr. Fóbicos	Ansiedad manifestada como MIEDO al estímulo fóbigeno. Mecanismo de evitación o huida. Circunscrita al área que abarca el estímulo fóbigeno.	
Tr. Obsesivo-Compulsivo	Pensamientos o impulsos que irrumpen de forma estereotipada, con intento, sin éxito de resistirse a ellos. Actos y rituales no placenteros, con reconocimiento de su impropiedad. Pueden llegar a incapacitar al sujeto.	
Tr. Ansiedad generalizada	Preocupaciones excesivas con tensión motora, síndrome vegetativo, hipervigilancia. Trastorno del sueño (insomnio). Trastorno del apetito. Irritabilidad, malhumor...	
Crisis de pánico (T. ansiedad aguda)	Crisis aguda de ansiedad. Todo el cortejo de síntomas vegetativos, en una presentación brusca. Puede tener causas desconocidas o imprevisibles. Puede preceder una ansiedad anticipatoria leve.	
Tr. Disociativo	Rasgos histriónicos de la personalidad. Egocentrismo, histrionismo. Labilidad emocional, sugestionabilidad. Dependencia. Erotización de las relaciones sociales. Temor a la sexualidad. Tr. Disociativas: Pérdida psicológicamente inducida de la memoria, la conciencia o la identidad, sin enfermedad cerebral de base. Grave afectación de la personalidad del paciente.	Amnesia disociativa/ Fuga asociativa/ Trastorno disociativo de la motilidad voluntaria y de la sensibilidad/ T. disociativos de la motilidad/ Anestesia y pérdidas sensoriales disociativas/ T. de la personalidad.
Tr. Adaptativo	Trastorno de ansiedad con síntomas en el área afectiva, que debe estar referido a un agente (causa) estresante conocida y la presunción de que no habría aparecido el síndrome sin esta causa. Debe tener una relación causa-efecto menor de 3 meses.	

CRITERIOS GENERALES

A) TRASTORNOS FÓBICOS

A.1. AGORAFOBIA

Definición

Se incluyen no sólo los temores a lugares abiertos, sino también otros relacionados con ellos, como temores a las multitudes y a la dificultad para poder escapar inmediatamente a un lugar seguro (por lo general el hogar).

Puede haber temores a salir de casa, a las multitudes, a tiendas y almacenes, a viajar solo. Este es el más incapacitante de los trastornos fóbicos. Afecta más a mujeres que a hombres y comienza al principio de la vida adulta. Cuando la conducta evitativa es efectiva, la ansiedad casi no aparece. A veces pueden darse crisis de pánico en el síndrome agorafóbico.

A.2. FOBIAS SOCIALES

Definición

Giran en torno al miedo a ser enjuiciado por otras personal en el seno de un grupo comparativamente pequeño (a diferencia de las multitudes) y suelen llevar a evitar situaciones sociales determinadas.

Suelen comenzar en la adolescencia. Se acompañan de baja estimación de sí mismo y de miedo a las críticas. Los síntomas pueden desembocar en crisis de pánico. Intensos mecanismos de evitación, que pueden llevar al aislamiento social.

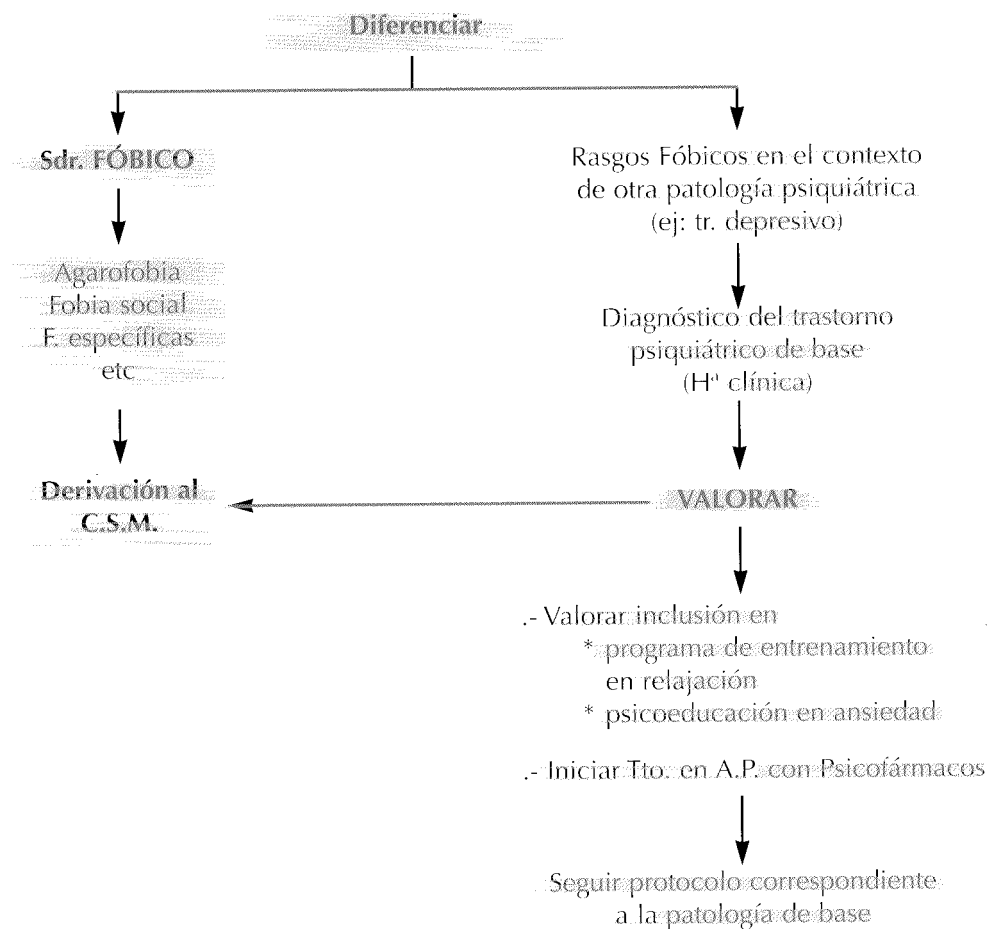
A.3. FOBIAS ESPECIFICAS (AISLADAS)

Definición

Se trata de miedos o situaciones muy específicas y concretas: Alturas, truenos, oscuridad, aviones, espacios cerrados, animales, sangre, enfermedades,...

Puede aparecer ante su presencia crisis de pánico. Se inician en la infancia o comienzo de vida adulta. Según la evitación se determina el grado de incapacidad.

Gráfica 6: Líneas de intervención de la actuación de Atención Primaria en los Trastornos Fóbicos.



Nota: Es conveniente valorar la opinión del paciente en cualquiera de los procesos de toma de decisión para evaluar la posibilidad de derivación al C.S.M.

CRITERIOS GENERALES

B) TRASTORNOS DE PANICO/ANSIEDAD PAROXISTICA

Definición.-

Se caracteriza, principalmente por la presencia de crisis recurrentes de ansiedad grave (pánico) no limitadas a ninguna situación o conjunto de circunstancias particulares.

Epidemiología.-

- Prevalencia: entre un 0,5 y el 1,7 % anual.
- Más frecuentes en sexo femenino (con una prevalencia hasta 5 veces superior) y consultan 2.5-3 veces más al médico que los hombres.
- Inicio en la segunda y tercera décadas de la vida.

Diagnóstico diferencial.-

Tabla 23: Diagnóstico diferencial del Tr. de Pánico.

A.- Con otros tr. Psiquiátricos	B.- Con otros tr. Médicos
<ol style="list-style-type: none"> 1. Tr. Depresivo 2. Abuso de alcohol o abstinencia del mismo 3. Abuso de drogas estimulantes, abstinencia a sedantes 4. Tr. de ansiedad generalizada 5. Fobia simple o social 6. Tr. por estrés posttraumático 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Patología pulmonar (asma; embolismo pulmonar,...) 2. Alt. Cardiovasculares (arritmias cardíacas, prolapso de válvula mitral, cardiomiopatías,...) 3. Enf. endocrinas: (Enf. de Cushing, Feocromocitoma, hiperparatiroidismo, hiper/hipotiroidismo, hipoglucemias, menopausia, ...) 4. Alteraciones electrolíticas 5. Epilepsia del lóbulo temporal 6. Vértigo

Es necesaria la realización de una anamnesis, una exploración física, hemograma y bioquímica, electrocardiograma y pruebas de función tiroidea.

Etiopatogenia.-

- * Multifactorial, con factores genéticos y ambientales.

CRITERIOS GENERALES

Criterios diagnósticos

Tabla 24: Criterios diagnósticos de las Crisis de Angustia y de las Crisis de Pánico.

CRISIS DE ANGUSTIA	
Aparición temporal y aislada de miedo o malestar intensos, acompañada de cuatro (o más) de los siguientes síntomas, que se inician bruscamente y alcanzan su máxima expresión en los primeros 10 minutos:	
(1) palpitaciones, sacudidas del corazón o elevación de la frecuencia cardíaca;	(8) inestabilidad, mareo o desmayo;
(2) sudoración;	(9) desrealización o despersonalización
(3) temblores o sacudidas;	(10) miedo a perder el control o a volverse loco;
(4) sensación de ahogo o falta de aliento;	(11) miedo a morir;
(5) sensación de atragantarse;	(12) parestesias;
(6) opresión o malestar torácico;	(13) escalofríos o sofocaciones.
(7) náuseas o molestias abdominales;	

CRISIS DE PÁNICO (PANIC DISORDER)
Se cumple que :
(1) crisis de angustia inesperadas recidivantes;
(2) al menos una de las crisis se ha seguido durante un mes (o más) de uno (o más) de los siguientes síntomas:
(a) inquietud persistente ante la posibilidad de tener más crisis;
(b) preocupación por las implicaciones de la crisis o de sus consecuencias;
(c) cambio significativo del comportamiento relacionado con las crisis.

Curso y pronóstico.-

El curso suele ser oscilante, con remisiones temporales. Las crisis de angustia suelen presentarse de una forma episódica, desapareciendo espontáneamente tras un período que oscila entre 6 y 12 meses, pero con una tendencia a recurrir y, ocasionalmente, a hacerse crónicas.

Tratamiento.-

Tabla 25: Objetivos del tratamiento del Trastornos de Pánico.

- 1.- Tratar la crisis de pánico si esta en curso.
- 2.- Prevenir la aparición de nuevas crisis.
- 3.- Prevenir y/o tratar la ansiedad anticipatoria.
- 4.- Prevenir y/o tratar la evitación fóbica.
- 5.- Prevenir y/o tratar otras posibles complicaciones.
- 6.- Restaurar el funcionalismo normal.

Tabla 26: Tratamiento agudo de las Crisis de Pánico.

1.- FARMACOLÓGICO:

BENZODIACEPINAS DE ALTA POTENCIA (preferentemente vía sublingual)

- DÍACEPAN: 5-10 mgr (Valium R, ...)
- ALPRAZOLAM: 0.5-2 mgr (Trankimazín R)
- LORAZEPAM: 1-5 mgr (Orfidal R, Idalprem R.)

2.- REGULACIÓN DE LA HIPERVENTILACIÓN (cuando exista):

- Respirar lenta (una inspiración/5 seg.)...
- Utilización del diafragma. Entrenamiento previo.
- Utilización de una bolsa de plástico (aumentar la concentración de CO₂).

3.- ACTITUD Y ORIENTACIÓN:

- Tranquilizar y ofrecer seguridad al paciente.
- Informarle de lo que tiene (crisis de pánico).
- Informarle de lo que no tiene (infarto...).
- Situarle en un ambiente agradable.
- Procurarle compañía de una persona de su confianza.

CRITERIOS GENERALES

Tabla 27: Agentes eficaces en la prevención de las Crisis de Pánico.

1.- Antidepresivos	Tricíclicos: Imipramina y Clorimipramina ISRS: Fluvoxamina, Fluoxetina, Paroxetina, Sertralina IMAOs: Fenzina y Tranicipromina Otros: Nefazodona
2.- Benzodiazepinas	Alprazolam

Tabla 28: Pautas para el tratamiento farmacológico del tr. por Crisis de Pánico.

PAUTAS PARA EL TRATAMIENTO CON ANTIDEPRESIVOS

1. Inicio del tratamiento con dosis pequeñas. Puede asociarse una benzodiazepina de alta potencia hasta alcanzar la dosis eficaz.
2. Incremento paulatino de las dosis.
3. Fijar una dosis que bloquee completamente las crisis (variable según pacientes, alcanzar la dosis máxima de cada fármaco si es tolerada y si fuera preciso).
4. Mantener las dosis durante un período de tiempo prolongado (6-12 meses mínimo).
5. Aprovechar el bloqueo de las crisis para superar la ansiedad anticipatoria y las conductas de evitación fóbica.
6. Retirar el ATD de forma paulatina.

PAUTA DE TRATAMIENTO CON BENZODIAZEPINAS (Alprazolam)

1. Iniciar tratamiento con dosis medias (0.5-1.5 mgr/día). Repartir la dosis en 3-6 tomas al día.
2. Incrementar rápidamente la dosis en el curso de una semana hasta conseguir bloquear completamente las crisis; en casos graves puede llegar hasta los 12 mgr/día.
3. Mantener el tratamiento por períodos superiores a 6 meses.
4. Aprovechar el bloqueo de las crisis para reexponer al sujeto frente a las situaciones fobógenas.
5. Reducir muy paulatinamente las dosis quitando 0.25 a 0.5 mgr cada 7-15 días, hasta suspender completamente.
6. Existe la posibilidad de utilizar las BZD para superar situaciones de emergencia o llevarlas en el bolsillo para mayor seguridad.

CRITERIOS GENERALES

Tabla 29: Ventajas e inconvenientes del empleo de psicofármacos.

VENTAJAS E INCONVENIENTES DEL EMPLEO DE ATD	
VENTAJAS:	INCONVENIENTES:
<ol style="list-style-type: none"> 1.- Efecto antidepressivo 2.- Dosis única diaria 3.- Bien estudiados 4.- Menor índice de recaídas 5.- No generan dependencia 6.- No restricción dietética 7.- Múltiples opciones terapéuticas 	<ol style="list-style-type: none"> 1.- Período de latencia 2.- Efecto activador-estimulante 3.- Efectos secundarios según el antidepressivo usado (anticolinérgicos, hipotensión ortostáticas, inhibición sexual, ...) 4.- Posible inducción de cuadros maníformes 5.- Riesgo de sobredosis

VENTAJAS E INCONVENIENTES DEL EMPLEO DE BENZODIAZEPINAS	
VENTAJAS:	INCONVENIENTES:
<ol style="list-style-type: none"> 1.- Acción rápida 2.- Bien toleradas 3.- Mejoría de la ansiedad anticipatoria 4.- Escasa toxicidad 6.- Uso agudo en las crisis 	<ol style="list-style-type: none"> 1.- Inducción de dependencia 2.- Sedación 3.- Dosificación múltiple 4.- Inhibición sexual 5.- Mayor índice de recaídas 6.- Efectos cognitivos 7.- Ataxia

Tabla 30: Ventajas e inconvenientes de los tratamientos combinados (antidepressivos y benzodiazepinas).

VENTAJAS:	INCONVENIENTES:
<ol style="list-style-type: none"> 1.- Disminución de las dosis 2.- Combina la acción rápida de las BZD mientras dura el período de latencia de los ATD 3.- Uso agudo de las BZD en las crisis 4.- Mejoría de la tolerancia a los ATD 5.- Menos problemas de dependencia a las BZD 6.- Menor ansiedad residual 7.- Mejoría de la ansiedad anticipatoria 	<ol style="list-style-type: none"> 1.- Sumación de efectos secundarios 2.- Mayor complejidad en el manejo de la medicación, dosificación múltiple de varios medicamentos de forma temporal 3.- Mayor toxicidad en sobredosis 4.- Obliga a dedicar más tiempo a explicar al paciente el manejo de la medicación y sus indicaciones

Tabla 31: Protocolo de mantenimiento en el tratamiento del Tr. por Pánico.

PROTOCOLO DE MANTENIMIENTO

- 1.- Se mantendrá la **dosis eficaz**, con la que se obtuvo la desaparición de las crisis, durante un **período "inicial"** (mínimo de 6-12 meses hasta 2 años) libre de crisis de pánico.
- 2.- Al cabo de este período "inicial", se intentará reducir lenta y progresivamente la dosis hasta alcanzar (por tanteo) una **dosis mínima efectiva**, manteniendo la dosis alcanzada durante un **período de mantenimiento** de 2-5 años sin crisis de pánico, antes de la retirada definitiva del fármaco de forma lenta y gradual.
- 3.- Si reaparecen las crisis de pánico se debe volver inmediatamente a la dosis que las suprimía y mantenerla como mínimo 6-12 meses más, antes de realizar otro intento de reducción de la dosis.

Tabla 32: Técnicas no farmacológicas. Educación del paciente.

TÉCNICAS NO FARMACOLÓGICAS EDUCACIÓN DEL PACIENTE

- Explicaciones ampliadas sobre el trastorno.
- Asegúrese al paciente que existen tratamientos eficaces.
- Explique que el trastorno por angustia es una enfermedad no un problema de personalidad débil.
- Explique que los medicamentos representan un medio para la corrección de anomalías biológicas y que probablemente sólo necesite utilizarlos temporalmente.
- Instruya al paciente sobre las características de la sintomatología de estos trastornos.
- Informe al paciente de que el trastorno tiene una base genética y bioquímica.
- Aporte definiciones correctas y trate todos los temas que preocupen al paciente.
- Hable sobre los síntomas secundarios a ciertas enfermedades orgánicas, tales como prolapso de válvula mitral o síndrome premenstrual.
- Involucre al cónyuge, compañero/a, familiar o persona próxima en el tratamiento.
- Una buena relación entre el médico de cabecera y el paciente representa un poderoso instrumento psicológico.

Otros enfoques: Terapia cognitivo-conductual y/o psicoterapia

C) TRASTORNOS DE ANSIEDAD GENERALIZADA

Definición

La característica esencial es una ansiedad generalizada y persistente, que no esta limitada y ni siquiera predomina en ninguna circunstancia ambiental en particular (es decir, se trata de una "angustia libre flotante").

Tabla 33: Pautas diagnósticas para el Trastorno por Ansiedad Generalizada.

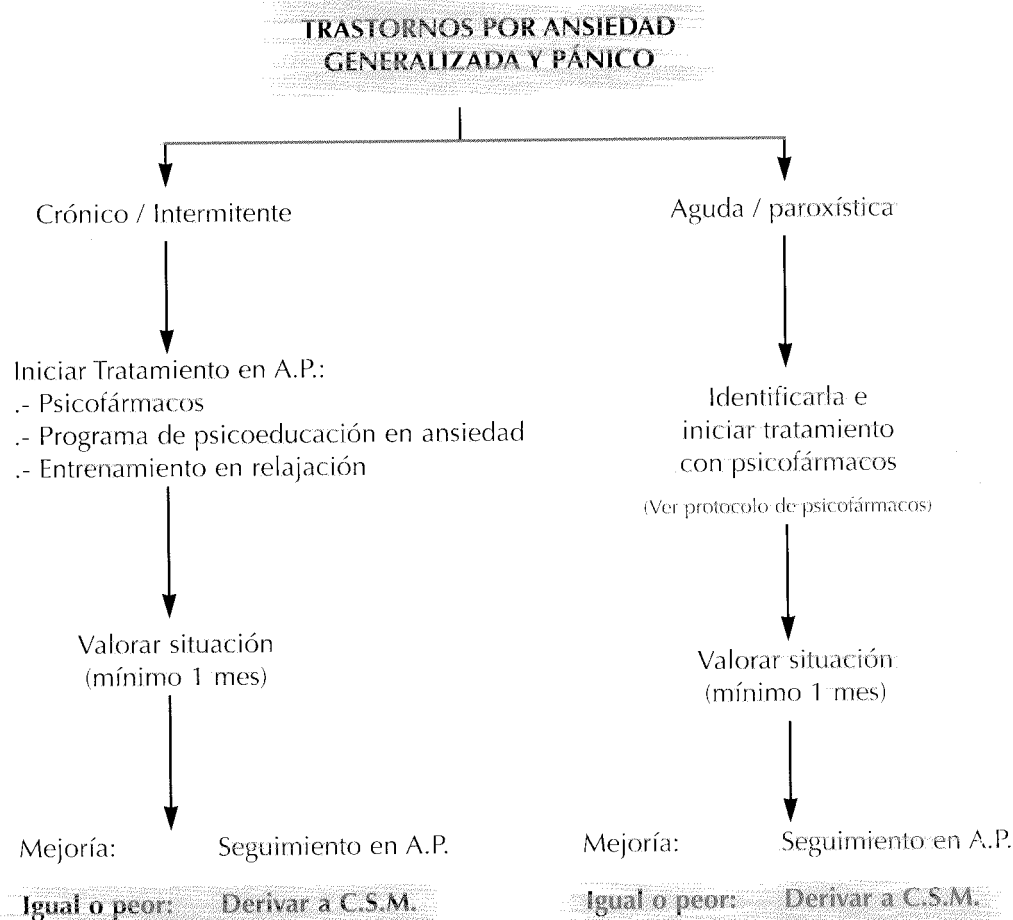
PAUTAS DIAGNÓSTICAS PARA EL TRASTORNO POR ANSIEDAD GENERALIZADA

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

- a) Aprensión (preocupaciones acerca de calamidades venideras, sentirse "al límite", dificultades de concentración, etc.)
- b) Tensión muscular (agitación e inquietud psicomotrices, cefaleas de tensión, temblores, incapacidad para relajarse)
- c) Hiperactividad vegetativa (mareos, sudoración, taquicardia o taquipnea, molestias epigástricas, vértigo, sequedad de boca, etc.)

CRITERIOS GENERALES

Gráfica 7: Líneas de actuación en los Tr. por Ansiedad Generalizada o por Pánico.



Nota: Es conveniente valorar la opinión del paciente en cualquiera de los procesos de toma de decisión para evaluar la posibilidad de derivación al C.S.M.

D) TRASTORNOS OBSESIVO-COMPULSIVO

Definición

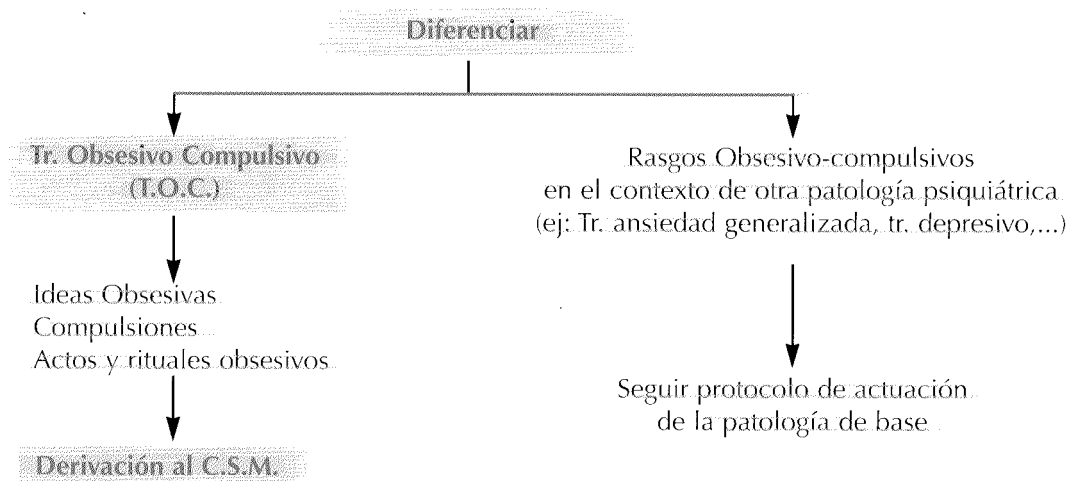
La característica esencia de este trastorno es la presencia de pensamientos obsesivos o actos compulsivos recurrentes. Ideas, imágenes o impulsos mentales que irrumpen una y otra vez en la actividad mental del individuo. Suelen ser siempre desagradables.

El paciente suele intentar resistirse a ellos. Son percibidos como pensamientos propios, a pesar de ser involuntarios.

Los actos y rituales son también conductas estereotipadas que se repiten una y otra vez. Reconoce la carencia de sentido y de eficacia de estos actos.

A menudo, hay síntomas depresivos en estos enfermos. Comienza en la infancia o a principio de la vida adulta.

Gráfica 8: Líneas de actuación en Atención Primaria en el Trastorno Obsesivo Compulsivo.



CRITERIOS GENERALES

E) REACCIONES A ESTRÉS GRAVE Y TRASTORNOS DE ADAPTACIÓN

Los trastornos incluidos en este epígrafe se caracterizan por identificarse no sólo por la sintomatología y el curso, sino también por uno u otro de los siguientes factores: antecedentes de un acontecimiento biográfico, excepcionalmente estresante capaz de producir una reacción a estrés agudo o la presencia de un cambio vital significativo que de lugar a situaciones desagradables persistentes que llevan a un trastornos de adaptación.

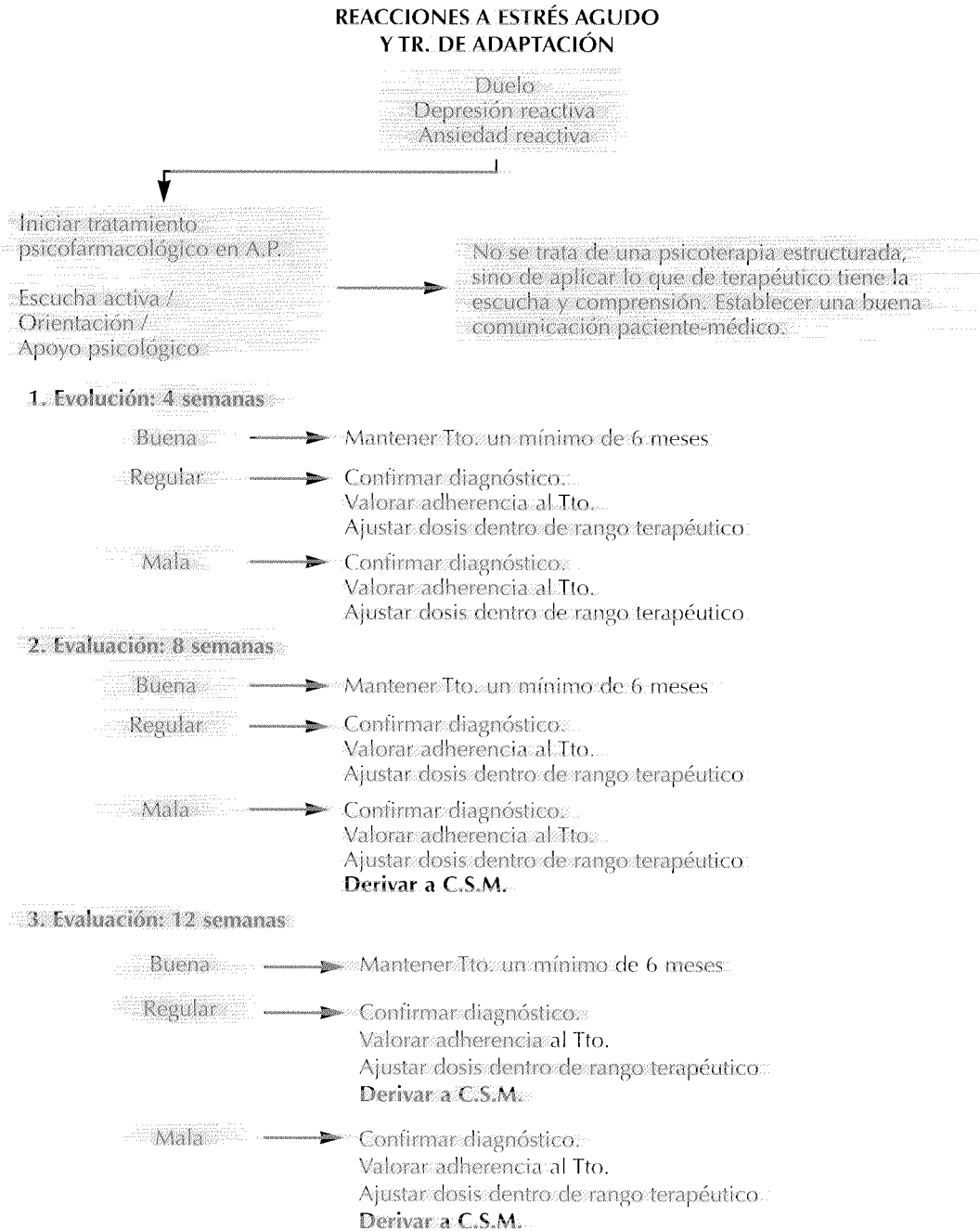
El acontecimiento estresante o las circunstancias desagradables persistentes son un factor primario y primordial, de tal manera que en su ausencia no su hubiera producido el trastorno.

Tabla 34: Reacciones a Estrés Grave y Trastornos de Adaptación (CIE-10).

Reacciones a estrés grave y trastornos de adaptación (CIE-10)	
F43.0	Reacción a estrés agudo Incluye: Crisis aguda de nervios Reacción aguda de crisis "Shock" psíquico
F43.1	Trastorno de estrés post-traumático Incluye: Neurosis traumática
F43.2	Tr. de adaptación Incluye: Reacción de duelo "Shock cultural" Hospitalismo en niño
F43.8	Otras reacciones a estrés grave
F43.9	Reacción a estrés grave sin especificación

CRITERIOS GENERALES

Gráfica 9: Líneas de actuación en Atención Primaria en las Reacciones a Estrés Agudo y en los Trastornos por Adaptación



Nota: Es conveniente valorar la opinión del paciente en cualquiera de los procesos de toma de decisión para evaluar la posibilidad de derivación al C.S.M.

CRITERIOS GENERALES

F) TRASTORNOS DISOCIATIVOS

Rasgos histriónicos de personalidad (acentuados por síndrome ansioso-depresivo)

Estos rasgos histriónicos de personalidad serían: egocentrismo, histrionismo, labilidad emocional, sugestionabilidad, dependencia, erotización de las relaciones sociales, temor a la sexualidad.

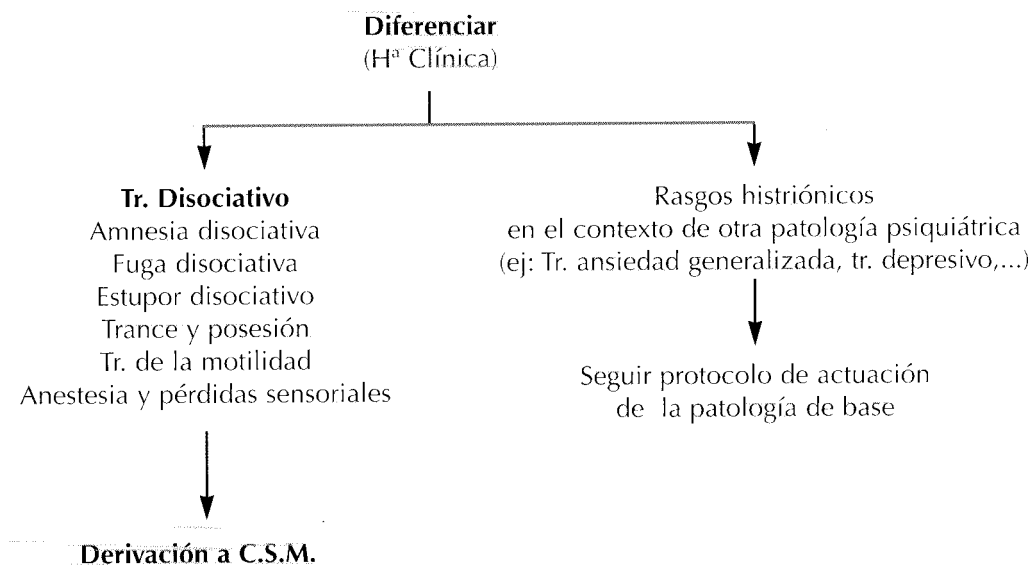
Ante la acentuación de estos rasgos de personalidad por cuadro ansioso-depresivo, ver protocolo de actuación.

Trastornos disociativos

Dentro de los trastornos disociativos, diferenciaremos: Amnesia disociativa, Fuga disociativa, Estupor disociativo, Trastornos de trance y de posesión, Trastornos disociativos de la motilidad voluntaria y de la sensibilidad, Trastornos disociativos de la motilidad, Anestiasias y pérdidas sensoriales disociativas, etc

Nota general: Para profundizar en cualquiera de los trastornos anteriores es conveniente acudir a las fuentes bibliográficas recomendadas.

Gráfica 10: Líneas de actuación en los Trastornos Disociativos.



Nota: Es conveniente valorar la opinión del paciente en cualquiera de los procesos de toma de decisión para evaluar la posibilidad de derivación al C.S.M.

CRITERIOS GENERALES

GRUPOS DE RELAJACIÓN

La relajación es útil en la prevención, control y alivio de la mayor parte de problemas relacionados con la ansiedad. El entrenamiento en relajación consiste en el aprendizaje de un conjunto de ejercicios que tienen por finalidad, disminuir o eliminar las sensaciones físicas desagradables producidas por un estado de tensión/ansiedad y provocar a la vez sensaciones agradables de tranquilidad y bienestar. También enseña a identificar las zonas del cuerpo en las que se acumula tensión en situaciones de estrés, ansiedad y a relajarlas voluntariamente.

Se emplea como método el entrenamiento en relajación muscular progresiva y ejercicios de reeducación de la respiración.

No se requiere ninguna habilidad especial para utilizar esta técnica, cualquier persona está capacitada para aprenderla si pone interés en ello y la practica como hábito.

INDICACIONES:

Usuarios de Centros de Salud Mental o Centros de Atención Primaria con trastornos de ansiedad generalizada, ansiedad tras las crisis de pánico, pacientes que tienden a somatizar la ansiedad y todas aquellas personas que por sus características peculiares previa valoración del equipo de profesionales pudiesen beneficiarse de este tipo de intervención.

OBJETIVOS:

- a) Que el paciente conozca los mecanismos fisiológicos de la ansiedad y sepa identificar sus propias reacciones físicas ante situaciones de estrés/ansiedad.
- b) Aplicar estos conocimientos a sus propias percepciones con lo que aprendería a atenuar y/o disminuir los efectos de las mismas.
- c) Evitar la cronicidad de los síntomas y sus complicaciones (miedos irracionales, hipocondrías, fobias y abuso de psicofármacos).
- d) Dar a conocer al paciente otros mecanismos de adaptación para resolver la ansiedad (cambios de hábitos de vida, consejos higiénico-dietéticos, ejercicio físico, solución de problemas).

ESTRUCTURACION DE LOS GRUPOS

Tabla 35: Estructuración de las terapias grupales.

NÚMERO DE SESIONES	8 a 10 sesiones de grupo de una hora y media a dos horas de duración. Una sesión individual de veinte minutos con cada paciente antes de incorporarse al trabajo de grupo y otra de evaluación también de veinte minutos de duración al acabar el trabajo del grupo.
FRECUENCIA DE LAS SESIONES	Una sesión semanal. Opcionalmente en la primera semana pueden realizarse dos sesiones.
NÚMERO DE PACIENTES	En cada grupo no más de 12 personas ni menos de 6. El grupo debe ser mixto.

4.4. Criterios generales de intervención en Atención Primaria para los Trastornos de Personalidad

Tabla 36: Trastornos de la Personalidad y del Comportamiento del Adulto (CIE-10).

Trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto (CIE-10)	
F60	Tr. específicos de la personalidad
F60.0	Tr. paranoide de la personalidad
F60.1	Tr. esquizoide de la personalidad
F60.2	Tr. disocial de la personalidad
F60.3	Tr. de inestabilidad emocional de la personalidad
F60.4	Tr. histriónico de la personalidad
F60.5	Tr. anancástico de la personalidad
F60.6	Tr. ansioso (con conducta de evitación) de la personalidad
F60.7	Tr. dependiente de la personalidad
F60.8	Otros tr. específicos de la personalidad
F60.9	Tr. de la personalidad sin especificación
F61	Tr. mixtos y otros tr. de la personalidad
F62	Transformación persistente de la personalidad no atribuible a lesión o enfermedad cerebral

Se incluyen en estos trastornos diversas alteraciones y modos de comportamiento que tienen relevancia clínica por sí mismos. Tienden a ser persistentes y llegan a ser la expresión de un estilo de vida y de la forma de relacionarse consigo mismo y con los demás. Algunas de estas alteraciones y modos de conducta aparecen precozmente, como resultado de factores constitucionales, y de experiencias vividas. No obstante otros pueden aparecer de forma más tardía.

En general estos tipos de trastornos abarcan formas de comportamiento duraderas y profundamente arraigadas en el enfermo. Se manifiestan como modalidades estables de respuesta a un amplio espectro de situaciones individuales y sociales. Representan desviaciones significativas del modo como un sujeto normal dentro de una cultura determinada, percibe, siente y establece sus relaciones con los demás. Estos comportamientos, afectan a múltiples aspectos de las funciones psicológicas.

Los Trastornos de la Personalidad, se diferencian de los cambios de la personalidad en su momento y modo de aparición. Los Trastornos de la Personalidad aparecen en la infancia o adolescencia y persisten en la madurez. No son secundarios a otros trastornos mentales o lesiones cerebrales, aunque pueden coincidir con ellos. Las transformaciones de la personalidad son adquiridas generalmente, durante la vida adulta, a consecuencia de situaciones conflictivas graves y mantenidas, trastornos mentales graves o enfermedades cerebrales.

CRITERIOS GENERALES

Las diferentes clasificaciones de los Trastornos de la Personalidad se hace de acuerdo a la forma de expresión predominante, no pudiendo hacer más que una descripción de una serie de tipos que no son mutuamente excluyentes:

Los Trastornos de Personalidad se subdividen, por lo tanto, de acuerdo con los rasgos correspondientes a sus manifestaciones y comportamientos más frecuentes o destacados.

La evaluación ha de basarse en tantas fuentes de información como sea posible. A menudo se requiere realizar más de una entrevista y recopilar datos de anamnesis de varios informadores. Así mismo la realización de una serie de pruebas psicológicas que contribuyan eficazmente en la evaluación y diagnóstico de estos trastornos.

Tabla 37: Rasgos clínicos fundamentales de los Trastornos de Personalidad.

Paranoide	<ul style="list-style-type: none"> - Sensibilidad excesiva a contratiempos y desaires - Susplicacia y tendencia generalizada a interpretaciones hábiles de conductas neutrales o amistosas - Sentido combativo y tenaz de sus derechos, al margen de la realidad
Esquizoide	<ul style="list-style-type: none"> - Incapacidad de sentir placer (anhedonia) - Frialdad emocional, despego - Incapacidad para expresar sentimientos (simpatía, ternura, ira) - Actividades solitarias. Ausencia de relaciones personales íntimas
Antisocial	<ul style="list-style-type: none"> - Despreocupación por los sentimientos de los demás - Actitud marcada y persistente de inexpresabilidad - Despreocupación por normas, reglas y obligaciones sociales - Baja tolerancia a la frustración (agresividad y violencia) - Incapacidad para sentir culpa y aprender de la experiencia
Límite	<ul style="list-style-type: none"> - Inestabilidad emocional - Ausencia de control de impulsos (explosiones violentas) - Amenazas suicidas y actos autoagresivos
Histriónico	<ul style="list-style-type: none"> - Tendencia a la teatralidad y expresión exagerada de emociones - Sugestibilidad - Búsqueda de emociones y atención - Deseos inapropiados de seducir - Conductas manipulativas

CRITERIOS GENERALES

Tabla 37: Rasgos clínicos fundamentales de los Trastornos de Personalidad (continuación).

Anancástico	<ul style="list-style-type: none"> – Falta de decisión y dudas, reflejo de profunda inseguridad personal – Preocupación excesiva por detalles, orden, horarios – Perfeccionismo que interfiere con la actividad práctica – Rectitud y escrupulosidad excesivas – Rigidez y obstinación
Dependiente	<ul style="list-style-type: none"> – Sentimiento de malestar al encontrarse solo – Temor a ser abandonado por persona con estrecha relación – Capacidad limitada para tomar decisiones cotidianas sin el consejo o seguridad de los demás – Percepción de inutilidad, competencia y debilidad
Esquizotípico	<ul style="list-style-type: none"> – Ideas de referencia, suspicacia – Creencias raras o pensamiento mágico que influye en el comportamiento (raro, excéntrico) y no es consistente con las normas culturales imperantes – Experiencias perceptivas inhabituales. Pensamiento y lenguaje raros – Afectividad inapropiada. Falta de amigos íntimos – Ansiedad
Ansioso con evitación	<ul style="list-style-type: none"> – Tensión emocional constante y profunda – Preocupación por ser un fracasado, inferior a los demás – Preocupación por la crítica o rechazo social – Resistencia a establecer relaciones personales si no se tiene la seguridad de ser aceptado – Necesidad limitante de tener seguridad física – Evitación de actividades que impliquen contactos personales

LÍNEAS DE ACTUACIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA PARA TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD

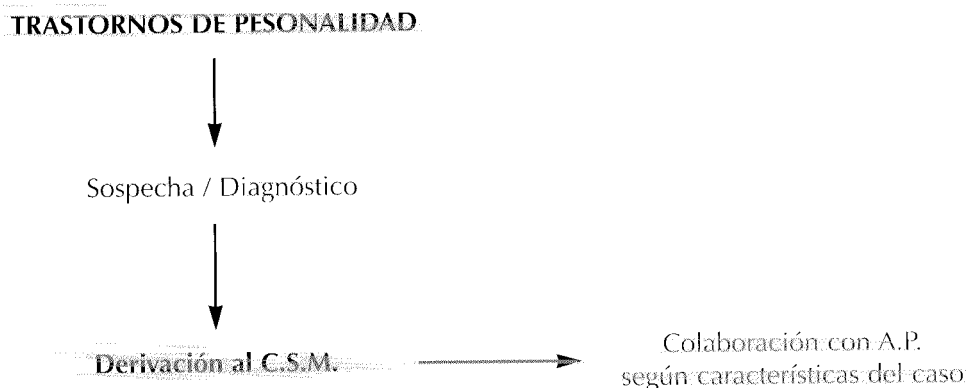
Estos trastornos por su complejidad para el diagnóstico y la especificidad de tratamiento que a veces requieren, los consideramos (igual que las psicosis) de atención fundamentalmente en el nivel especializado de Salud Mental.

En Atención Primaria, el médico debe contar con la información necesaria sobre los rasgos clínicos más destacados de estos trastornos para que le ayuden a identificarlos o diagnosticarlos cuando aparezcan como patología fundamental en algún paciente.

Una vez sospechado o diagnosticado se derivará al Centro de Salud Mental de referencia. La derivación se efectuará por vía ordinaria, informando al respecto en el modelo que se defina.

Establecido el diagnóstico y el plan de tratamiento el Médico de Atención Primaria podrá intervenir en la parte que se acordará si así lo requiere el tratamiento de alguno de estos tipos de trastornos.

Gráfica 11: Líneas de actuación en Atención Primaria en los Trastornos de Personalidad.



Nota: Es conveniente valorar la opinión del paciente en cualquiera de los procesos de toma de decisión para evaluar la posibilidad de derivación al C.S.M.

4.5. Criterios Generales de Intervención en Atención Primaria para los Trastornos de la conducta alimentaria.

Los trastornos del comportamiento alimentario (TCA) ocupan en la actualidad las primeras planas en los medios de comunicación que está contribuyendo a crear una alarma social importante.

Aunque la Anorexia Nerviosa (AN) y la Bulimia Nerviosa (BN) son las entidades diagnósticas más importantes y mejor delimitadas, las clasificaciones diagnósticas actualmente vigentes de las enfermedades mentales (CIE-10 y DSM-IV) incluyen dentro de los TCA otras alteraciones más leves o menos específicas etiquetadas como atípicas o no especificadas.

Para la comprensión de dicha patología es necesario tener en cuenta múltiples factores y su aproximación debe realizarse desde diversos planteamientos. El tratamiento, a grandes rasgos, es largo y difícil, y se precisa de la existencia de equipos multidisciplinarios y programas terapéuticos complejos con una combinación de medidas psicofarmacológicas y otras psicológicas.

Epidemiología

Los estudios epidemiológicos arrojan resultados un tanto dispares por dificultades metodológicas y por el amplio espectro que se incluye en las TCA. Generalmente se acepta que la prevalencia de

CRITERIOS GENERALES

los TCA parece estar aumentando en los últimos años y puede oscilar entre el 1-4% de las adolescentes y de las mujeres jóvenes.

Los trabajos realizados en España son escasos y sus resultados concluyen que las adolescentes españolas presentan actitudes y conductas relacionadas con el cuerpo y la dieta muy semejantes a las que presentan sus homólogas occidentales, reflejando una excesiva preocupación por la imagen corporal, por la dieta y por la disminución de peso.

Tabla 38: Datos epidemiológicos de los Trastornos de la Conducta Alimentaria.

Anorexia Nerviosa

- Prevalencia: 0,5-1% de adolescentes y mujeres jóvenes.
- La prevalencia de mujeres jóvenes con algunos síntomas de anorexia, pero sin cumplir criterios diagnósticos se estima en un 5%.
- No presenta un predominio claro en la actualidad entre las clases sociales altas, en contra de los estudios iniciales.
- Parece ser más frecuente en los países desarrollados.
- y su prevalencia aumenta entre jóvenes cuyas profesiones se requiere de una delgadez, como las modelos y el ballet.

Bulimia Nerviosa

- Tiene una mayor prevalencia con cifras estimadas entre el 1 y 3% de las mujeres jóvenes.
- Inicio generalmente más tardío que la AN.
- También es más frecuente entre las mujeres.