PLAN DE SALUD MENTAL
DE LA REGION DE MURCIA

DOCUMENTO TECNICO 1

COORDINACION, ACTUACION Y DERIVACION ENTRE SALUD MENTAL Y ATENCION PRIMARIA

DOCUMENTO PARA LA COORDINACION, ACTUACION Y DERIVACION ENTRE SALUD MENTAL Y ATENCION PRIMARIA

CENTRO DE DOCUMENTACION
CONSEJERIA DE SANIDAD
Unidad Registro 07000000048718

Edita: Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales
C/. Ronda de Levante, 11
Telf. 36 26 71
3000 Murcia

I.S.B.N.: 84-87686-58-3
Depósito Legal: MU-884-1995
Diseño de portada: Lola Gómez Medina
Composición: CompoRapid
Imprime: Imprenta Regional

DOCUMENTO PARA LA COORDINACION, ACTUACION Y DERIVACION ENTRE SALUD MENTAL Y ATENCION PRIMARIA

GRUPO DE EXPERTOS

Coordinadores:

Juan Antonio Aznar Moya	Psiquiatra. Centro de Salud Mental nº 2. Murcia
Jesús Fernández Lorenzio	Médico de Atención Primaria, Centro de Salud de Cartagena Casco

Composición del grupo de expertos:

Ignacio Cabezas Hurtado	Psicólogo Clínico Centro de Salud Mental Cartagena
Mª Eulalia Jaén López	Psiquiatra Centro de Salud Mental Cartagena
Mª Antonia Martínez Sánchez	Enfermera de Atención Primaria Centro de Salud Bº Peral
Antonio Matias Urrea	Médico Atención Primaria. Centro de Salud Fuente Alamo
Jose L. Molino Contreras	Enfermero Centro de Salud Mental Cartagena
Carmen Pérez-Crespo Gómez	Médico Atención Primaria Centro de Salud Barrio Peral

Colaboradores

Luis López Sánchez	Psiquiatra. Jefe de Area de Salud Mental
Amadeo Valoria Martínez	Médico Psiquiátra Centro de Salud Mental II Murcia
Isabel Illán Cano	Enfermera, Centro de Salud Mental II Murcia

INDICE

1. INTRODUCCION 7

2. CRITERIOS PARA LA COORDINACION ENTRE ATENCION PRIMARIA Y SALUD MENTAL 11
   2.1. Cauces de comunicación 13
   2.2. Criterios de derivación y protocolos 15
   2.3. Reuniones de coordinación 16
   2.4. Urgencias psiquiátricas en Atención Primaria 16
   2.5. Formación continuada 17
   2.6. Evaluación 17

3. CRITERIOS DE ACTUACION 19
   Trastornos mentales orgánicos 21
   Trastornos afectivos 35
   Trastornos por ansiedad 53
   Trastornos por personalidad 73
   Trastornos psicóticos 79

4. UTILIZACION DE PSICOFARMACOS EN ATENCION PRIMARIA 93

5. BIBLIOGRAFIA 113

1. INTRODUCCION

Dentro de la reestructuración y reforma de la asistencia a la salud mental en nuestra región, hemos definido desde el principio, que la atención ambulatoria a la salud mental se fundamenta y fija en la organización de la atención primaria de salud. Por muchos autores se ha justificado ampliamente esta necesidad, con cifras incluso que perfilan el número de pacientes con problemas psíquicos tipificados que acude al médico generalista.

Así mismo la falta de desarrollo de la psiquiatría dentro de los servicios médicos generales ha hecho que casi toda la patología psiquiátrica haya estado en manos de los psiquiatras sin que se establecieran diferenciaciones y grados en la patología que podrían y deberían intervenirse en los niveles primarios de salud.

En la superación de esta situación hemos basado toda nuestra organización de la salud mental, estableciendo como única puerta de entrada a los servicios especializados de salud mental, la atención primaria, abandonando nuestra posición de primer nivel y situándonos en plano de actuación secundaria, como cualquier otra especialidad médica.

No obstante, las características especiales que confluyen en la salud mental, la diferencian bastante de otras especialidades médicas, donde la atención especializada puede equipararse a actuación hospitalaria y por tanto desarrollarse en el ámbito hospitalario. Las características de incidencia y prevalencia de factores no médicos (psicológicos y sociales) en la enfermedad mental establecen una gran diferencia entre la atención especializada ambulatoria que permite contemplar mejor la integridad de la patología en algunos de sus factores etiopatogénicos, y la atención psiquiátrica hospitalaria, que por sus características, se suele circunscribir a los aspectos médicos (crisis agudas, situaciones de riesgo, descompensaciones clínicas...) de la patología psiquiátrica.

Estas razones nos llevan a definir nuestra intervención ambulatoria muy cerca de la atención primaria, para que en esta última vaya recayendo progresivamente aquella parte de la psiquiatría que corresponda a una intervención médica general y por desarrollar fuera del hospital la intervención especializada que determinados trastornos de la salud mental necesitan y que desde una atención especializada hospitalaria no sería posible abordar.

El hecho de que la atención primaria se organice en centros de salud y equipos de profesionales con mayor dedicación a los cuidados básicos de salud, permite que

se estructure la relación y coordinación que vaya a establecerse entre los dos niveles. Esto se acompaña también de una evolución semejante en la organización de la asistencia a la salud mental que va de la consulta ambulatoria de neuropsiquiatría a un equipo multidisciplinar con responsabilidades en la atención específica de la salud mental de una población determinada.

Para que este sistema funcione lo más eficazmente posible, sin que dependa solamente de la "buena voluntad de los profesionales", es preciso establecer acuerdos, definir intervenciones y formas de relación profesional. Conjuntar, en definitiva las opiniones, conocimientos e intereses sobre la salud mental entre los responsables sanitarios del área de salud (profesionales de atención primaria, profesionales de atención especializada y administración sanitaria).

Con esta finalidad se organiza este grupo técnico de trabajo que ha pretendido, pues, definir de manera práctica y realista los principios necesarios para:

- Establecer una buena relación profesional entre Atención Primaria y Salud Mental
- Favorecer una mejor y más eficaz utilización de nuestros recursos.
- Estimular un mayor intercambio de información y apoyos técnicos mutuos.

Y en definitiva, para aportar unos mejores servicios a las necesidades de salud mental de la población.

2. CRITERIOS PARA LA COORDINACION ENTRE ATENCION PRIMARIA Y SALUD MENTAL

2.1. CAUCES DE COMUNICACION

La Comunicación e información clínica entre los profesionales de atención primaria y salud mental, obviamente la consideramos esencial. De ahí que se tomen los siguientes acuerdos con el fin de garantizar al máximo dicha comunicación.

Se utilizará el programa mostrador de atención primaria y al Centro de Salud Mental llegará por fax los listados de personas que serán atendidas, especificando el día y la hora que les toque.

El informe clínico que debe realizar el médico de atención primaria de cada paciente que remita al Centro de Salud Mental se hará en el modelo 317 (INSALUD) u otro cualquiera que se defina al respecto con los siguientes puntos brevemente reseñados:

- Motivo de consulta
- Tiempo de padecimiento
- Tratamientos realizados
- Información sobre su estado somático si procede
- Petición que realiza al médico

Este informe lo presentará el paciente en el Centro de Salud Mental el día que entre a consulta.

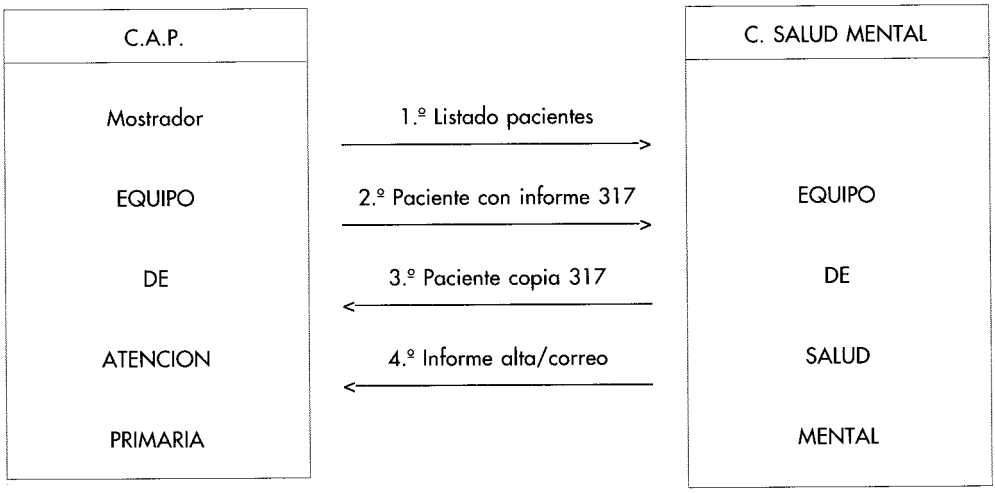
Desde el Centro de Salud Mental se devolverá la siguiente información:

- La copia del modelo establecido, se puede dar en mano al paciente indicándole que lo remita a su médico que con la finalidad de que éste sepa que se ha realizado la consulta del paciente y el tipo de intervención que se preve en el Centro de Salud Mental.
- Una vez tratado, estudiado, etc. y cuando proceda, se dará el alta al paciente con devolución al nivel primario de salud.
- Se enviará, entonces, por correo al Centro de Salud un informe completo de alta que el médico incorporará al historial clínico del paciente.

Junto a esta comunicación existirá la que se establezca en programa de formación continuada a través de sesiones clínicas, seminarios, etc.

Y además toda aquella que entre loa profesionales se realiza a través de teléfono, carta... para asuntos y temas concretos que así lo requieran.

ESQUEMAS DE CAUCES DE COMUNICACION



2.2. CRITERIOS DE ACTUACION Y DERIVACION

Con el fin de ajustar las derivaciones a unos criterios de necesidad clínica y a distribuir los niveles de intervención en la patología psiquiátrica entre atención generalizada y atención especializada, elaboramos unas lineas de actuación que organicen y dirijan estas intervenciones.

Agrupamos la patología en cinco grupos:

A) TR.ORGANICOS
B) TR. AFECTIVOS
C) TR. POR ANSIEDAD
D) TR. PSICOTICOS
E) TR. PERSONALIDAD

De estos grupos asignamos guías de actuación para los siguientes cuadros clínicos:

A) TR. ORGANICOS

1. Demencias
2. Síndrome amnésico no alcohólico.
3. Tratamientos por lesión o disfunción cerebral.
4. Tratamientos personalidad y comportamiento: por enfermedad, lesión o disfunción cerebral.

B) TR. AFECTIVOS

5. Reacción Depresiva
6. Episodio Depresivo (De. Endogena)
7. Tr. Bipolar
8. Riesgo Suicidio

C) TR. POR ANSIEDAD

9. A. Generalizada/Pánico
10. Fobias
11. T. Obsesivos
12. T. Somatización
13. T. Disociativos

D) TR. PERSONALIDAD

14. T. Personalidad

E) TR. PSICOTICOS

15. T. Psicóticos de inicio
16. T. Psicóticos Crónicos

En estas patologias hemos pretendidos, siempre de una forma muy práctica dejar lo más claro posible las actuaciones al médico de atención primaria, tanto en su intervención clínica, como las conductas a seguir en otro tipo de intervenciones.

2.3. URGENCIAS PSIQUIATRICAS EN ATENCION PRIMARIA

Tras debatir el tipo de urgencias psiquiátricas que pueden darse en Atención Primaria, establecemos las siguientes conclusiones:

a) Urgencias de intervención en crisis: Utilización de los servicios de atención continuada, ubicados en el hospital donde se encuentre la unidad de internamiento.
b) Atención urgente por otros temas diferentes de la crisis = Derivación al Centro de Salud Mental a través de la via de urgencias, si existe lista de espera en su zona.

Se informará a los servicios de urgencia de estos acuerdos y pedirles que canalicen las urgencias psiquiátricas que atiendan a través de los médicos de atención primaria.

La vía de urgencia la justificará personalmente el médico de atención primaria a través de contacto telefónico con los psiquiatras del Centro de Salud Mental, definiendo entre ambos la urgencia y la demora en la atención.

La cita preferente, así mismo, será justificada por parte del médico de atención primaria en informe escrito y/o breve contacto telefónico con el Centro de Salud Mental

En caso de dificultad para contactar telefónicamente con el Centro de Salud Mental se justificará en informe escrito los criterios de urgencia o preferencia por los que el paciente superará las vías normalizadas de acceso a la atención en Salud Mental.

2.4. FORMACION CONTINUADA

A) Establecer unos seminarios para la aplicación de las líneas de actuación que serán elaborados por este mismo grupo de trabajo. Puede invitarse a participar a otros compañeros que aporten su experiencia y conocimiento en los seminarios.

B) Se plantea metodológicamente para estos seminarios, sesiones de una hora incluida dentro de las actividades propias de los centros de salud. Sin aumentar ni interferir demasiado en su trabajo cotidiano.

C) Dichos seminarios, serán preferentemente prácticos y dirigidos a favorecer la discriminación, el diagnóstico en los protocolos. No deben ser lecciones teóricas sobre los síndromes psiquiátricos.

D) Se facilitará blibliografía y documentación para que particularmente el profesional que lo desee profundice en sus conocimientos sobre salud mental.

E) Se propone que cada año en los programas de formación continuada establecdidos por Atención Primaria y por Salud Mental se tenga encuenta introducir temas referentes a salud mental, de interés común, según las prioridades que se establezcan a través de las reuniones de coordinación.

2.5. REUNIONES DE COORDINACION

Proponemos una reunión mensual de coordinación durante los 6 primeros meses, entre los coordinadores de los centros de salud y los de Salud Mental con el fin de hacer un seguimiento estrecho y facilitar la resolución de problemas.

Los siguientes seis meses una reunión bimensual y a partir del año una trimestral o semestral, según la necesidad o los programas y actividades que se compartan entre los dos niveles.

En cualquier momento, no obstante, los coordinadores de los centros pueden reunirse para temas concretos que atañan a sus centros o zonas de salud.

2.6. EVALUACION

Establecemos unos indicadores que ayuden a evaluar anualmente si se están cumpliendo los acuerdos establecidos en la organiación de derivaciones y recepciones (cantidad) y en el cumplimiento de lo establecido en los protocolos para las patologías (calidad). Así mismo servirá como un control de calidad del presente trabajo.

• INDICADORES DE CANTIDAD

1. Indicador de cumplimiento de citas

- Nº de pacientes recibidos en el centro/Nº total de pacientes enviados desde el progrma mostrador a tavés de Atención Especializada.

2. Indicador de información de altas

- Nº de informes de alta que llegan al centro de salud/Nº de altas y derivaciones a AP.

Con estos indicadores mediremos si los acuerdos que regulan nuestra comunicación son cumplidos o no lo son y según sus resultados estableceremos las correspondientes conclusiones.

• INDICADORES DE CALIDAD

- Recoger una muestra representativa de los informes de derivación.
- Analizar su contenido y contrastarlo con los requisitos establecidos en los protocolos.

Este trabajo nos dira si se esta haciendo uso de lo establecido en los protocolos para las diferentes patologías y nos debería justificar aquellas situaciones en las que no fuese así. Igualmente según los resultados estableceremos las correspondientes conclusiones.

Para las urgencias proceder desde atención primaria, en cada caso particular se registrarán los datos que nos informen si hemos cumplido los acuerdos establecidos.

3. CRITERIOS GENERALES DE ACTUACION

Trastornos mentales orgánicos

3.1. CRITERIOS GENERALES DE INTERVENCION EN ATENCION PRIMARIA PARA LOS TRASTORNOS MENTALES ORGANICOS

Guías para identificación:

GUIA TEORICA PARA AYUDA A IDENTIFICACION TRASTORNOS MENTALES ORGANICOS

- CIE 10...(DSM III-R)
- Tratados de Psiquiatría (Ver Bibliografía)

Material para ayudar a la identificación diagnóstica:

- Mini test cognoscitivo

Definición

Son aquellas anomalías psicológicas o conductuales asociadas a una disfunción cerebral transitoria o permanente.

Clasificación

Son difíciles de clasificar debido a que la disfunción cerebral lpuede causar una miriada de sintomas que varían de uno a otro paciente e incluso en el mismo, a lo largo del tiempo.

	SINDROME	MANIFESTACIONES CLINICAS PREDOMINANTES
A	DEMENCIA	Deterioro de las capacidades funcionales lo suficientemente grave para interferir con el funcionamiento. /Deterioro de la memoria (corto>largo plazo)/ Cambios en la personalidad. (Disfunción cognitiva (apraxia, agnosia, etc.). Deterioro psicomotriz.
B	TRASTORNO AMNESICO NO ALCOHOLICO	Trastorno de la memoria sobre todo para hechos recientes sin afectación del recuerdo inmediato ni de la atención ni de la conciencia. No deterioro intelectual.
C	DELIRIUM NO INDUCIDO POR ALCOHOL NI OTRAS SUSTANCIAS	Fluctuaciones de la capacidad de alerta, atención, conciencia. Trastornos perceptivos, pensamiento y psicomotricidad. (Aumento o disminución de la actividad motora).
D	TRASTORNO MENTAL POR LESION O DISFUNCION CEREBRAL O ENFERMEDAD SOMATICA	Manifestaciones clínicas parecidas a los trastornos mentales no orgánicos (más que a la demencia o delirium), es decir, a las psicosis funcionales.
E	TRASTORNO PERSONALIDAD Y CONDUCTA POR ENFERMEDIDAD, LESION O DISFUNCION CEREBRAL	Alteraciones sobre todo en el área de la conducta y comportamiento socio-familiar.

Etiologías

Muchos trastornos orgánicos del cerebro y de tipo sistémico o tóxico, en de pueden producir alteraciones mentales (Síndrome AMNESICO, síndrome DELIRANTE, ALUCINOSIS orgánica, síndrome de ANSIEDAD, Síndrome orgánico de la PERSONALIDAD). Reseñamos a continuación algunas de las etiologías más frecuentes y el tipo de alteración que suele producir:

Degenerativos, por ejemplo enfermedades de Alzheimer.	A	Drogas, por ej. alcohol, esteroides, diacepan, litio, etc...	
Epilepsia, (crisis parciales complejas, confusión postictal)	D E	Endocrinopatias (acidosis diabética, hipotiroidismo, enfermedad de Cushing)	D
Metabólicos (encefalopatía hepática, porfiria, hipóxia)	D	Pseudodemencia (de la depresión o la manía)	
Exógenas (plomo, aluminio insecticidas)	D	Pseudodemencia (de los déficits sensoriales)	
Neurológicos (esclerosis múltiple, Parkinson)	D	Nutricionales (déficit de folato o tiamina)	D
Cáncer (meningioma, glioma)	D E	Contusiones (hematoma subdural, contusión craneal)	D E
Innatas/Idiopáticas (enf. de Wilson, de Huntinton, hidrocefalia mormotensiva)	D E	Infección (abceso cerebral, meningitis, SIDA)	D
Ateroscleroticos	A	Autoinmunes (Lupus eritematoso diseminado)	D

Diagnóstico diferencial

Los síndromes mentales orgánicos pueden simular muchas otras enfermedades psiquiátricas. Por tanto el D.D. precisa:

1. Un elevado índice de sospecha de una posible causa orgánica, independientemente de la presentación clínica.

2. Un conocimiento de los trastornos fulncionales de modo que pueda sospecharse una etiología orgánica ante toda presentación atípica.

D.D. PSEUDODEMENCIA Y E. ALZHEIMER (OTRAS DEMENCIAS)

CARACTERISTICA	PSEUDODEMENCIA	E. DE ALZHEIMER
Antecedentes psiquiátricos	Probables	Poco probables
Inicio de síntomas	Subagudo (semanas)	Insidioso (meses)
Duración de los síntomas	Meses	Años
Pérdida de habilidades sociales	Precoz, prominente	Tardía, oculta
Variación diurna	Empeora por la mañana	Empeora por la noche
Aceptación	Mala	Buena
Estado de ánimo	Abatido	Despreocupado, superficial
Afecto	Monótono	Lábil

VALORACION COGNITIVA

VARIABLE	PSEUDODEMENCIA	ALZHEIMER/OTRAS
Atención	Muy conservada	Deficitaria
Motivación	Abandona fácilmente	Trata de obedecer
Orientación	Mejor de lo esperado	Confunde lo inhabitual con lo habitual
Cálculos simples	Errores importantes	Fracasos inmediatos
Pérdida de memoria	Reciente remota; lagunas	Reciente>remota sin lagunas
Respuesta a las pruebas	Destaca los fallos	Se complace con los éxitos

Diagnóstico

Se realiza fundamentalmente a través de la clínica y pruebas complementarias, que puedan identificar afectaciones generales de la organicidad cerebral y aspectos específicos.

Muchas de éstas pruebas de momento parece ser que no están al alcanze de atención primaria por lo que ante la sospecha de estos padecimientos tendrán que apoyarse en los niveles especializados adecuados para identificar o diagnosticar.

Algunos tipos de pruebas complementarias que pueden ser necesarios para diagnosticar Trastornos mentales orgánicos:

Analítica:

Sangre:
- General
- Específica:
  - Funciones tiroideas
  - Detección de sustancias...

Orina

Electrofisiología:

- Electroencefalograma
- Miograma...

Radiología:

- Rx
- TAC
- Resonancia Nuclear...

Tratamiento

La primera actitud ante los Trastornos Mentales Orgánicos es la de filiar la etiología del proceso dado que al corregir la causa desencadenante desaparece la alteración mental, en la mayoría de los casos. Recordar para ésto las causas más frecuentes y aplicar las pruebas para diagnósticos que tenga acceso la atención primaria. Apoyarse para el diagnóstico en la atención especializada adecuada.

El tratamiento psicofarmacológico más corriente que se puede utilizar en atención primaria lo reseñamos en la siguiente tabla.

TRATAMIENTO PSICOFARMACOLOGICO [1] DE LOS T. MENTALES ORGANICOS

SINDROME	NEUROLEPTICOS	DOSIS ACONSEJ.	ATD	DOSIS ACON.	BENZODIAZEPINAS	DOSIS ACON.	OTROS	OBSERVACIONES
Demencias	Tioridacina Haloperidol Tiapride	50/100 mg/día 2/5 mg/día 100-200 mg/día			En demencias y ancianos consultar su uso. De ser necesario usar BZP de v/m corta.		Clormetiazol (distraneurine) como hipnótico y sedante. Piracetan a dosis altas	El Tº es fundamentalmente sintomático. Hay que tranquilizar al paciente. Regular su descanso. Favorer su adaptación a las características del medio familiar. Tener en cuenta EDAD, fisiología de la vejez y otras patologías orgánicas: Interacciones. VER PLAN TERAPEUTICO.
Síndrome amnésico no alcohólico								Tratamiento etiopatogénico cuando se conozca la causa. La instauración del Tº farmacológico se hará en el nivel de SALUD MENTAL, o en coordinación con ATENCION PRIMARIA
Disfunción cerebral no alcohólica. Lesión, enfermedad cerebral o enfermedad somática	Tioridacina Haloperidol Tiapride						Clormetiozol	Tº sintomático y etiopatogénico, si se conoce la causa. El Tº sintomático como en las demencias para tranquilizar y recuperar sueño y niveles de conciencia. Es un Tº que casi siempre se realizará en el nivel especializado (Hospital).
Tr. de la Personalidad con causa orgánica	Tioridacina Haloperidol Propericiacina Levomepromacina				BZP v/m larga		Antiepilépticos en caso de lesión o disfunción con equivalentes epilépticos	El Tº psicofarmacológico será sintomático con el fin de controlar impulsos y conductas. Junto a este el Tº etiopatogénico si se conoce la causa. El Tº se instaurará en el nivel especializado: NEUROLOGIA - PSIQUIATRIA.

[1] *Cuando se decida el uso de cualquier psicofármaco, debe consultarse, si no se conocen las características particulares de cada uno de ellos, en un vademecum o manual de psicofarmacología. Las dosis son orientativas y será el médico en caso de usar los psicofármacos el que decida la dosis según la particularidad de cada paciente.*

LINEAS DE INTERVENCION DE ATENCION PRIMARIA EN LOS TRASTORNOS MENTALES ORGANICOS

Basándonos en la clasificación C.I.E. 10 agrupamos los síndromes orgánicos, y con fines a describir la intervención desde atención primaria, en los siguientes apartados:

A) Demencia
   - Alzheimer
   - Vascular
   - Otras

B) Síndrome amnésico no producido por alcohol u otras sustancias psicoactivas.

C) Delirium no inducido por alcohol ni otras sustancias psicoactivas.

D) Trastornos mentales debidos a lesión o disfunción cerebral o enfermedad somática.

E) Trastorno de la personalidad y del comportamiento debidos a enfermedad, lesión o disfunción cerebral.

Trastornos mentales orgánicos.
Líneas de actuaciones para el grupo A: Demencias

1. Dificultad de diagnóstico, sobre todo en sus primeras manifestaciones.

- Ante su sospecha:
  Derivación de interconsulta a Salud Mental

- Evidencia clara:
  Plan terapeútico desde Atención Primaria

Según resultados:

a) No síndrome demencial: Actúa en consecuencia según diagnóstico.
b) Sospecha no confirmada: Tº sintomático seguido por ATENCION PRIMARIA o SALUD MENTAL según su evolución.
c) Síndrome demencial: Establecimiento de un Plan Terapeutico compuesto por:

A) Tº Médico

Empleo de neurolepticos a dosis bajas (Haloperidol, Largactil, Meleril...) para combatir la agitación e irritabilidad. Para dosis y mezclas con otros psicofármacos (BZP), VER orientación en anexos de psicofarmacología o HACER interconsulta médica a SALUD MENTAL

B) Información Familiar

Existe un protocolo de psicoeducación a familiares con enfermos demenciados elaborado en el Centro de Salud Mental II de Murcia por Dr. Valoria y la enfermera Isabel Illán que está diseñado para aplicar en los C.ATENCION PRIMARIA

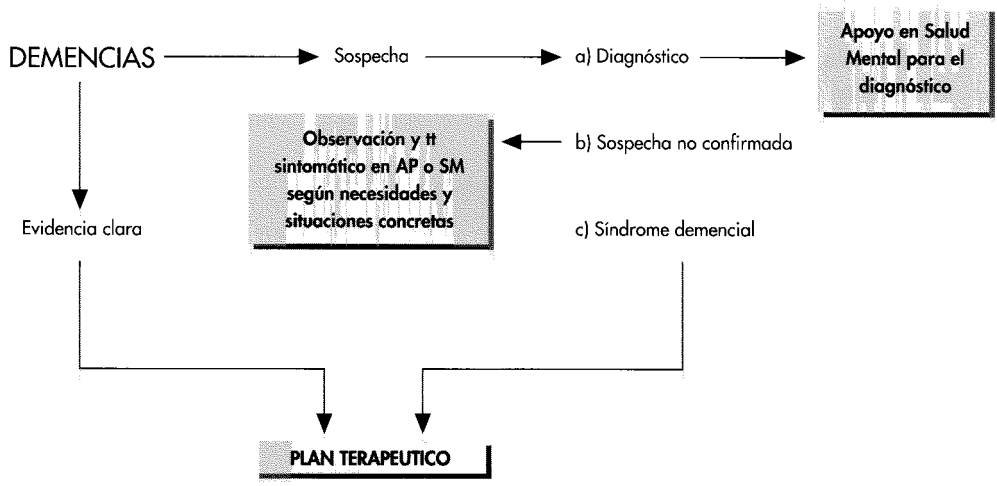
C) Cuidados de Enfermería

A través del programa de atención a domicilio para enfermos crónicos

Dicho Plan Terapéutico se desarrollará en Atención Primaria en toda su evolución. Pudiendo establecerse aquellas interconsultas necesarias a los servicios de salud mental:

Nuevos síndromes clínicos/agravamientos
Malas respuestas al tratamiento médico

Las situaciones socio-familiares no resolubles en atención primaria, pueden ser consultadas a los servicios sociales a través del trabajor social del centro de salud o del centro de salud mental.



Personal Médico
y
Personal enfermería

Tt Médico = Neurolépticos a dosis muy bajas
Programa información y apoyo a los familiares
Cuidado enfermería (Programa crónicos a domicilio)

Trastornos mentales orgánicos. Líneas de actuación para el grupo B: Síndrome amnésico no alcohólico

Se trata de un síndrome caracterizado por un deterioro marcado de la memoria para hechos remotos, con conservación de la memoria para hechos inmediatos. Se altera también la capacidad para aprender cosas nuevas, lo que da lugar a amnesia anterógrada y a un desorientación en el tiempo.

Puede evolucionar positivamente si la enfermedad o proceso patológico subyacente tienden a remitir. Pueden darse confabulaciones. Se conserva intacta la percepción, las funciones cognitivas y la inteligencia.

DIAGNOSTICO

TRASTORNO DE LA MEMORIA manifestado por deterioro para hechos recientes, amnesia anterograda y retrógrada. Antecedentes de lesión cerebral (diencefálica y temporal media bilatera). No afectación de recuerdo inmediato.No afectación de recuerdo inmediato. No afectación de atención ni conciencia. No deterioro intelectural general.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

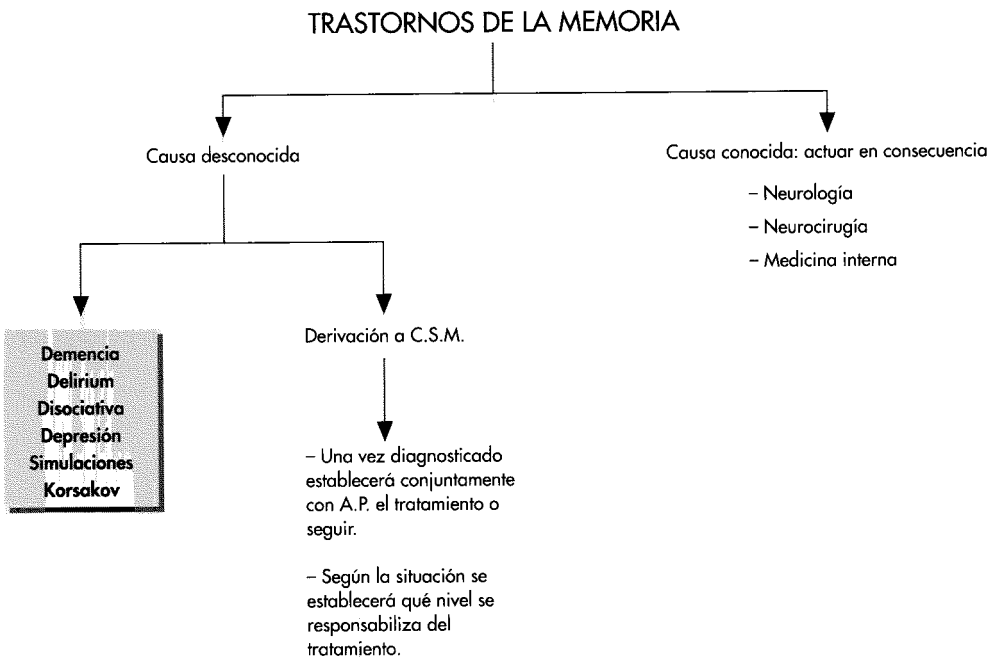
Otros síndromes orgánicos (demencia, delirium). Amnesia disociativa. Alteración memoria en la depresión. Simulaciones. Korsakov alcohólico.

ACTUACION EN ATENCION PRIMARIA

Si aparece este síndrome, dado que su diágnostico requiere estudios diferenciales muy específicos, puede derivarse a Centro de Salud Mental, si se desconoce su origen. Si se conoce la enfermedad que lo produce, actuar en consecuencia:

- Neurología
- Neurocirugía
- Medicina Interna...

En salud mental si se llega a un diagnóstico claro se establecerán las pautas de tratamiento que deben seguirse, en el mismo nivel especializado, en Atención Primaria o conjuntamente.



Trastornos mentales orgánicos. Líneas de actuación para el grupo C: Delirium no inducido por alcohol ni otras sustancias psicoactivas

Este síndrome cerebral orgánico carece de una etiología específica y se caracteriza por trastorno simultáneo de la conciencia de la percepción, del pensamiento, memoria, psicomotricidad, emociones y del ciclo sueño-vigilia.

- Puede darse a cualquier edad pero es más frecuente a partir de los 60 años.
- Para su Dco: Deterioro de conciencia y atención y el resto de funciones antes enumeradas.

El cuadro clínico es tan característico que un diagnóstico fiable de D. puede hacerse incluso antes de confirmar su etiología.

- Incluye:
  - Síndrome agudo cerebral
  - Estado confusional agudo (no alcohólico)
  - Psicosis infecciosas
  - Reacción orgánica
  - Síndrome psicoorgánico agudo

- Ante su diagnóstico: Derivación inmediata a CSM o indicación de hospitalización, según la gravedad y urgencia del cuadro clínico.

Trastornos mentales orgánicos. Líneas de actuación para el Grupo D: Trastornos mentales por lesión o disfunción cerebral o enfermedad somática

Incluye alteraciones cerebrales debido a enfermedad cerebral primaria, a enfermedad sistémcia que afecta secundariamente al cerebro o a una sustancia tóxica exógena. Sus manifestaciones clínicas se parecen o son idénticas a los trastornos mentales no orgánicos más que a la demencia o deliriúm. Es decir se va a parecer a las psicosis funcionales (trastornos esquizofreniformes asociado con epilepsia...)

Incluye:

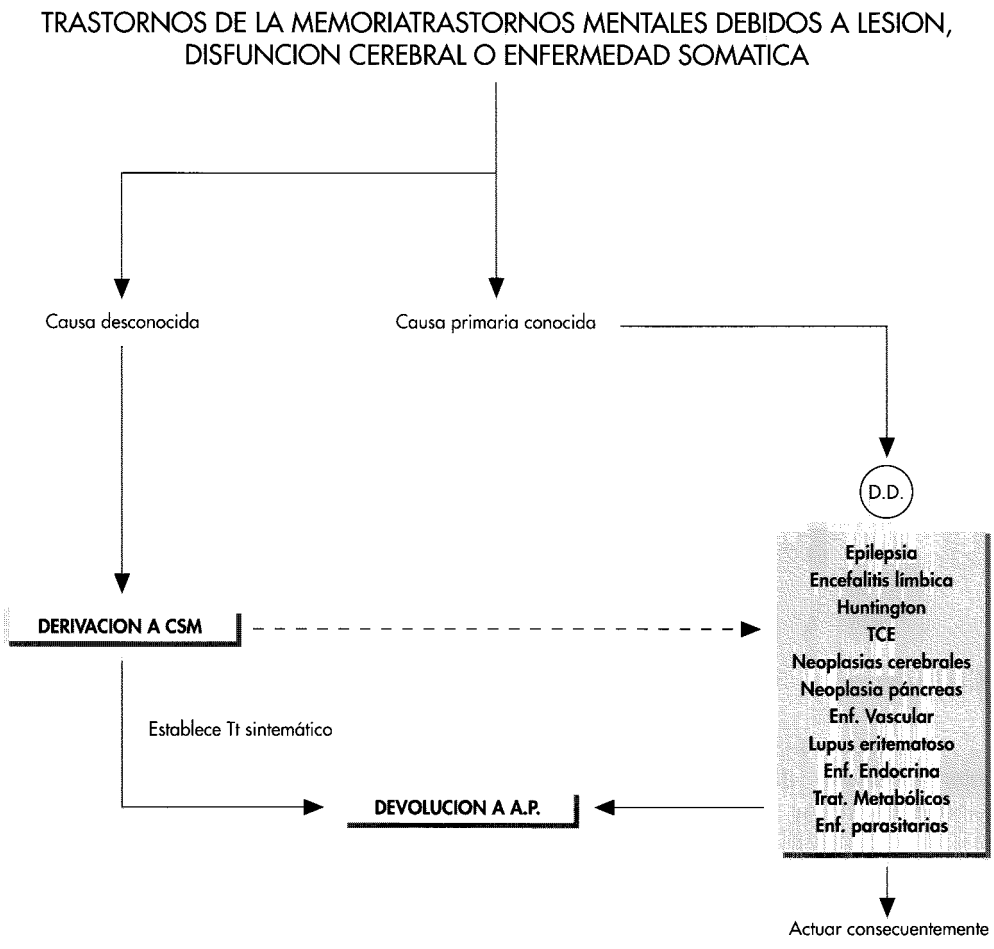
Alucinosis orgánica
Trast. catatónico orgánico
Trast. ideas delirantes orgánico
Trast. del humor orgánico
Trast. de ansiedad orgánico
Trast. disociativo orgánico
Trast. de labilidad emocional orgánico
Trast. cognitivo leve.

Conducta a seguir:

Como sus manifestaciones serán complejas y semejantes a otros trastornos cuya atención hemos definido en Salud Mental, consideramos que ante la clínica de estos síndromes (no muy frecuentes), se deriven a los centros de salud mental cuando no se conozca la causa.

Si se conoce esta:

Epilepsia
Encefalitis límbica
Huntington
TCE
Neoplasias cerebrales
Neoplasias de pancreas
Enf.vascular
Lupus eritematoso
Enf. endrocrina
Trast. metabólicos
Enf.parasitarias
actuar en consecuencia.



Trastornos mentales orgánicos. Líneas de actuación para el grupo E: Trastorno personalidad y comportamiento por causa orgánica o lesión cerebral

Son alteraciones de la personalidad y del comportamiento que se deben a una lesión o disfunción cerebral de caracter residual.

Podemos referirnos al protocolo de Trastornos de la Personalidad, cuyo cargo de atención diagnóstica y tratamiento puede llevar el centro de salud mental y colaboración del médico de atención primaria.

Incluye:

Trastorno orgánico de la personalidad
Síndrome postencefalítico
Síndrome postconmocional

Trastornos afectivos

3.2. CRITERIOS DE INTERVENCION EN ATENCION PRIMARIA PARA LOS TRASTORNOS AFECTIVOS

GUIA TEORICA PARA AYUDA A LA IDENTIFICACION DE LOS TRASTORNOS AFECTIVOS

Guía para identificación:
- Trastornos del humor. C.I.E. 10
- Trastornos afectivos. DSM IIIR

Material para identificación y diagnótico:
- Escalas autoaplicadas para la depresión de Zung.
- Escala de Hamilton.

Depresión

Definición

Es un trastorno afectivo con patología del humor. El inicio de las enfermedades depresivas puede producirse a cualquier edad siendo más frecuente a partir de los 30 años. El comienzo suele ser insidioso. 10-20% población enferma, 3-4% población general:

- Se encuentra más cansado físicamente de lo habitual, decrece el interés para realizar las tareas desempeñadas habitualmente.
- Molestias orgánicas: Cefaleas, digestiones pesadas, estreñimiento, insomnio o sueño poco reparador. A veces despertar brusco con la percepción inmediata de angustia intensa.
- Tristeza con llanto al principio.
- Dificultad para realizar tareas así como deterioro del rendimiento.
- Menor interés en las actividades lúdicas o sexuales. Sale menos de casa, imposibilidad a veces absoluta para sentir placer de cualquier tipo.
- Ideas de culpa, de autodesprecio: sentirse feo físicamente, inútil, antipático, desagradable e inferior a los demás.

- Existe disminución de la tolerancia a las molestias físicas. Tendencia a la hipocondría.
- Anorexia, acompañada o no de pérdida de peso: "como a la fuerza", "no saco gusto a la comida", son frases típicas. En personas jóvenes a veces hay bulimia.
- Ideas de muerte: "La vida no vale la pena", "para que vivir así". En ocasiones la idea suicida es intensa.
- En cuadros depresivos graves, casi siempre de tipo melancólico (endógenod), se presentan ideas de negación.
- Preocupaciones excesivas a la hora de pagar facturas o préstamos.
- Muchos pacientes expresan el deseo de pasar en la cama la mayor parte del tiempo.
- Deseos de aislamiento, y cualquier actividad física que tenga que hacer se le hace una montaña.
- En los Endógenos, cambios diurnos, con despertar precoz (despertar brusco 2 ó 3 horas antes de lo habitual).
- Ausencia de futuro.

Clasificación de la depresión

1. DEPRESION NO ENDOGENA (Psicológico-reactiva)

   A. Reacción depresiva o depresión reactiva:
      Como consecuencia de situaciones vitales estresantes.
   B. Distimias o depresión neurótica:
      Trastorno crónico de la personalidad.

2. DEPRESION ENDOGENA O ENFERMEDAD DEPRESIVA (Biológica)

   A. Unipolar o melancolía
   B. Bipolar o psicosis maniaco-depresiva

3. DEPRESION ATIPICA

Ordenación de la sintomatología y las situaciones depresogenas

Estado de ánimo: Humor depresivo

1. Tristeza
2. SUBESTIMACION, idea de incapacidad. Ideas de culpa.
3. ANHEDONIA (Imposibilidad de experimentar placer) es muy específico de las depresiones endógenas.
4. Disminución del apego a la vida.

Impulsividad: Anergia

5. Reducción de los intereses, APATIA, ABURRIMIENTO.
6. Disminución de la actividad en el trabajo, FALTA DE IDEAS E INICIATIVA.
7. Sensación de FATIGA general.

Sociabilidad: Discomunicación

8. Retraimiento social, INHIBICION, descuido personal.
9. Aflición por cualquier incidencia.
10. Abandono de lectura, periódicos, televisión.

Regulación ritmos circadianos: Ritmopatía

11. Dificultades para CONCILIAR EL SUEÑO (en las psicógenas st.). Despertar precoz (en las endogenas) con imposibilidad de reanudar el sueño.
12. Inicio o recurrencia estacional (primavera y otoño) sobre todo en las endógenas.
13. Sensación de que el tiempo pasa muy despacio.

DIFERENCIAS ENTRE DEPRESION ENDOGENA / NO ENDOGENA

CARACTERISTICAS CLINICAS	DEPRESION ENDOGENA	DEPRESION NO ENDOGENA
ANTECEDENTES FAMILIARES	Frecuentes (¿origen genético?)	Infrecuentes
ANTECEDENTES PERSONALES	Personalidad premórbida adecuada	Rasgos neuróticos
DESENCADENANTES	No factores identificables	Factores externos estresantes
SINDROME	Signos y síntomas específicos	Inespecífico, idiosincrásico socialmente determinado
Pensamiento	Ideas delirantes de culpa y/o ruina	No ideas delirantes
Estacionalidad	Curso fásico con recuperación total interfases; recaídas estacionales en primavera y otoño	Curso crónico, sin recaídas estacionales predecibles
Polaridad emocional	Unipolar o Bipolar (manía/ depresión alternantes)	Generalmente unipolar
Curso diario	Mejoría vespertina	Mejoría matutina
Sueño	Insomnio de continuación (despertar precoz)	Insomnio de conciliación
Entorno	No modifica el estado de ánimo	Modifica el estado de ánimo
PRUEBAS BIOLOGICAS (*)	No modifica el estado de ánimo	Modifica el estado de ánimo
TRATAMIENTO	Buena respuesta al tratamiento farmacológico	Respuesta irregular a los fármacos. Buena respuesta a la psicoterapia

(*) Las pruebas biológicas más utilizadas son:

TEST DE SUPRESION CON DEXAMETASONA, que consiste en la administración parenteral de Dexametasona lo que origina un frenado en la secreción plasmática de cortisol, en condiciones normales. En más del 50% de los pacientes melancólicos, el cortisol permanece a niveles superiores a los 5 microgramos/dl. Esta prueba es altamente específica.

LATENCIA R.E.M., que se manifiesta en los pacientes con depresión endógena con un acortamiento entre el comienzo del sueño y la primera fase R.E.M.

TEST DE ESTIMULACION TRH-TSH. TEST DE LA FENFLURANINA. TEST DE LA INSULINA. METABOLITOS EN ORINA Y L.C.R., Más complejas técnicamente.

NIVELES DE GRAVEDAD

Establecer los niveles de gravedad en una depresión no resulta tarea fácil, dado que hablamos siempre de vivencias subjetivas y muy personales. De forma que no solamente la sintomatología confiere la gravedad de un síndrome. No obstante, buscando la forma de intervención, se habla de niveles de gravedad para diferenciar el amplio espectro de los trastornos depresivos. De manera que episodios depresivos "leves" pueden ser frecuentes en la práctica médica general. Para esto se diferencian grados de leve, moderado y grave (siguiendo los criterios de la C.I.E.10) basándose en una complicada valoración clínica que inlcluye el tipo de síntomas:

Confieren gravedad a la depresión:

- Síntomas psicóticos
- Riesgo suicidio
- Desesperanza
- Aislamiento y Reclusión
- Abandono de cuidados personales

Junto a esto el nivel de actividad social y laboral cotidiana suele ser un indicador general muy util de la gravedad de un episodio depresivo ya que aquí confluyen factores personales, sociales y culturales.

A pesar de los esfuerzos por diferenciar, clasificar y pretender dar pautas generalizadas de actuación, nada puede suplir la apreciación personal del médico y su toma de decisión a través de la relación clínica entre éste y el paciente.

RIESGO DE SUICIDIO

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

Según OMS, en España la incidencia de suicidios es del 10/100.000/año. El patrón válido para la cultura occidental (GRINSPOON/86), sería:

Epidemiología

Edad	↑ víctimas adolescentes (15-24 años). La tasa más alta en la edad avanzada > 65 años
Sexo	Varones/mujeres = 3/1 > 65 años = 10/1
Estado civil	Solteros/casados = 2/1 Viudos/separados/casados = 4/1

Grupo social	Socioeconómicos altos ↑ urbano ↑ Socioeconómicos bajos ↓ rural ↓
Religión	Práctica religiosa ↓ aconfesionales ↑
Profesión	Médicos-Tasa más alta que otras profesiones

Factores de riesgo

FACTOR	BAJO	ALTO
Sexo	Mujer	Varón
Edad	Mediana edad	Adolescencia/edad avanzada
Estado civil	Casada	Soltero/divorciado/viudo
Alt. psiquiátricas	Tr.carácter	Depresión/alcoholismo
	Tr.situacionales	Esquizofrenia
Ambiente	Area rural	Area urbana
Actividad elisiosa	Creyente/practicante	No creyente

Predictores

1º Combinación: Edad / Sexo / Depresión > 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

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

Evaluación

Valorar el riesgo de suicidio de un paciente siempre es complejo, pues todos los factores epidemiológicos que nos sirven de orientación, deberán supeditarse a la valoración e impresión del médico con respecto al paciente. No obstante los conocimientos y su aplicación puede favorecer y justificar nuestra toma de decisiones.

Debemos pues, ante las sospechas, buscar los factores de riesgo, reductores, desencadenantes, etc... que se han mencionado, y calibrar de forma individualizada el riesgo de suicidio que comporta ese paciente en concreto.

Factores a tener en cuenta en la valoración de riesgo de suicidio:

- DEPRESION (Edad, Sexo, formas de vida, práctica religiosa, desesperanza)
- COMUNICACION DEL INTENTO
- INTENTOS PREVIOS
- ACONTECIMIENTOS PRECIPITANTES
- ALCOHOLISMO

Trastorno bipolar

Es una de las entidades clínicas más clásicas de la psiquiatría conocida generalmente como Psicosis Maniaco-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: DEPRESION (CIE-10)

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

Datos epidemiológicos

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%.

Aspectos clínicos: Nos referimos solo a la fase maníaca

COMIENZO	⇒	Puede ser brusco y rápido, generalmente es paulatino y con síntomas prodrónicos: – Inquietud – Irritabilidad – Exaltación emocional – ALTERACION DEL SUEÑO Y ALIMENTACION
ESTADO	⇒	Sensación de uforia expansiva
Afectividad:		Sonrisas, bromas, chistes, optimismo exagerado e irradiante Irritabilidad y hostilidad Labilidad afectiva (tristeza y llantos bruscos de pocos minutos de duración).
Pensamiento, Lenguaje:		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: – Capacidades especiales – Identidad grandiosa – Riqueza – Misión especial
Psicomitricidad conducta:		Hiperactividad ⇒ Inquietud ⇒ Agitación Comportamiento social extravagante Aumento de la conducta erótica/sexual Descuido corporal en vestimenta y aseo
Síntomas Somáticos:		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

A través de la clínica: ⇒ Alegría expansiva
Hiperactividad
Verborrea
Fuga de ideas
Distraibilidad
Grandiosidad
↓ sueño
Conductas indiscretas ⇒ Con una semana de duración

TRATAMIENTO PSICOFARMACOLOGICO DE TRASTORNOS AFECTIVOS

SINDROME	NEUROLEPTICOS	DOSIS ACONSEJABLE	* ANTIDEPRESIVOS	** DOSIS ACONSEJABLE	BZP	DOSIS ACONSEJABLE	OTROS	OBSERVACIONES
Episodio Depresivo LEVE					Si existe ansieda importante pueden utilizarse ansioliticos de vida media, intermedia o larga a dosis bajas.	10-20 mg/dia		Comenzar con dosis bajas procurando la adaptación del paciente y su adhesión al tratamiento. Elegir aquel antidepresivo que mejor se adecue a las caracteristicas del cuadro clinico y del paciente (inhibición, ansiedad, insomnio...). Consultar guias o vademecums.
Episodio Depresivo GRAVE y/o RESISTENTE	Con sintomas psicóticos. Haloperidol Trifluoperacina Tioridacina		Los mismos de los episodios leves alcanzando dosis más elevadas.		Si hay ansiedad importante utilizar ansioliticos con el antidepresivo a las dosis necesarias para regular el cuadro clinico			Generalmente estos tratamientos serán prescritos en el nivel especializado de Salud Mental. También se utilizarán combinaciones y/o cambios de psicofármacos según mecanismos de acción con la finalidad de vencer la resistencia del cuadro depresivo. En caso de que el médico de cabecera se haga cargo de estos tratamientos debería consultar sobre los mismos a Salud Mental.
TRASTORNO BIPOLAR Fase depresiva Fase maniaca	Haloperidol Levomepromacina		Los mismos psicofármacos anteriores.	Dosis media o alta.	Si hay ansiedad utilización de benzodiacepinas por poco tiempo. BZP de vida media corta y por poco tiempo		Litio Litio	Estos tratamientos también serán prescritos en Salud Mental. Una vez ajustados podrán compartirse el tratamiento y la evolución entre Salud Mental y Atención Primaria
REACCION DEPRESIVA			Igual que en el episodio depresivo leve en cuanto a preparados y dosis		Si hay ansiedad utilización de BZP u otros tranquilizantes por poco tiempo.	10-20 mg/dia		Se pueden usar aquellos preparados que combinan antidepresivo y tranquilizantes pero es preferible utilizar los principios por separado y ajustar las dosis de cada uno de ellos según la predominancia de los sintomas.
RIESGO DE SUICIDIO	Si se valora un riesgo de suicidio elevado, junto a la prescripción de antidepresivos no desinhibidores y benzodiacepinas u otros sedantes si fuera necesario, hay que indicar otras medidas de cuidados (acompañamiento, vigilancia cercana, hospitalización, intervención psicológica...) que desciendan el riesgo de suicidio. Desde el punto de vista de la Atención Primaria queda clara su derivación a Salud Mental o incluso la indicación de hospitalización si lo cree necesario ante la gravedad del paciente.							

* Cualquiera de los antidepresivos señalados en la página 106.
** Utilizar las dosis más bajas señaladas en la página 106.

Trastornos afectivos. Líneas de actuación: Episodio depresivo

A) EPISODIO DEPRESIVO LEVE (C.I.E.10)

Primer Episodio

- Iniciar tratamiento psicofarmacológico en Atención Primaria

- Primera evaluación (2/4 semanas):
  Buena: Mantener ttº hasta su mejoría. (3-4 meses)
  Regular: Valorar dosis. Diagnóstico y adhesión al tratamiento.
  Mala: Valorar dosis. Diagnóstico , interconsulta a Salud Mental

- Segunda evaluación (7/8 semanas):
  Buena: Mantener ttº.
  Regular: Derivar Salud Mental
  Mala: Derivar Salud Mental

Episodio Recurrente

Estudiar episodio y tratamiento anteriores. Establecer ttº y seguir evolución con las indicaciones de evaluación anteriores.

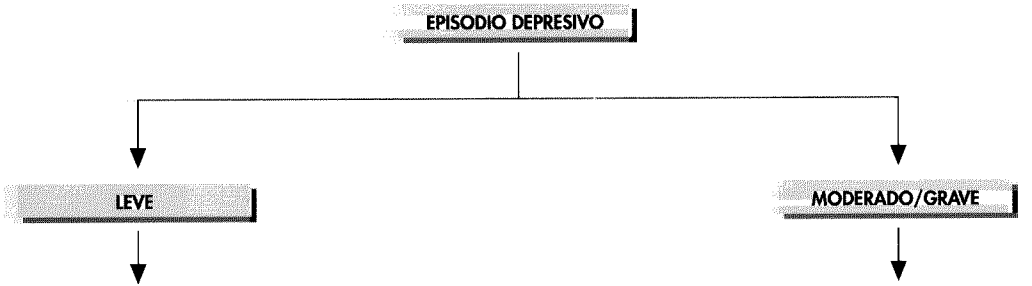
B) EPISODIO DEPRESIVO MODERADO/GRAVE

Agrupamos estos dos grados para su intervención por la dificultad de diferenciación entre uno y otro.

El medico general puede iniciar el tratamiento farmacológico, si bien es recomendable:

Derivar a Salud Mental para diagnóstico e instauración de tratamiento. La evolución puede seguirla el médico de Atención Primaria conjuntamente con el Centro de Salud Mental.

TRASTORNOS AFECTIVOS



– Primer Episodio: Iniciar Tt. psicofarmacologico en A.P.

1. Evaluación: 4 semanas

Buena → **Mantener Tt. hasta mejoría**

Regular → **Valorar dosis. Confirmar diagnóstico**

Mala → **Valorar dosis. Confirmar diagnóstico. Derivar a S.M.**

2. Evaluación: 7/8 semanas

Buena → **Mantener Tt.**

Regular → **Derivar S.M.**

Mala → **Derivar S.M.**

1. Derivar a S.M. para diagnóstico e instauración de Tt. El médico puede seguir la evolución (En contacto S.M.)

– Episodio Recurrente: Estudiar episodios y Tt. anteriores. Establecer Tt. que mejor resultado dieron y seguir evolución con las indicaciones anteriores.

Trastornos afectivos líneas de actuación: Trastorno bipolar

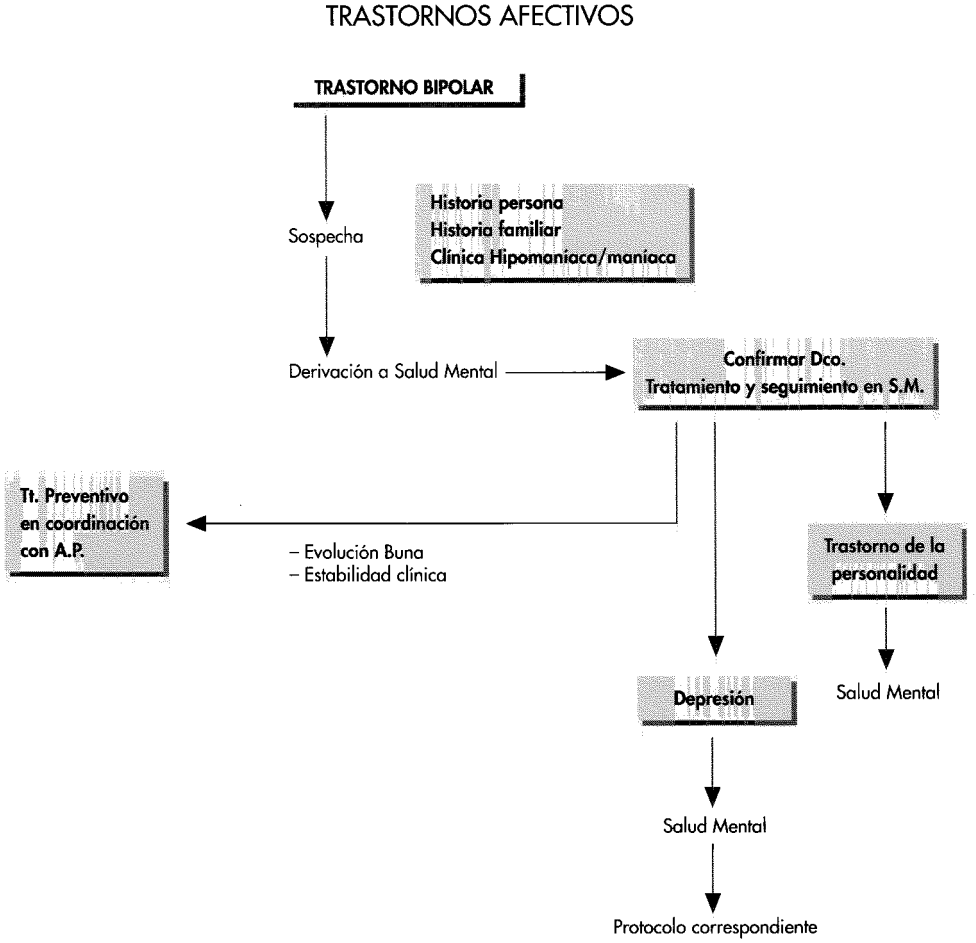
Si se sospecha porque en la historia del paciente, de su familia o en su estado clínico se aprecian estados hipomaníacos o maníacos:

Derivar a Salud Mental para que sea estudiado y diagnosticado y diferenciado si se trata de un trastorno bipolar.

Si se confirma: Tratamiento y seguimiento en Salud Mental

Una vez conseguida la estabilidad clínica puede seguirse el tº preventivo en coordinación con Atención Primaria

Si no se confirma: Trast. Person.: Salud Mental Depresión: Tº en Salud Mental y derivar a Atención Primaria según evolución.



Trastornos afectivos líneas de actuación: Riesgo de suicidio

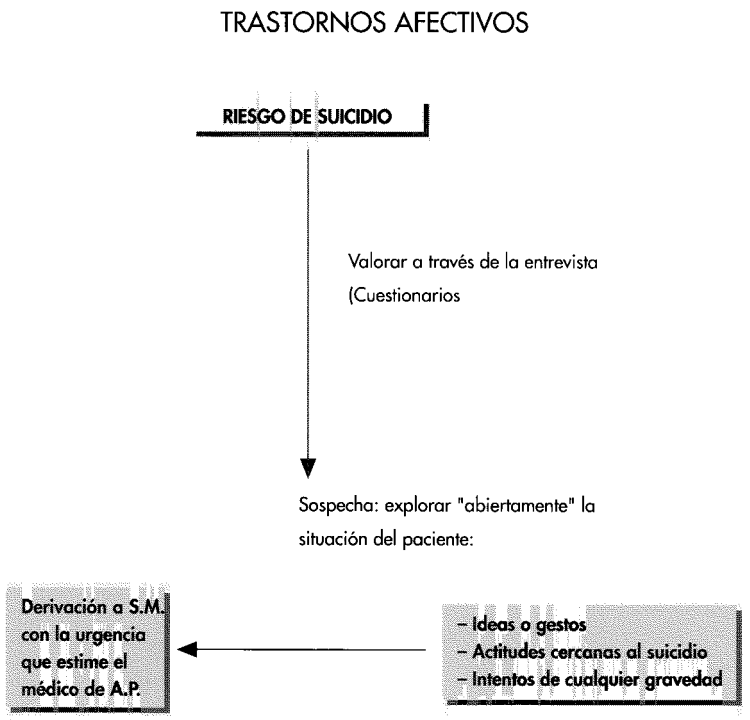
Valorar a través de la entrevista médica el riesgo de suicidio (Posible utilización de cuestionarios).

Si se sospecha o intuye por parte del médico de Atención Primaria un posible riesgo de suicidio, debe explorarlo abiertamente a través de una serie de fórmulas y preguntas que hagan explícitos verbalmente:

- Las ideas o gestos suicidas
- Las actitudes cercanas al suicidio
- Los intentos cualquiera que sea su gravedad

Ante una verbalización del paciente de cualquiera de los puntos anteriores, estará indicada:

Derivación a Salud Mental con el grado de urgencia que estime oportuno el médico de Atención Primaria (incluida la utilización de los recursos hospitalarios si lo cree necesario).



Trastornos afectivos líneas de actuaciones: Reacción depresiva

1. Discriminarla y diferenciarla de otros tipos de depresión (Guía para identificación)

2. Una vez diágnosticada:

   Iniciar tratamiento en Atención Primaria

   - Psicofarmacológico antidepresivos y/o ansilolíticos/dosis bajas
   - Escuchar/Orientación:

No se trata de una psicoterapia estructurada, sino de aplicar lo que de terapéutico tiene la escucha y comprensión y una buena comunicación y consejos entre el paciente y su médico.

3. Primera Valoración (3 a 4 semanas).

   Igual: Continuar ttº
   Mejor: Continuar ttº
   Peor: Valorar dosis y aumentar a dosis media de Antidepresivos.
   Teniendo en cuenta la reacción personal del paciente y sus rasgos de personalidad

4. Segunda Valoración (7 a 8 semanas).

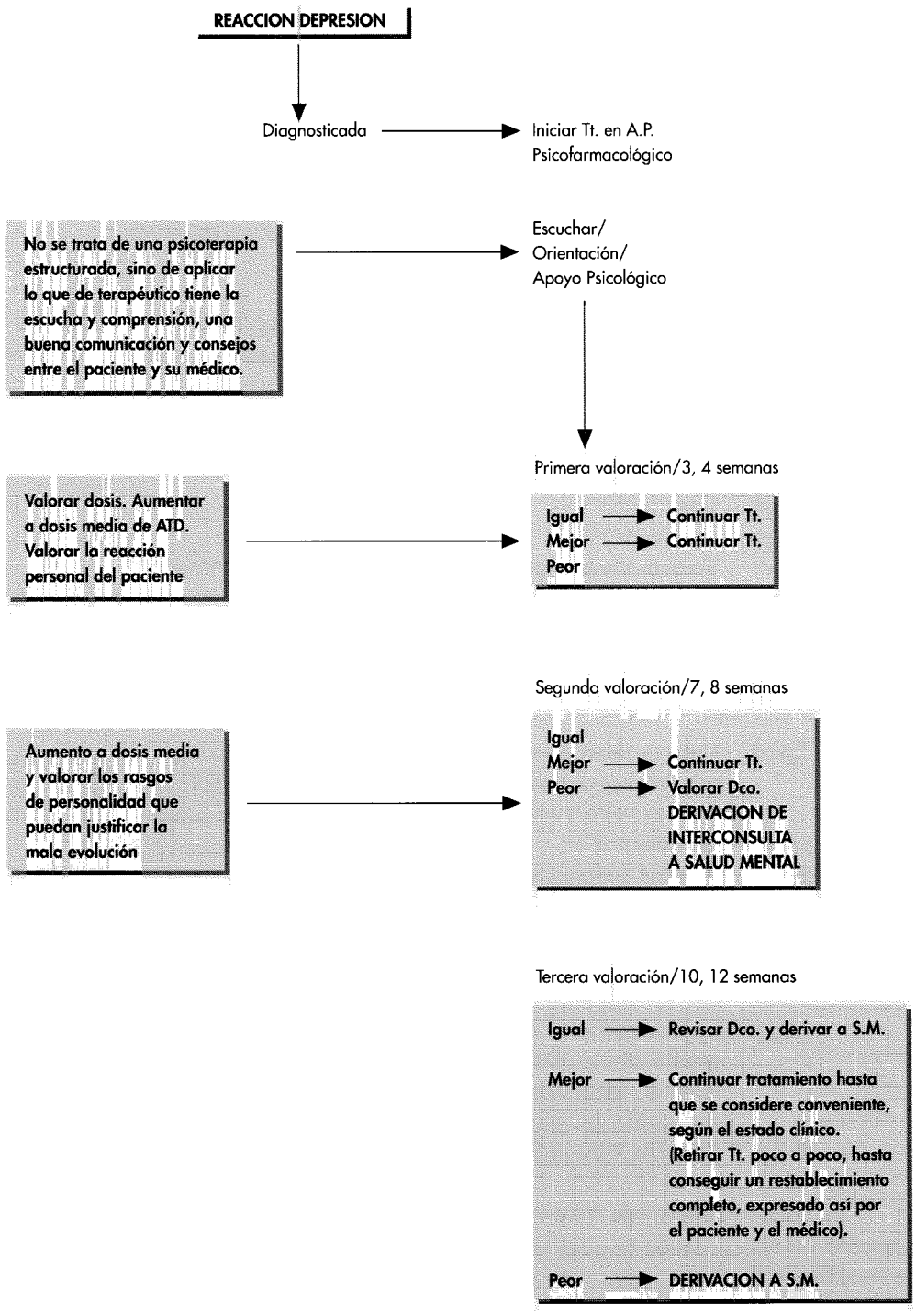
   Igual: Valorar dosis y rasgos de personalidad. Aumentar a dosis media de antidepresivo y alorar los rasgos de personalidad que pueden justificar la mala evolución. Valorar Interconsulta a salud mental
   Mejor: Continuar ttº
   Peor: Valorar Diagnóstico/Derivar a Salud Mental para interconsulta.

5. Tercera Valoración (10 a 12 semanas).

   Igual: Revisar Diagnóstico y DERIVAR A SALUD MENTAL
   Mejor: Continuar tratamiento. hasta que considere conveniente, según el estado clínico. Debe retirarse el tratamiento.
   Poco a poco hasta quese consiga un restablecimiento completo, expresado así por el paciente y por el médico.
   Peor: DERIVACION A SALUD MENTAL

En todo momento de la evolución del paciente, y a criterio del médico de atención primaria, puede originarse una interconsulta al equipo de salud mental con la finalidad de valorar algunos rasgos particulares que puedan estar influyendo en el diagnóstico y tratamiento.

TRASTORNOS AFECTIVOS



Trastornos por ansiedad

3.3. CRITERIOS GENERALES DE INTERVENCION EN ATENCION PRIMARIA PARA LOS TRASTORNOS POR ANSIEDAD

GUÍA TEORICA PARA AYUDA A LA IDENTIFICACIÓN DE LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD

Guía para identificación:
Trastornos por ansiedad DSM III R
Trastornos por ansiedad C.I.E.10

Definición

Los problemas clasificados como trastorno de ansiedad los vamos a definir someramente y establecer algunos criterios que pueden servirnos para identificarlos pues en estos, igual que en los trastornos afectivos, se encuentran 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 piscológicas 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 dió una identidad común. Describió diez características comunes de la ansiedad.

Para él constituyeron la Neurosis de Ansiedad:

- 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 éste 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. Disociativos
- Trast. Adaptativos

Ansiedad

- Síndrome o rasgo aislado. Sin configuración sindrómica
- Síndrome o entidad nosológica:
  - T. Fóbicos
  - T. Obsesivo-compulsivos
  - T. Ansiedad generalizada
  - T. Disociativo
  - T. Adaptativo

Clasificación de los trastornos de ansiedad

TRASTORNO	CARACTERISTICAS GENERALES	TIPO
Tr. Fóbicos	Ansiedad manifestada como MIEDO al estímulo fobígeno. Mecanismo de evitación o huída. Circunscrita al área que abarca el estímulo fobígeno.	
Tr. Obesivo-Combulsivo	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. Ansidad generalizada	Preocupaciones excesivas con tensión motora, síndrome vegetativo, hipervigilancia. Trastorno del sueño (insomnio). Trastorno del apetito. Irritabilidad, mal humor...	
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 leva.	
Tr. Disociativo	- Rasgos histriónicos de la personalidad: Egocentrismo, Histrionismo. Labilidad emocional. Sugestionabilidad. Dependencia. Erotización de las relaciones sociales. Temor a la sexualidad. - Tr. Disociativos: 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 ésta causa. Debe tener una relación causa-efecto menor de 3 meses.	

Trastornos fóbicos

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.

Diagnóstico

- Los síntomas, psicológicos o vegetativos, son manifestaciones primarias de ansiedad y no secundarias a otros síntomas, como por ejemplo ideas delirantes u obsesivas.
- La ansiedad se limita o predomina en las siguientes situaciones: multitudes, lugares públicos, viajar lejos de casa o viajar sólo.
- Es destacable la conducta evitativa de la situación fóbica.

FOBIAS SOCIALES

Definición

Giran en torno al miedo a ser enjuiciado por otras personas 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.

Para un diagnóstico definitivo deben cumplirse todas las condiciones siguientes:

Diagnóstico

Las mismas características anteriores, solo que el miedo está referido a objetos y situaciones distintas.

- Los síntomas psicológicos, comportamentales o vegetativos, son manifestaciones primarias de la ansiedad y no secundarias a otros síntomas como por ejemplo ideas delirantes u obsesivas.
- Esta ansiedad se limita o predomina en situaciones fóbicas y la conducta evitativa es muy llamativa.

FOBIAS ESPECIFICAS (AISLADAS)

Definición

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

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.

Diagnóstico

Para un diagnóstico definitivo deben cumplirse todas las condiciones siguientes, que son las mismas de los trastornos fóbicos anteriores:

- Los síntomas, psicológicos o vegetativos, son manifestaciones primarias de Iplo, ideas delirantes u obsesivas.
- La ansiedad se limita a la presencia de objetos o situaciones fóbicas específicos y conductas evitativas muy llamativas. fóbicas específicos y conductas evitativas muy llamativas.

Incluye:

Zoofobias.
Claustrofobia.
Acrofobia.
Fobia a los exámenes.
Fobia simple.

Trastornos de pánico/ansiedad paroxística

Definición

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

Son imprevisibles. Sus síntomas, suelen ser: palpitaciones, dolor precordial, mareo, vértigo, disnea. Miedo a morirse o enloquecer.

Suelen durar solo unos minutos. Predomina en mujeres. suelen evitarse las situaciones en donde aparecieron las crisis.

Diagnóstico

En esta clasificación, las crisis de pánico que se presentan en una situación fóbica consolidada se considera expresión de la gravedad de la fobia y ésta tiene preferencia para el diagnóstico. El trastorno de pánico es el diagnóstico principal sólo en ausencia de cualquiera de las fobias: de Agorafobia, fobias sociales o fobias específicas.

Para un diagnóstico definitivo deben de presentarse varios ataques graves de ansiedad vegetativa al manos durante el período de un mes:

- En circunstancias en las que no hay un peligro objetivo.
- No deben presentarse sólo en situaciones conocidas o previsibles.
- En el período entre las crisis el individuo debe además estar relativamente libre de ansiedad aunque es frecuente la ansidebe tener síntomas de ansiedad la mayor parte de los días durante al menos varias semanas seguidas. Entre ellos deben estar presentes rasgos de:
- Aprensión (preocupaciones acerca de calamidades venideras, sentirse "al límite", dificultades de concentración,etc.).
- Tensión muscular (agitación e inquietud psicomotrices, cefaleas de tensión, temblores, incapacidad de relajarse).
- Hiperactividad vegetativa (mareos, sudoración, taquicardia o taquipnea, molestias epigástricas, vértigo, sequedad de boca,etc.)la mayor parte de los días durante al menos varias semanas seguidas. Entre ellos deben estar presentes rasgos de:
- Aprensión (preocupaciones acerca de calamidades venideras, sentirse "al límite", dificultades de concentración,etc.).
- Tensión muscular (agitación e inquietud psicomotrices, cefaleas de tensión, temblores, incapacidad de relajarse).
- Hiperactividad vegetativa (mareos, sudoración, taquicardia o taquipnea, molestias epigástricas, vértigo, sequedad de boca,etc.)

Trastorno obsesivo-compulsivo

Definición

- La característica esencial 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 involuntariedad.

- Los actos y rituales son también conductas estereotipadas que se repiten una y otra vez. Reconoce la carencia de sentido y eficacia de estos actos.
- Hay a menudo síntomas depresivos en estos enfermos. Comienza en la infancia o a principio de la vida adulta.

Diagnóstico

Para un diagnóstico definitivo deben estar presentes y ser una fuente importante de angustia o de incapacidad durante la mayoría de los días al menos durante dos semanas sucesivas, síntomas obsesivos, actos compulsivos o ambos. Los síntomas obsesivos deben tener las características siguientes:

- Son reconocidos como pensamientos o imle alivio de la tensión o ansiedad no deben considerarse placentero en este sentido).
- Los pensamientos, imágenes o impulsos deben ser reiterados y molestos.
- La idea o la realización del acto no deben ser en sí mismas placenteras (el simple alivio de la tensión o ansiedad no deben considerarse placentero en este sentido).
- Los pensamientos, imágenes o impulsos deben ser reiterados y molestos.

Trastornos de adaptación

Definición

Se trata de estados de malestar subjetivo acompañados de alteraciones emocionales que, por lo general, interfieren con la actividad social y que aparecen en el periodo de adaptación a un cambio biográfico significativo o a un acontecimiento vital estresante.

- Son importantes la predisposición y vulnerabilidad personal, pero no habría trastorno sin agente estresante.

Clínicamente incluye: Humor depresivo, ansiedad, preocupación, sentimientos de incapacidad, deterioro de la rutina diaria. Puede haber trastornos disociales en adolescentes. Pero ningún síntoma es por sí solo de la suficiente gravedad o importancia para justificar un diagnóstico más específico.

- Suele comenzar en el mes posterior al acontecimiento y la duración rara vez excede los seis meses.

Diagnóstico

El diagnóstico depende de la evaluación cuidadosa de las relaciones entre:

- La forma, el contenido y la gravedad de los síntomas

- Los antecedentes y la personalidad
- El acontecimiento estresante, la situación o la crisis biográfica

La presencia de este último factor debe ser clara, y debe ser evidente o al menos existir la presunción de que el trastorno no habría aparecido sin la presencia de ellos. Si el agente estresante es relativamente poco importante o si no puede ser demostrada una relación temporal (menos de tres meses), no debemos pensar en este tipo de trastorno.

Incluye:

"Shock cultural".
Reacciones de duelo.
Hospitalismo en niños

Trastornos disociativos

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

Estos rasgos histriónicos de personalidad serían:

- EGOCENTRISMO:
  Necesidad de destacar sobre los demás y ser el centro de atención.

- HISTRIONISMO:
  Representa pero no simula, su personaje, un personaje hiperexpresivo en la mímica y dramático en su contenido. Exhibicionista.

- LABILIDAD EMOCIONAL:
  Inestable e incontrolado en sus manifestaciones afectivas, que bajo la apariencia de una gran empatía, traducen una auténtica pobreza emocional. Se ha dicho que se quiere así mismo a través de los otros.

- SUGESTIONABILIDAD:
  Se manifiesta tanto clínicamente (puede hacer variar la aparición y desaparición de un síntoma), como a nivel de las relaciones interpersonales, lo cual le hace vulnerable a la influencia de otras personas, siempre que éstos no intenten cambiar su protagonismo.

- DEPENDENCIA:
  En el fondo son personas dependientes y débiles, que no han alcanzado la independencia emocional adulta. Precisan de los demás a los cuales les someten a grandes exigencias afectivo-emocionales.

- EROTIZACION DE LAS RELACIONES SOCIALES:
  La seducción, es el arma que el histérico utiliza para alcanzar una posición ventajosa y lograr ser el centro permanente de atención.

- TEMOR A LA SEXUALIDAD:
  Pese a la apariencia de personas sexualmente activas, el paciente histérico presenta una problemática sexual debido en parte, a la poca entrega hacia los demás, traduciéndose en frigidez o impotencia.

(Su conocimiento ante las situaciones es global, impreciso e impresionable).

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

B. Trastornos disociativos

Antes de pasar a describirlos, vamos a exponer algunos datos comunes a tales trastornos, de utilidad en el diagnóstico y diagnóstico diferencial.

La característica diagnóstica común, es la pérdida psicológicamente inducida de la memoria, la conciencia o la identidad sin enfermedad cerebral de base.

En la mayoría de estos cuadros, hay una severa afectación de la personalidad, salvo en algunos casos de despersonalización, cuyo origen es diverso, en el resto, el trastorno de personalidad se halla siempre.

Desde el punto de vista clínico, el paciente adopta una actitud ausente, distraída o inatenta y la conducta suele ser pseudo-desorganizada. No suele haber autometismos reales (Dx Epilepsia). Si además hay alteraciones sensoperceptivas, hay que descartar el diagnóstico de estado crepuscular.

En la disociación hay amnesia selectiva y son capaces de retener información nueva (caso que los diferencia de la enfermedad orgánica), el enfermo suele expresar dramáticamente su situación, aunque no se corresponde con una angustia real por su situación.

Dentro de los trastornos disociativos, diferenciaremos:

- AMNESIA DISOCIATIVA:

La característica principal es la pérdida de memoria en general para hechos recientes importantes. La amnesia se suele centrar alrededor de hechos traumáticos.

La extensión y el alcance de la amnesia es variable, de día a día y en función de quién lo explore.

Para el diagnóstico es importante:

- Presencia amnésica parcial o completa en relación con circunstancias estresantes.
- Ausencia de S.O.C. intoxicación o fatiga excesiva.

- FUGA DISOCIATIVA:

Se trata de una fuga que tiene todas las características de una amnesia disociativa a la que se añade un desplazamiento intencionado lejos del hogar o del lugar de trabajo, durante el cual se mantiene el cuidado de sí mismo.

Diagnóstico diferencial: Epilesia lobulo temporal.

- ESTUPOR DISOCIATIVO:

Disminución o ausencia de la motilidad voluntaria y de la respuesta normal a los estímulos externos. A pesar de que puede estar presente un cierto grado de perturbación de la conciencia, el tono muscular, la postura y la respiración, no obstante es obvio que el enfermo no está ni dormido ni inconsciente.

- TRASTORNOS DE TRANCE Y DE POSESION:

Son trastornos en los que hay una pérdida temporal del sentido de la identidad personal y de la plena conciencia del entorno. En algunos casos, actúa como poseído por otra persona, espíritu o "fuerza".

No se incluye en ésta categoría los estados de trance de una psicosis o en casos de personalidad múltiple o si éste está relacionado por S.O.C. o intoxicación.

- TRASTORNOS DISOCIATIVOS DE LA MOTILIDAD VOLUNTARIA Y DE LA SENSIBILIDAD:

Hay una pérdida o alteración de las funciones motrices o de la sensibilidad, de acuerdo con las cuales el enfermo aparenta tener una enfermedad somática y sin embargo, no puede encontrarse ninguna que explique los síntomas. Puede sorprender aunque no ocurre siempre, una tranquila aceptación ("belle indiference") de la gravedad de la incapacidad.

Diagnóstico diferencial:
- Trastornos neurológicos progresivos
- Trastornos somatomorfo
- Psicosis, etc...

- TRASTORNOS DISOCIATIVOS DE LA MOTILIDAD:

Las variedades más frecuentes son la pérdida de la capacidad de movimiento de la totalidad o de una parte de un miembro o miembros. La parálisis puede ser completa o parcial, con movimientos más débiles o lentos.

Pueden aparecer también temblores o sacudidas exageradas de una o más extremidades.

Incluye:

- Afonía Psicógena
- Disfonía Psicógena

- ANESTESIAS Y PERDIDAS SENSORIALES DISOCIATIVAS:

Las zonas anestesiadas, no suele tener una correspondencia o explicarse por lesiones neurológicas y en cuanto a las pérdidas sensoriales la más frecuente es la perdida de visión que suele ser parcial.

- TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD MULTIPLE:

El hecho esencial es la existencia aparente de dos o más personalidades distintas en el mismo individuo. Cada personalidad es completa y una ignora a la otra.

- SINDROME DE GANSER:

Caracterizado por respuestas absurdas (pararrespuesta), defectos amnésicos, déficit de atención y concentración, perplejidad y alucinaciones.

TRATAMIENTO PSICOFARMACOLOGICO DE LOS TRASTORNOS POR ANSIEDAD

	ANSIOLITICO	DOSIS MG/DIA	ANTIDEPRESIVOS	DOSIS	OTROS	OBSERVACIONES
Tr. Fóbicos**	BZP de acción corta o media	Según el estado clínico y fármaco elegido (ver pág. 111)	Imipramina	150-200	Psicoterapia	Se puede intentar una terapia combinada comenzando con el ansiolítico. Disminuyendo este a medida que hace efecto la imipramina
Tr. Obsesivo-compulsivo**	BZP de acción larga	Según estado clínico y fármaco elegido (ver pág. 111)	Clomipramina Fluoxetina	100-200 20-40	Psicoterapia	Son cuadros difíciles de tratar. Donde igual que antes podemos disminuir el ansiolítico y dejar el peso terapeútico farmacológico sobre el antidepresivo.
Tr. Ansiedad Generalizada	Benzodiazepinas de acción intermedia o larga Buspirona*	Según estado clínico y fármaco elegido (ver pág. 111)			Psicoterapia	Elegir la BZP que mejor se ajuste al efecto buscado. Una alternativa a las BZP es la BUSPIRONA.
Tr. Disociativos**	Benzodiazepinas según el efecto buscado	Según estado clínico y fármaco elegido (ver pág. 111)			Psicoterapia	
Tr. Adaptativos	Benzodiazepinas de acción media o larga	Según estado clínico y fármaco elegido (ver pág. 111)			Psicoterapia	Utilizar BZP para las situaciones de ansiedad más inmediata. Puede utilizar un tratamiento camibando con antidepresivos a dosis bajas de tipo sedante, también se puede utilizar este útimo solamente si hay buena respuesta clínica.
Tr. Pánico	BZP de acción corta y absorción muy rápida	Según estado clínico y fármaco elegido (ver pág. 111)	Imipramina	100-200	Psicoterapia	En plena crisis se puede recurrir a BZP inyectables (DIAZEPAN) que actúa más rapidamente. Generalmente después de la crisis de pánico, hay una evolución hacia la agorafobia, de ahí que el tratamiento sea parecido y esté también indicada la psicoterapia.

* *La eficacia ansiolítica es muy parecida a BZP. Ausencia de acción hipnótica sedante o miorrelajante. No se potencia con alcohol y su propensión al abuso es mínima. Tarda 1-2 semanas en hacer efecto. Parece menos efectiva en pacientes que han sido tratados previamente con BZP.*

** *Estos trastornos, como indicamos en los protocolos de actuación serán tratados en su mayoría en el nivel especializado*

GRUPOS DE RELAJACION

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.

Empleamos como método el entrenamiento en relajación muscular prograsiva y efercicios 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).

Estructuración de los grupos

Número de sesiones:

Ocho 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:

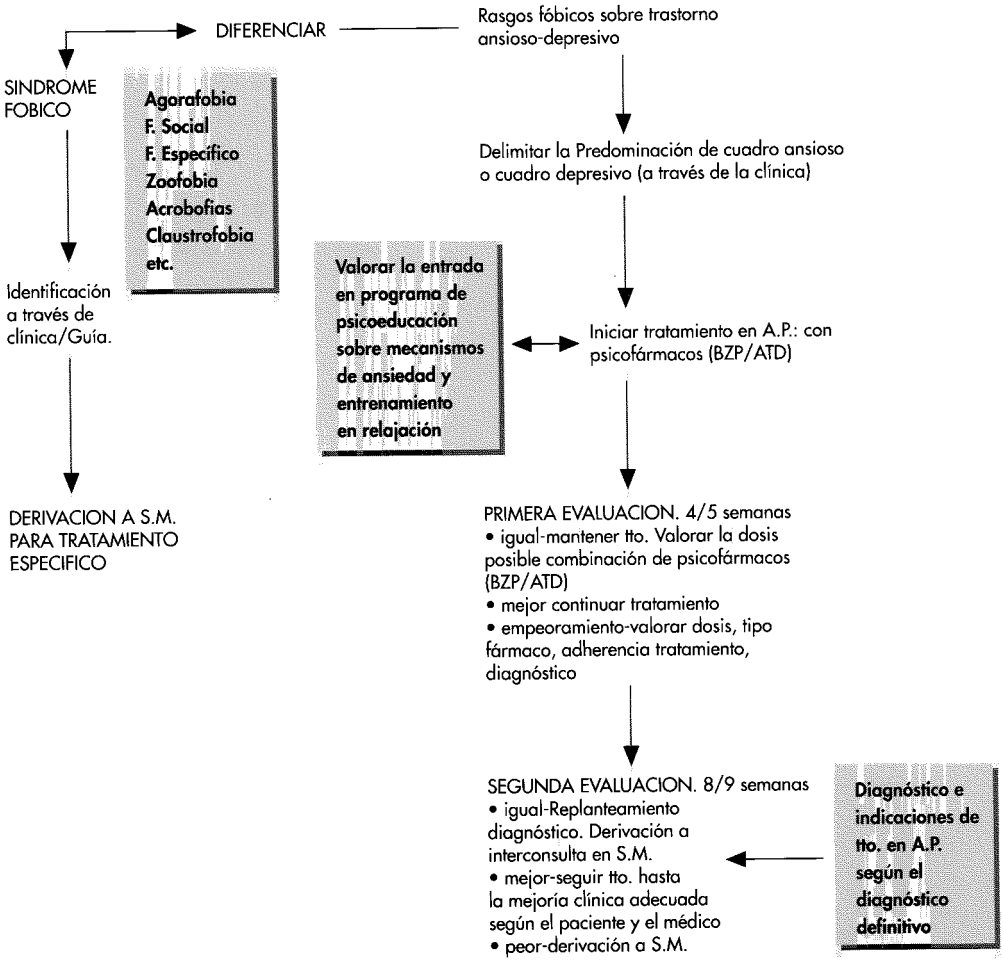
Una sesión semanal. Opcionalmente en la primera semana pueden realizarse dos sesiones.

Número de pacientes

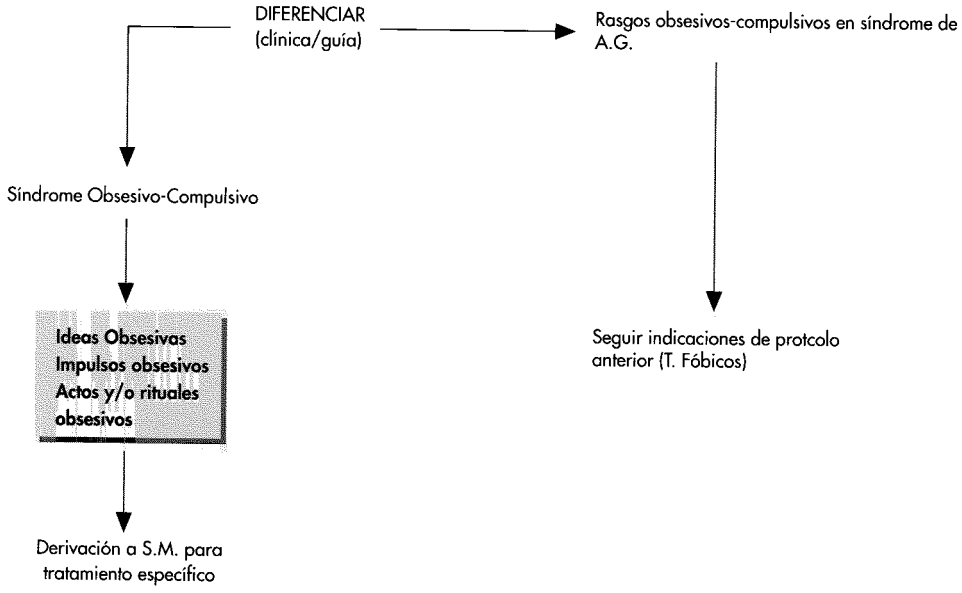
En cada grupo no más de 12 personas ni menos de 6. El grupo debe ser mixto.

Trastornos por ansiedad, líneas de actuación: Trastornos fóbicos

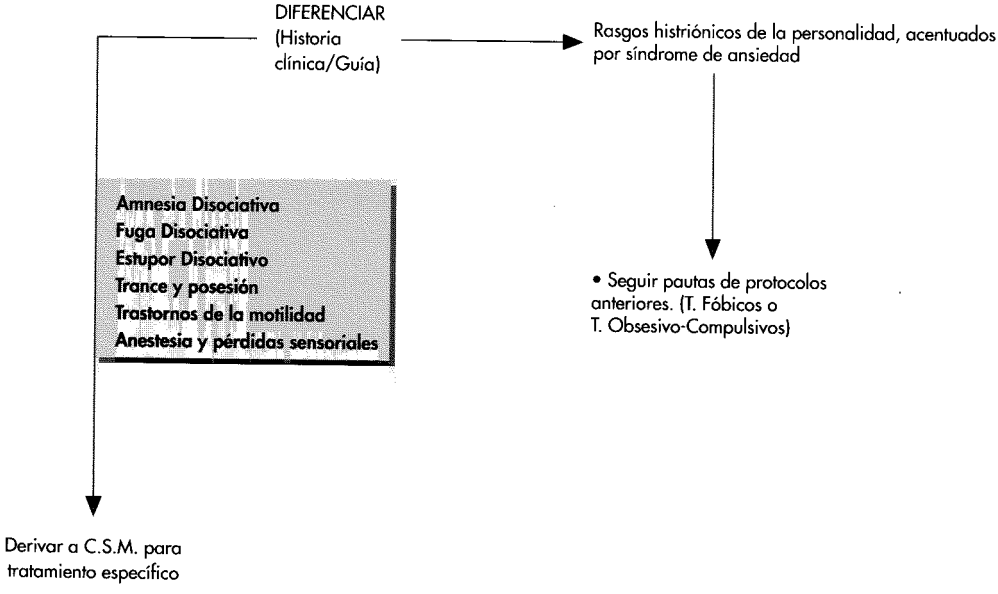
(Ante la presencia de miedos y ansiedad manifestada como quejas de temor. La conducta a seguir podría ser la siguinte:



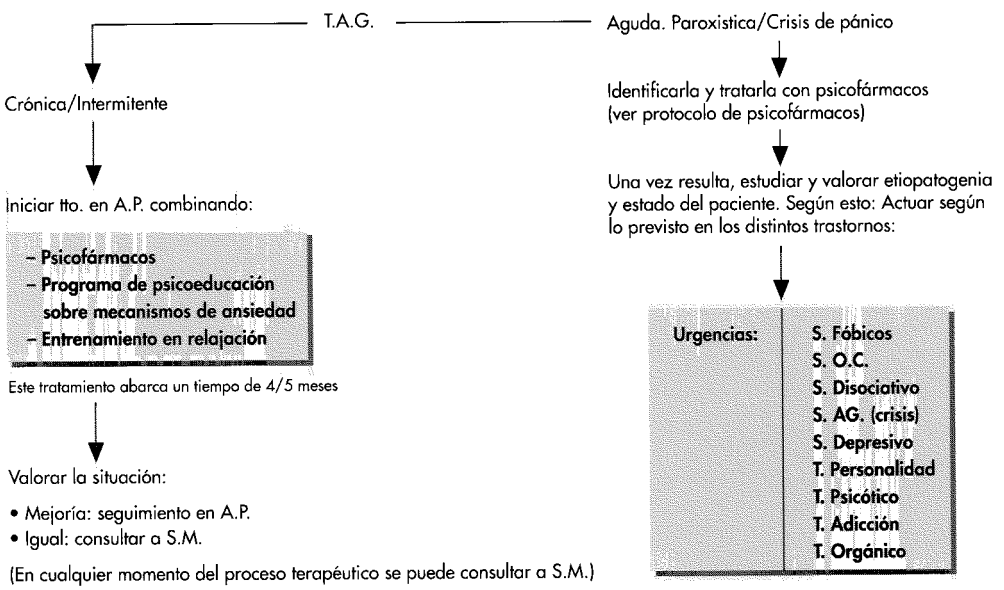
Trastornos por ansiedad, líneas de actuación: Trastorno Obsesivo-compulsivo



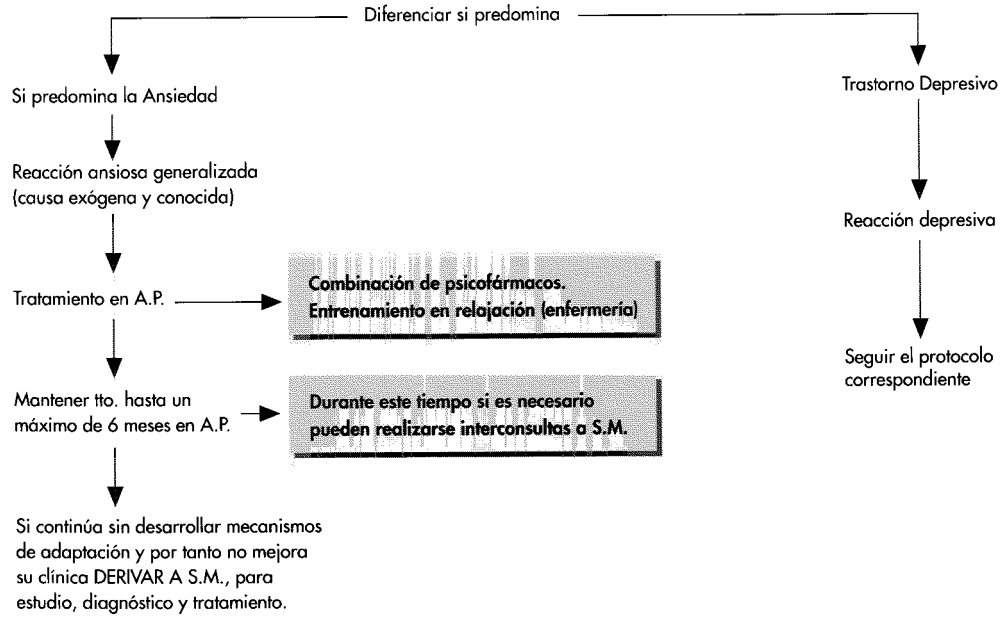
Trastornos por ansiedad, líneas de actuación: Trastorno Disociativo



Trastornos por ansiedad, líneas de actuación: Trastornos por ansiedad generalizada



Trastornos por ansiedad, líneas de actuación: Trastornos adaptativos y reacción al estrés



Trastornos de la personalidad

3.4. CRITERIOS GENERALES DE ACTUACION EN ATENCION PRIMARIA PARA LOS TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD

GUIA TEORICA PARA AYUDA A LA IDENTIFICACION DE LOS TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD

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 es adquirida generalmente, durante la vida adulta, a consecuencia de situaciones conflictivas graves y mantenidas, trastornos mentales graves o enfermedades cerebrales.

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.

Rasgos clínicos fundamentales

Paranoide	– Sensibilidad excesiva a contratiempos y desarires – Suspicacia y tendencia generalizada a interpretaciones hábiles de conductas neutrales o amistosas – Sentido combativo y tenaz de sus derechos, al margen de la realidad
Esquizoide	– Incapacidad de sentir placer (anhedonia) – Frialdad emocional, despego – Incapacidad para expresar sentimientos (simpatía, ternura, ira) – Actividades solitarias. Ausencia de relaciones personales íntimas
Antisocial	– Despreocupación por los sentimientos de los demás – Actitud marcada y persistente de inespresabilidad – 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	– Inestabilidad emocional – Ausencia de control de impulsos (explosiones violentas) – Amenazas suicidas y actos autoagresivos
Histriónico	– Tendencia a la teatralidad y expresión exagerada de emociones – Sugestibilidad – Búsqueda de emociones y atención – Deseos inapropiados de seducir – Conductas manipulativas
Anancástico	– 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	– 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

LINEAS DE ACTUACION EN ATENCION 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.

Los trastornos de la personalidad clasificados son:

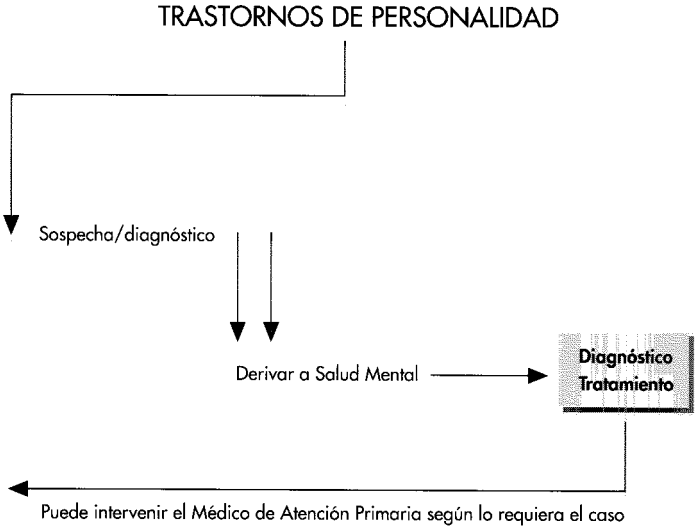
C.I.E.10	D.S.M. III R
1º Paranoide de la P.	1º Paranoide de la P.
2º T. Esquizoide de la P.	2º T. Esquizoide de la P.
3º T. del humor persistente	3º T. Esquizoide de la P.
4º T. Disocial de la P.	4º T. Antisocial
5º T. Inestabilidad emocional	5º T. Límite de la P.
6º T. Histriónico de la P.	6º T. Histriónico de la P.
7º T. Ansioso con evitación	7º T. Narcisista de la P.
8º T. Dependiente de la P.	8º T. por Evitación
9º T. Anancástico de la P.	9º T. por Evitación
	10º T. Obsesivo-compulsivo
	11º T. Pasivo-agresivo
	12º T. no especificado

Una vez sospechado o diagnosticado:

Derivar a Salud Mental a los fines que estime oportuno:
- Diagnóstico
- Tratamiento
- Etc..

La derivación llegará por vía ordinaria preferentemente, o bien por vía urgente si así lo estima el médico de atención primaria, informando al respecto en el modelo que se defina.

Una vez establecido el diagnóstico y el plan de tratamiento, el médico de atención primaria podría intervenir en la parte que se acordara si así lo requiere el tratamiento de alguno de estos tipos de trastornos.


TRASTORNOS DE PERSONALIDAD
Sospecha/diagnóstico
Derivar a Salud Mental
Diagnóstico
Tratamiento
Puede intervenir el Médico de Atención Primaria según lo requiera el caso

Trastornos psicóticos

3.5. CRITERIOS GENERALES DE ACTUACION EN ATENCION PRIMARIA PARA LOS TRASTORNOS PSICOTICOS

GUIA TEORICA PARA AYUDA A IDENTIFICAR LOS TRASTORNOS PSICOTICOS

Definición

La OMS, definió las psicosis como un trastorno mental en el que el deterioro de las funciones mentales alcanzan un grado tal que interfiere:

- La introspección
- La capacidad para afrontar demandas ordinarias de la vida
- Mantener un adecuado contacto con la realidad

La DSM III, realiza una definición más operativa, utilizando la palabra trastorno en vez de psicosis y hace su énfasis en diferenciar los trastornos psicóticos secundarios a organicidad de los que no lo son.

Clasificación (CIE-10)

- Esquizofrenia
- T. Esquizotípico
- T. Ideas delirantes Persistentes
- T. Psicóticos agudos y Transitorios
- T. Ideas delirantes inducidas
- T. Esquizoafectivo
- Otros trastornos Psicóticos no orgánicos

De todos estos trastornos, el cuadro más importe y frecuente, es la esquizofrenia, cuyos síntomas y formas especificaremos más adelante.

Los T. esquizotípicos están muy relacionados con la esquizofrenia, pero no presentan alucinaciones ni ideas delirantes, ni las graves alteraciones del comportamiento que caracterizan a la esquizofrenia.

Los T. delirantes en su mayoría no están relacionados con la esquizofrenia, aunque a veces puedan confundirse sobre todo en su comienzo.

Esquizofrenia

Se producen distorsiones fundamentales y típicos de cuatro funciones:

- PERCEPCION
- PENSAMIENTO
- EMOCION/AFECTIVIDAD
- PSICOMOTRICIDAD

y otros que veremos en la clínica.

Se conserva generalmente la claridad de conciencia y la capacidad intelectual, aunque el tiempo puede producir déficit cognoscitivos.

El trastorno compromete las funciones esenciales que dan a la persona normal la carencia de su individualidad, singularidad y dominio de sí misma.

Alteraciones psicopatológicas

SENSOPERCEPCION: Alteración de la conciencia de la realidad del mundo
- Alucinaciones auditivas
- Otras: cenestésicas, olfativas poco frecuentes
- Eco del pensamiento (oye su propio pensamiento)
- Son raras las alucinaciones visuales

PENSAMIENTO: Alteración del sistema de la realidad
- La organización de su "pensar", está alejada de los criterios habituales, alejálos criterios habituales, alejándolo de las demás personas
- Paso fácilmente del pensamiento abstracto al concreto o viceversa
- Pensamiento de peculiar simbología, por aglutinación de ideas y mezcla de significaciones
- Asociaciones inconexas fruto de silogismos incorrectos

Disgregación
- Bloque: Interceptación busca del flujo verbal por vacío mental, percepción alucinativa, idea delirante..., en la que el paciente se concentra

Delirios (ver cuadro)

AFECTIVIDAD/EMOCION: Discordancia afectiva muy relacionada con la discordancia intelectual
- Apatía, lentitud emocional
- Rigidez emocional
- Exteriorización inadecuada (risas, llantos sin explicación aparentel
- Rigidez emocional
- Exteriorización inadecuada(risas, llantos sin explicación aparente

PSICOMOTRICIDAD
- Excitación-agitación: Actividad motriz aparentemente sin sentido. No dirigida por estímulos externos
- Estupor, mutismo, inhibición: Disminución de la capacidad de reacción
- Negativismo: Resistencia aparente a cualquier instrucción intento de desplazamiento
- Riginecesarios en la mímica facial o corporal- Flexibilidad Cerea: Mantenimiento de posturas impuestas desde el exterior
- Obediencia automática
- Catalepsia: : Adaptar y mantener voluntariamente posturas extravagantes e inadecuadas
- Estereotipicos: Reiteración de actos innecesarios en la mímica facial o corporal

OTROS
- Aspecto estrafalario y descuidado/vestimenta
- Aseo inadecuado
- Alteración de memoria (en crónicos con deterioro)
- Cambio de sentido a las palabras e invento de nuevas palabras para descubfases terminales (Neologismos)
- Trastornos de la alimentación, Tr. Agresividad, Tr. sexualidad: pueden darse (exceso o defecto), tanto en la situación de estado, como en los cronificados.
  situación de estado, como en los cronificados.

AUTISMO
El paciente se repliega sobre sí y se aísla de la realidad objetiva para vivir en un mundo de representación fantástica. La creación de éste mundo tiene se caracteriza por un mundo cerrado, impenetrable, con sus propias normas y leyes internas que le confieren la inaccesibilidad. Los sentimientos habituales de las relaciones humanas son transformados en fuerzas psíquicas desprovistas de vida.

* DELIRIOS

Características necesarias

Creencias descritas claramente por el paciente que reúna las siguientes características. También llamadas criterios de Jaspers.

- Mantiene una convicción subjetiva irresistible y dominante aunque el grado de certeza puede fluctuar o estar disminuido.
- No es susceptible de ser modificado por experiencias o evidencias que lo contradigan. Es inamovible.
- La creencia es imposible, increíble o falsa (incompatible con la realidad) *
- Invasión de la personalidad por el delirio.
- Ruptura histórico-biográfica entre el pasado y la situación actual del paciente.

** Hay creencias sociales, culturales, religiosas, políticas, que reúnen estas condiciones, pero no son delirio, se dan en un contexto social y una ideosincrasia personal que es aceptada por los miembros del "grupo". Esto mismo ocurre con las ideas sobrevaloradas y los delirios inducidos.*

Formas de delirio

D. Exógeno (Delirium):
Desestructuración profunda de la conciencia. Perturbaciones orgánicas cerebrales. Procesos toxicoinfecciosos. Traumatismos cerebrales. SECUNDARIO

D. Esquizofrénico:
Es genuino y PRIMARIO, pues arranca de la vivencia delirante, primaria. No suele estar bien estructurado ni sistematizado.

D. Parafrénico:
Es PRIMARIO, no muy bien sistematizado, muy imaginativo y creativo en su contenido. Crónico. Sin deterioro. Mantiene contacto con la realidad objetiva externa.

D. Paranoico:
Es PRIMARIO. Tiene una base falsa pero una construcción muy lógica y correcta, de ahí su apariencia de credibilidad. Delirio muy sistematizado y coherente. No deteriora. No disociación de la personalidad

Delirios primarios

Ideas erróneas engendradas patológicamente, que no surgen a raíz de otras experiencias o fenómenos y acontecimientos y situaciones (Delirios secundarios). Surgen de formas vivenciales extrañas para nosotros. Exige una transformación previa de la personalidad para su explicación (Temple delirante).

Delirios secundarios

Ideas delirantes que surgen como consecuencia de fenómenos afectivos, acontecimientos, sucesos, situaciones personales y que no necesitamos para su explicación una transformación previa de la personalidad.

Clasificación

TIPO			CARACTERISTICAS
D. Depresivo	• Hipocondríaco	→	Convencimiento de padecer graves enfermedades que se revelan subjetivamente en falsos síntomas. DELIRIO DE NEGACION (COTARD). Negación y aniquilamiento de la propia corporalidad. El enfermo dice estar muerto, no tiene cuerpo.
	• Ruina	→	Máxima pobreza. todo él y su familia están abocados a la miseria.
	• Culpa	→	Sentimiento de culpa e indignidad. Cree haber cometido faltas y errores, que afectan a otros e insiste en obtener un castigo por sus pecados.
D. Persecutorio			Es la forma más frecuente de delirio sentimiento de control y persecución físico desde el exterior. Quieren matarle o controlarle. Persecución psíquica: difamación, daño moral. El paciente se siente blanco de los demás comentarios, miradas.
D. Místico y de Posesión			El paciente dice que es Jesucristo. La encarnación de Dios. Tiene misiones importantes que realizar. Morir por la humanidad. Posesiones por personajes y poderes especiales.
D. Grandeza			Poseedor de fortunas y cualidades inmensas. Estatus elevado (político, militar, científico...). PARAFRENIAS.
D. Celotípico			Sospechas de infidelidades conyugales interpretación tendenciosa de indicios. Acontecimientos falsamente relacionados con la infidelidad conyugal.
D. Erótico			No e cuestiona la fidelidad de la persona amada, sino que es ser amado intensamente por otros, generalmente de alto rango.

Diagnóstico

Según DSM-III

Criterios diagnósticos operativos de trastorno esquizofrénico (DSM-III)

A. Uno de los siguientes síntomas, como mínimo, durante alguna de las fases de la enfermedad:

1. Ideas delirantes extrañas (con contenido claramente absurdo y sin base), como ideas delirantes de creerse controlado o difusión, imposición o robo del pensamiento.
2. Ideas delirantes somáticas de grandeza, religiosas y nihilistas, u otras ideas delirantes sin contenido de persecución o celos.
3. Ideas delirantes persecutorias o celotípicas, si van acompañadas de cualquier tipo de alucinaciones.
4. Alucinaciones auditivas en las que las voces comentan los pensamientos o la conducta del sujeto, o las voces conversan entre sí.
5. Alucinaciones auditivas que en ocasiones contienen más de una o dos palabras, sin relación con la depresión o euforia.
6. Incoherencia, pérdida intensa de la capacidad asociativa, pensamiento ilógico notable o pobreza acentuada del contenido del lenguaje si va acompañada de uno de los siguientes síntomas:
   a) Afectividad embotada, aplanada o inapropiada.
   b) Ideas delirantes o alucinaciones.
   c) Conducta catatónica o gravemente desorganizada.

B) Deterioro de nivel previo de actividad laboral, de las relaciones sociales y de cuidado personal.

C) Duración: signos continuos de enfermedad durante 6 meses como mínimo a lo largo de la vida del sujeto, con algunos signos de enfermedad en la actualidad.

D) Un síndrome depresivo o maníaco no excluye el diagnóstico si está presente después de los síntomas psicóticos o es de breve duración.

E) Inicio de la fase prodrómica o de la activa antes de los 45 años.

F) Todo ello no debido a ningún otro trastorno mental orgánico o a retraso mental.

Según CIE-10

Aunque en sentido estricto no se han identificado síntomas patognomónicos, ciertos fenómenos psicopatológicos tienen una significación especial para el diagnósticos de esquizofrenia, los males suelen presentarse asociados entre sí. Estos son:

a) Eco, robo, inserción del pensamiento o difusión del mismo.
b) Ideas delirantes de ser controlado, de influencia o de pasividad, claramente referidas al cuerpo, a los movimientos de los miembros o a pensamientos o acciones o sensaciones concretos y percepción delirantes.
c) Voces alucinatorias que comentan la propia actividad, que discuten entre ellas sobre el enfermo u otros tipos de voces alucinatorias que proceden de otra parte del cuerpo.
d) Ideas delirantes persistentes de otro tipo que no son adecuadas a la cultura del individuo o que son completamente imposibles, tales como las de identidad religiosa o política, capacidad y poderes sobrehumanos (por ejemplo, de ser capaz de controlar el clima, de estar en comunicación con seres de otros mundos).
e) Alucinaciones persistentes de cualquier modalidad, cuando se acompañan de ideas delirantes no estructuradas y fugaces sin contenido afectivo claro, o ideas sobrevaloradas persistentes, o cuando se presentan a diario durante semanas, meses o permanentemente.
f) Interpolaciones o bloqueos en el curso del pensamiento, que dan lugar a un lenguaje divagatorio, disgregado, incoherentes o lleno de neologismos.
g) Manifestaciones catatónicas, tales cono excitación, posturas características o flexibilidad cérea, negativismo, mutismo, estupor.
h) Síntomas "negativos" tales como apatía marcada, empobrecimiento del lenguaje, bloqueo o incongruencia de la respuesta emocional (estas últimas habitualmente conducen a retraimiento social y disminución de la competencia social). Debe quedar claro que estos síntomas no se deban a depresión o a medicación neuroléptica.
i) Un cambio consistente y significativo de la cualidad general de algunos aspectos de la conducta personal, que se manifiestan como pérdida de interés, falta objetivos, ociosidad, estar absorto y aislamiento social.

Pautas para el diagnóstico

El requisito habitual para el diagnóstico de esquizofrenia es la presencia como mínimo de un síntoma muy evidente o dos o más si son menos evidentes, de cualquiera de los grupos uno a cuatro, o síntomas de por lo menos dos de los grupos referidos entre el cinco y el ocho, que hayan estado claramente presentes la mayor parte del tiempo durante un período de un mes o más. Los cuadros que reúnan otras pautas pero de una duración menor a un mes (hayan sido tratados o no) deberán ser diagnosticados en

primera instancia como trastorno psicótico agudo de tipo esquizofrénico (F23.2) y reclasificados como esquizofrenia si el trastorno persiste por un período de tiempo más largo.

Mirando retrospectivamente, puede aparecer de forma clara una fase prodrómica en la cual ciertos síntomas y el comportamiento en general, como pérdida de interés por el trabajo y la actividad social, descuido de la apariencia e higiene personales, ansiedad generalizada y grados moderados de depresión y preocupación, precede al inicio de los síntomas psicóticos en semanas o incluso meses. Dada la dificultad para delimitar en el tiempo el inicio de la enfermedad, la pauta de un mes de duración se refiere únicamente a los síntomas específicos señalados más arriba y no a cualquiera de los que aparecen en la fase prodrómica no psicótica.

El diagnóstico de esquizofrenia no debe hacerse en presencia de síntomas depresivos o maníacos relevantes, a no ser que los síntomas esquizofrénicos antecedieran claramente al trastorno del humor (afectivo). Si los síntomas de trastorno del humos y los esquizofrénicos se presentan juntos y con la misma intensidad, debe recurrirse al diagnóstico de trastorno esquizoafectivo (F25), aun cuando los síntomas esquizofrénicos justificaran pos sí solos el diagnóstico de esquizofrenia. Tampoco deberá diagnosticarse esquizofrenia en presencia de una enfermedad cerebral manifiesta o durante una intoxicación por sustancias piscótropas.

Formas de inicio

Agudo

- Mejor respuesta al tratamiento
- Mejor pronóstico

Eclosión súbita de la sintomatología. Desde uno a pocos días. Se suele apreciar a través de sus conductas inapropiadas y extravagantes. " Un nuevo estar en el mundo".

Puede aparecer con mutismo e inmovilidad absoluta: Cuadro catatónico

Insidioso

- Peor respuesta al tratamiento
- Peor pronóstico

Puede durar años y/o quedarse en trastornos esquizoides de la personalidad. En este inicio se puede confundir con neurosis depresivas y psicopáticas, pero siempre, habrá un curso tórpido y nulas respuestas terapeúticas (despersonalizaciones, desrealizaciones, vivencias extrañas, con pocos criterios explicativos de la realidad)

Formas clínicas

TIPO	CARACTERISTICAS	DIAGNOSTICO
SIMPLE	Predominan los trastornos de la afectividad (embotamiento afectivo y abulia). Desarrollo insidioso y progresivo. No hay síntomas psicóticos "positivos" (Alucinaciones, delirios). Se produce un empobrecimiento social, vagabundeo.	Difícil de concretar éste diagnóstico, pues hay que reconocer el desarrollo progresivo de los síntomas "negativos" que caracteriza la E. Residual.
HEBEFRENICA	Importantes los trastornos afectivos transitorios. Comportamientos irresponsables son frecuentes. Ideas delirantes, alucinaciones, superficialidad, risas insulsas y absortas. Muecas y manierismos frecuentes. Aislamiento y dificultad para el contacto afectivo. Edad de comienzo 15 a 25 años y es de pronóstico malo por su tendencia al deterioro. Graves trastornos del pensamiento.	Pautas generales para el diagnóstico de esquizofrenia. Solo en adolescentes y adultos jóvenes.
CATATONICA	Trastornos psicomotores graves. Hipercinesia: Estupor Obediencia automática: Negativismo Intensa excitación Estado oniroide: Alucinaciones	Pautas generales para diagnóstico de esquizofrenia con predominio de una o uno de los siguientes síntomas: Estupor, mutismo, excitación, catalepsia, negativismo, rigidez, flexibilidad cerea, obediencia automática
PARANOIDE	Es el tipo más frecuente. Predominan las ideas delirantes estables, con alucinaciones auditivas. Los trastornos del lenguaje, voluntad y catatónicos son poco llamativos en caso de que los tenga	Pautas generales para el diagnóstico de esquizofrenia. Ideas delirantes de persecución, voces alucinatorias. Alucinaciones olfativas, gustativas, muy raramente visuales. Irritabilidad. Cierta incongruencia afectiva, aunque éste campo no está muy alterado. Curso episódico o crónico, con remisiones personales. El comienzo puede ser tardío > 3 años.

Otros trastornos psicóticos

1. TR. ESQUIZOTIPICO

Incluye:

- Esquizofrenia límite
- Esquizofrenia latente
- Reacción Esquizofrénica
- Esquizofrenia Pseudoneurótica
- Trast. Esquizotípico de la personalidad

Se caracteriza por comportamiento excéntrico y anomalía del pensamiento y de la afectividad, sin que éstos llegaran a ser las de la Esquizofrenia.

Tiene curso crónico y a veces evoluciona hacia una Esquizofrenia. Su inicio, evolución y curso son semejantes a los de un trastorno de la personalidad.

Se cree que es una parte del espectro genético de la Esquizofrenia, de ahí que frecuentemente estos individuos estén emparentados con esquizofrénicos.

2. TR. IDEAS DELIRANTES PERSISTENTES

Incluye:

- Paranoia
- Psicosis Paranoide
- Parafrenia
- Delirio sensitivo de referencia

La característica clínica más destacada y a veces única, la constituyen las ideas delirantes consolidadas que se deben a trastornos orgánicos, afectivos o esquizofrénicos. Es un grupo cuyas relaciones con la esquizofrenia no están claras.

Las ideas delirantes son muy persistentes y a veces duran toda la vida. El contenido del delirio es muy variable (persecución, hipocondríaco..., de grandeza, celos...). No suele acompañarse de otra psicopatología.

Suele comenzar hacia la edad media avanzada de la vida.

Lenguaje y conductas suelen ser normales.

3. TRASTORNOS PSICOTICOS AGUDOS Y TRANSITORIOS

Incluye:

- Bouffée delirante
- Esquizofrenia aguda

Psicosis esquizofreniforme
Reacción esquizofrénica

Este grupo, lo define su comienzo agudo, menos de dos semanas y se añaden dos características:

- Presencia de síndromes típicos
- Presencia de estrés agudo

1. El comienzo agudo se refiere al cambio desde un estado sin características psicóticas otro claramente anormal y psicótico en un periodo de dos semanas o menos.
2. Presencia de síntomas esquizofrénicos
3. Primeros síntomas antes de 2 semanas de uno o más acontecimientos que serían vivenciados cómo estresantes por la mayoría de personas en circunstancias similares dentro del mismo ambiente cultural (Pérdidas bruscas y dramáticas, terrorismo, torturas, combates...)

4. TRASTORNOS DE IDEAS DELIRANTES INDUCIDAS

Incluye:

"Folie à deux"
Trast. paranoide inducido
Psicosis simbiótica

Es poco frecuente. La idea delirante son compartidas por dos o más personas que le une estrechos lazos emocionales. Sólo uno de los afectados padece auténtico trastorno psicótico. En el otro las ideas delirantes suelen desaparecer al separarse del primero. Se necesitan unas características de aislamiento y "subcultura" para que se dé este trastorno. Junto con unas características de dependencia y servidumbre entre las personas que padecen la psicosis genuina y la que padece el delirio inducido.

5. TRASTORNO ESQUIZOAFECTIVO

Incluye:

Psicosis esquizoafectiva de tipo maníaco y depresivo
Psicosis esquizofreniforme de tipo maníaco y depresivo

Son trastornos episódicos en los que destacan tanto los síntomas afectivos cómo los esquizofrénicos, generalmente de forma simultánea. No se puede clasificar en los trastornos afectivos, ni en los esquizofrénicos y son lo suficientemente frecuentes para componer una categoría aparte. Generalmente cursan de forma recurrente y se recuperan completamente.

Líneas generales de intervención en Atención Primaria para trastornos psicóticos

Estos trastornos los consideramos de intervención directa del equipo de salud mental, desde su diagnostico y diferenciación hasta su tratamiento y seguimiento. En algunos casos (y una vez establecido el Programa Regional de Atención al Paciente Psicótico) el médico de atención primaria intervendrá en acciones de seguimiento, tratamiento conjunto, ámbito familiar o donde sea necesario para pacientes en particular que así lo requieran por cualquier circunstancia concreta.

En principio, las siguientes pautas de actuación sólo pretenden dejar indicado los pasos a seguir en caso de sospecha o diagnóstico de síndromes psicóticos en el nivel primario.

Adolescentes/jóvenes

A) Trast. Humor:	Ensimismamiento Cambios de humor Aislamiento Inhibición afectiva Tristeza Dificultad contacto
B) Trast. Conducta:	Retraimiento Agresividad Hostilidad Abandono de hábitos I. Suicidio...
C) Trast. Pensamiento:	Explicaciones inadec. Expresión de teorías organizadas de diferente contenido: Grandeza Religión Paranoide Agresivo... Aceleración/Enlentec. Ideas delirantes...

Ante cualquiera de estas situaciones: ADOLESCENTE/JOVEN con cualquiera de los síntomas de A, B o C junto con el criterio del médico de familia, estará indicada su derivación directa al equipo de salud mental, sin necesidad de ningún tipo de intervención específica por parte del médico de familia.

En todos estos casos habrá una indicación preferencial en cuanto a la rapidez de intervención.

Paciente diagnosticado y tratado de psicosis que no está siendo atendido en CSM

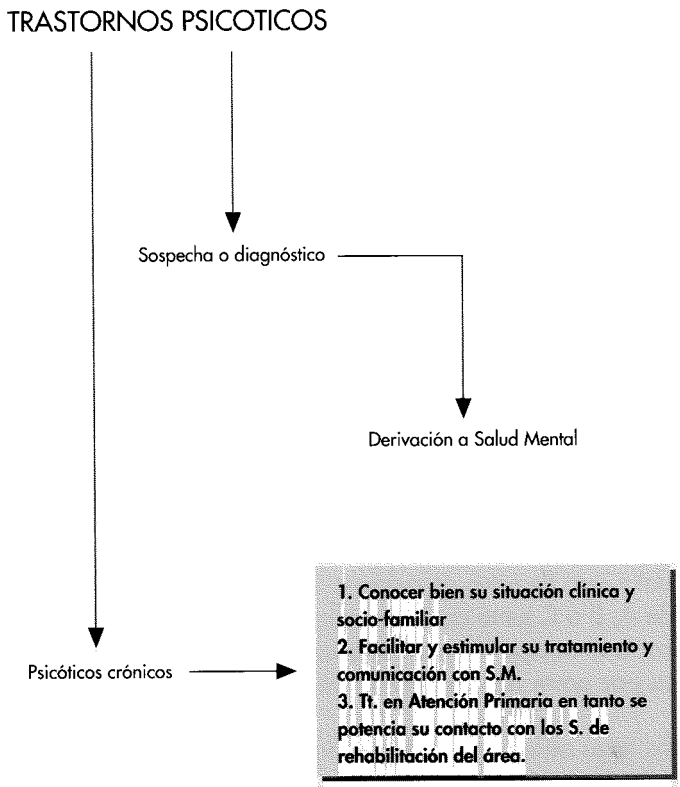
I. Información sobre situación y tratamiento a través de la familia.

- Si esta siguiendo tratamiento y se encuentra bien:
  Indicarles los recursos de atención del área y que el paciente elija.
  Estimular la asistencia pública ambulatoria en Salud Mental, cuando el paciente obtenga algún beneficio de ella.

- Si no esta siguiendo tratamiento, informar y estimular de la conveniencia de consultar al CSM. Si no quiere asistir y acepta ser tratado en AP. Establecer algunos mecanismos de control de tratamiento entre Salud Mental y Atención Primaria

No obstante estas situaciones y sus abordajes serán mejor definidos en el programa de atención al paciente psicótico:

II. En todo caso el médico de familia dispondrá de información de los pacientes psicóticos de su zona. De forma que conozca aquellos que están en tt^{o} y los que no lo están. Favorecerá en aquellos últimos que lo necesiten la continuación de los tratamientos.



4. UTILIZACION DE PSICOFARMACOS EN ATENCION PRIMARIA

Principios básicos

Utilización de psicofármacos en Atención Primaria

Datos generales

Según estudios recientes (Orleans 1985), los médicos de familia identifican problemas psiquiátricos en uno de cada 5 de sus pacientes, tratándolos ellos mismos en la mayoría de los casos. Estos comporta el uso regular de psicofármacos sobre todo antidepresivos y ansiolíticos, habitualmente acompañados con terapia verbal sobre todo en aspectos de razonamiento, consejos y apoyo emocional.

El avance de los psicofarmacología, hace posible el tratamiento de la mayor parte de los trastornos psíquicos de forma ambulatoria y en distintos niveles de intervención.

No obstante los fracasos terapéuticos subsanables son todavía abundantes. Según Ayd (1973), entre el 30% y el 80% de enfermos psiquiátricos no toman la medicación como ha sido prescrita y según Uriarte (1978), alrededor del 40% de médicos que recetan psicofármacos lo hacen en dosis insuficientes, a menudo en relación con la inseguridad que lleva la falta de familiaridad con estos productos.

La retirada prematura de los fármacos es otro factor del fracaso terapeútico subsanable no teniendo en cuenta la recurrencia de estos trastornos y otro factor sería la falta de información que tiene el paciente sobre los fármacos que toma (efectos secundarios).

Así mismo, a nuestro juicio, el modelo de intervención que permita subsanar los errores posibilitará un mayor éxito terapeútico: trabajar con programas, equipos coordinados con diferentes niveles y formas de intervención constituirá el modelo a seguir que debe sustituir a la mera consulta médica en el tema de la Salud Mental. Considerar la pérdida de la Salud mental como un proceso en el que influyen muchos factores y abordar su recuperación desde estos principios, sin duda, llevará a mejorar los niveles de recuperación.

Causas de fracaso terapéutico subsanable:

1) No tomar la medicación según lo prescrito.
2) Utilización de dosis inadecuadas.
3) Retirada prematura del Tratamiento.
4) Falta de información sobre los síntomas secundarios.
5) Modelo de intervención.

Clasificación de psicofármacos

Puede ser agrupado el conjunto de psicofármacos en relación a su acción clínica en:

ANTIPSICOTICOS o NEUROLEPTICOS
ANTIDEPRESIVOS
ANSIOLITICOS (HIPNOTICOS)
LITIO

- En 1975, Ayd recomandaba al médico general conocer 7 psicofármacos (2 Neurolépticos, 2 Antidepresivos, 1 IMAO, 2 Ansiolítico), como conjunto básico para su práctica habitual.
- En 1978, la OMS conside´ro esenciales los siguientes psicofármacos Amitriptilina, litio, clorpromacina, flufenacina, haloperidol y diazepam.
- Hoy día son sumchos los avances en la utilización de psicofármacos y para la práctica diaria del médico general le sería útil conocer un grupo algo mayor de preparados, ya que en la práctica lo está manejando:

En está guía de utilización se nombrarán bastantes más por la característica de este documento de reflejar la práctica diaria y tener en cuenta la realidad ya existente en estos temas.

Vamos a esquematizar la utilización de los 3 grandes grupos con unas breves características generales sobre su utilización, dosificación y combinación aplicada a las diferentes patologías contempladas en éste documento.

Vamos a resaltar aquí lo que hemos referido a lo largo de éste trabajo: ninguna actividad protocolizada debe sustituir a la particularidad que implica el paciente y la relación médico-paciente de forma que es aquí y con ésta particularidad donde se determinan las acciones y conductas, tratamientos, dosificaciones, etc...

Antipsicóticos

Consideraciones generales

1952 nace la psicofarmacología con los resultados obtenidos en el uso de clorpromacina en esquizofrenias (Delay. Deniker).

Los NLP o APS son un conjunto heterogéneo de fármacos, con las propiedades de poseer una capacidad reductora de los trastornos psicóticos y una acción sedante (no hipnótica) sobre la agitación y agresividad con la producción de efectos colaterales extrapiramidales y vegetativos.

La acción antipsicótica se atribuye a su efecto reductor de la actividad de los receptores postsinópticos dopaminergicos que da lugar a un incremento en el turnover o recambio de la dopamina. En general ejercen una acción sedante junto a la acción antipsicótica.

Principales antipsicóticos

CLORPROMACINA:	LARGATIL
TRIFLUOFERACINA	ESKAZINE
TIORIDACINA:	MELERIL
HALOPERIDOL	HALOPERIDOL
TIOPROPERAZINA	MAJEPTIL
PIMOCIDE	ORAP
SULPIRIDE	DOGMATIL,GUASTIL,DIXIBON, MIRBANIL,TEPAVIL
CLOTIAPINA	ETUMINA
LOXAPINA	DEXCONES
CLOZAPINA	LEPONEX
RISPERIDONA	RISPERDAL

Antipsicóticos depot

DECANOATO DE FLUFENACINA	MODECATE
PALMITATO DE PIPOTIACINA	LONSEREN

Normas generales de utilización

Su prescripción fundamental se realizará en el nivel especializado (Salud Mental). No obstante el médico de Atención Primaria debe conocerlos, dado que podra colaborar con el psiquiátra en el plan de tratamiento de los pacientes psicóticos estimulando la adhesión al tratamiento y el seguimiento de estos enfermos, según se indica en el protocolo correspondiente. (Trastornos Psicóticos).

- El tratamiento de mantenimiento adecuado de la dosis es otro principio básico en el buen resultado del tratamiento.
- Una vez remitidos los sintomas es necesario proseguir en la mayoría de los casos el tratamiento por un período generalmente no inferior a 6 meses.
- Debe tenderse a utilizar un solo neuraléptico. No debemos combinarlos entre ellos: No hay evidencias en las que soportar esta práctica, a pesar de lo mucho que se aplica.

Dosificación

La dosificación es importante y es muy variable. Se suele tomar un neuroléptico de referencia: CLORPROMACINA y establecer las dosis por equivalencia con ella. Las dosis son diferentes según las patologías y su estado clínico.

Así mismo es preferible ajustar las dosis a las necesidades del paciente. Las expresadas en este documento son referencias entre las que nos podemos mover según nuestra experiencia.

En general pueden servirnos de referencia las dosis medias en tratamiento ambulatorio de trastornos psicóticos para adultos jóvenes, de los siguientes principios expresadas en la tabla siguiente:

	DOSIS MG/DIA/VIA ORAL[1]		
PRINCIPIOS	**MINIMA**	**MEDIA**	**MAXIMA**
Clorpromacina	25-50	50-150	100-200
Trifluoferacina	2-6	5-10	15-20
Tioridacina	50-150	100-200	200-600
Haloperidol	1-4	5-10	6-15
Tioproperacina	5-15	10-20	30-40
Pimocide	4-10	5-10	10-20
Sulpiride	100-150	150-300	400-600
Clotiapina	60-80	80-120	120-200
Loxapina	10-20	60-100	100-200
Levomepromacina	25-50	50-100	100-150
Clozapina			
Risperidona			

NEUROLEPTICO DEPOT	**DOSIS/15 DIAS/I.M.**
Decanoato de flufenacina	25 mg

	DOSIS/30 DIAS/I.M.
Palmitato de pipotiamina	100 mg

1 *Las dosis dependen mucho del estado clínico del paciente (agudo, crónico, sin producción de síntomas), de la vía de administración y el efecto que persigamos con su prescripción, por lo que deben tomarse las cifras anteriores como una referencia por si se utilizaran estos fármacos en Atención Primaria.*

Indicaciones

PSICOSIS AGUDAS	PSICOSIS CRONICAS:	OTRAS
Episodios maníacos Bouffées delirantes Estados confusooníricos Tóxicos Tr. Grávido-puerperales	– Esquizofrenias – Tr. Psicosomáticos	– Tr. Psicosomáticos – Psicosis infantiles – Demencia senil y otros trastornos mentales orgánicos – Algunos trastornos de la personalidad

Efectos secundarios

Los más relevantes son los neurológicos= Discinesias gudas y tardías= Acción epileptógena

- Discinesias agudas: Pueden ser dolorosas y espectaculares. Afectan a la región cefálica y facial y provocan movimientos involuntarios.
  Se deben a una execsiva impreganción del fármaco que da lugar a sintomatología porkunsaniana, orinaria, temblor, hepertonia.
  Requiere corrección deestruales, galoctorrea, dificultades de eyaculación, aumento de peso.
- Vegetativos: Hipotensión.
- Hemotológicos: Discrasias Hemáticas.
- Discenias Tardías:
  Movimientos bocafociales involuntarios con hipercinesia generalizada.
  Aparecen tras tratamientos prolongados.
  No responden a los correctores extra paramidales.
- Epilectógenos:
  Disminuyen el umbral convulsivante.
- Endocrinos:
  Retrasos mestruales, galoctorrea, dificultades de eyaculación, aumento de peso.
- Vegetativos: Hipotensión.
- Hemotológicos: Discrasias Hemáticas.

Síndrome maligno neuroléptico

Es muy raro, pero se debe tener en cuenta por su gravedad: hipertemia, hiperhidrosis, taquicardia, extrapiramidalismo, ansiedad, insuficiencia respiratoria...

Tratamiento depot

En situaciones de largo tratamiento y en las dificultades para la toma de medicación que a menudo presentan los pacientes psicóticos, está indicado el tratamiento depot, que liberan lentamente tras su inyección, el principio activo, consiguiendo efectos sostenidos durante varias semanas. Los preparados disponibles en España son:

Decanoato de flufenazina (Modacate): Administración cada 2/4 semana
Palmitato de pipotiacina (Lonseren): Administración cada 4 semanas.

Interacciones de antipsicóticos

Antiácidos	Disminuyen la absorción de los antipsicóticos.
Anticolinérgicos	Disminuyen la absorción y favorecen la metabolización de los antipsicóticos en el intestino. Reducen los niveles plasmáticos, aumentan los efectos anticolinérgicos.
Guanetidina	Las fenotiacinas anulan efectos antihipertensivos de la guanetidina.
Barbitúricos	Bajan los niveles plasmáticos de las fenotiacinas por incrementar su metabolización hepática.
Adrenalina	Hipotensión paradójica con la clorproscina por sumación de sus efectos bloqueadores.
L Dopa	Efectos antagónicos: incremento de la sintomatología parkinsoniana al estar bloqueados los receptores dopaminérgicos por los antipsicóticos.
Tabaco	Menores efectos de debilidad y cansancio en enfermos tratados con clorpromacina, por estimular la nicotina su metabolización.

Contraindicaciones

Siempre relativos, incluye:

- Embarazo
- Epilepsia
- Porfiria
- Parkinson
- Esclerosis Placas
- Otras (Consulta bibliográfica).

Utilización de correctores de efectos parkinsonianos

Ante los efectos parkinsonianos intensos de los neurolépticos (bradicinesia, rigidez, babeo, facies inexpresiva...), se tratan con antiparkinsonianos anticolinérgicos. Estos son relativamente eficaces en el tratamiento del temblor y la rigidez pero tienen escasos efectos sobre la bradicinesia.

Los efectos adversos típicos de los anticolinérgicos, consisten en sequedad de boca, visión borrosa, estreñimiento pertinaz, retención urinaria.

Estos fármacos deben retirarse paulatinamente, pues se han descrito caso de convulsiones y acinesias tras su retirada brusca. Así mismo, un consumo inadecuado puede producir episodios de psicosis atropínica, de ahí que en ancianos se tenga mucha precaución en la utilización de éstos fármacos.

Como norma general los usamos al principio de instaurar tratamientos con neurolépticos, para que el paciente no haga rechazo de los mismos al sentir los efectos extrapiramidales. Pero una indicación cada vez más aceptada es utilizar dosis correctas de neurolépticos y si con ello no aparecen efectos adversos, no utilizar los antiparkinsonianos.

A los tres meses de tratamiento concomitante se puede iniciar una disminución progresiva del antiparkinsoniano hasta eliminarlo en un plazo de 2 a 3 semanas y valorar los resultados.

Indicaciones

- Debemos guiarnos por criterios clínicos. Según las necesidades de neurolépticos y sus efectos terapéuticos y secundarios.
- Antecedentes personales de efectos extrapiramidales con el uso de neurolépticos.
- Pacientes que viven alejados de centros sanitarios, donde en breve tiempo se pueda yugular una crisis extrapiramidal.
- Cuando los controles de neurolépticos no puedan hacerse con regularidad.

Antiparkinsonianos

PRINCIPIO	DOSIS mg/día
Trihexifenidilo	4-20
Biperidina	4-8
Benzotropina	0.5-8

UTILIZACION DE NEUROLEPTICOS EN PATOLOGIAS PSIQUIATRICAS

SINDROME	NEUROLEPTICO	DOSIFICACION MIN	MED	MAX	OBSERVACIONES
DEMENCIAS	Tioridacina Haloperidol	15-30 mg/día 05-1 mg/día	50-60 mg/día 2 mg/día	– –	Se puede utilizar la presentación en gotas. Tener en cuenta los efectos de acumulación y las intervenciones con otros fármacos que generalmente toman los ancianos. La dosificación en gotas de Haloperidol: 1 cc = 20 gotas; 10 gotas = 1 mgr.
SINDROME PSICOTICOS Agudos Crónicos	Haloperidol Levomepromacina Tioproperacina Sulpiride Pimocide Tioridacina Trifluoperacina Fluofenacina Pipotiacina Risperidona				Generalmente serán tratamientos prescritos en el nivel especializado, tanto en urgencias como en consulta ambulatoria. Con todos estos fármacos se suele usar un corrector de los síntomas extrapiramidales (AKINETON, ARTANE), en tomas simultaneas con el neuroléptico o en depósito diario. En todo caso dependerá de la dosis y tolerancia del neuroléptico.
EPISODIOS MANIACOS	Haloperidol Levomepromacina Litio				
TRASTORNOS DE PERSONALIDAD	Haloperidol Levomepromacina				Sobre todo en situaciones de crisis compatible con síndromes psicóticos y en trastornos de la conducta con impulsividad y descontrol.

Antidepresivos

Consideraciones generales

De todas las enfermedades psiquiátricas, los T.A. se encuentran entre los que mejor responden al tratamiento, de ahí que junto a estos trastornos se haya desarrollado la conciencia de una necesidad real de tratamiento médico.

Hace casi 50 años que se sentaron las bases de la terapia biológica de los T.A. pero hoy día el avance en los conocimientos psicofarmacológicos y la diferentes alternativas y combinaciones terapéuticas nos alejan bastante de aquellos días, sobre todo en la posibilidad de utilización de éstos fármacos, en la Atención Primaria.

Mecanismos de acción

La mayoría de éstos fármacos ATD, actúan bloqueando la recaptación de neurotransmisores, especialmente serotonina y noradrenalina, y aumentando por tanto su concentración en el espacio intersináptico.

Dosificación

Se utiliza de forma principal la vía de administración oral y por regla general las dosis eficaces van de 100 a 300 mg/día.

La dosificación será gradual con dosis iniciales de 50 mg/día, que se pueden elevar en 25 mg cada 3 días, hasta llegar a la dosis que el médico considere definitiva.

Duración del tratamiento

Una vez establecida la dosis eficaz, el tratamiento con ATD, se suele mantener aproximadamente 6 meses y a veces hasta un año, dependiendo del tipo de derpesión.

La medicación se suele suspender progresivamente en una o dos semanas. Las recaídas suelen aparecer a partir de la 4ª semana de suspensión. Se considera entonces de nuevo el mantenimiento prolongado de las mismas dosis que consiguieron mejoría.

En cualquier tratamiento hay que esperar entre 9% a un 40% de mala respuesta terapeútica. Antes de dictaminar este fracaso es importante recordar las causas que pueden ocasionar una mala respuesta y que son corregibles:

1) Tiempo desde comienzo del tratamiento.
   Casi todos los ATD tardan 2 ó 3 semanas en hacer efecto.

2) Cumplimiento de instrucciones por parte del enfermo y sus familiares. Si no lo toma por razones psicológicas o culturales, será poco útil cambiar de

fármaco. Si se debe a los efectos secundarios, el cambio de medicamento puede ser útil.

3) Dosificación adecuada. Esto es muy variable para cada persona y para cada antidepresivo. Parece claro que los niveles sanguíneos se correlacionan con el efecto, pero no hay reglas aplicables directamente a la clínica. En general debemos recurrir al ajuste de dosis individual, tomando como criterios limitativos la respuesta clínica o los efectos secundarios intolerables. Las dosis deben elevarse escalonadamente, dejando una ó 2 semanas para evaluar al efecto de cada nivel de dosificación.

Efectos secundarios más frecuentes

Anticolinérgicos	Taquicardia
	Visión borrosa
	Sequedad de boca
	Retención urinaria
	Estreñimiento
	Hipotensión postural
	Aumento del tiempo de conducción cardíaca

Los nuevos fármacos: Fluoxetina, Fluvoxamina, Sertralina, actúan inhibiendo relativamente la recaptación de serotonina. Estos fármacos carecen de efectos secundarios de tipo anticalinérgico y de riesgo de afectación cardíaca en casos de sobredosis. No obstante, la elección será siempre individualizada y según la respuesta y tolerancia del enfermo.

Al igual que otros fármacos, tener en cuenta las respuestas características de los ancianos que acusarán más los efectos secundarios.

Indicaciones

Son fármacos de primera intención en los trastornos depresivos endógenos. Así mismo en todos los trastornos depresivos, aunque no se conozca bien su etropatogenia (Endogeneidad-Reactividad)

Depresión Endógena
Melancolía involutiva
Equivalente depresiva (Síndrome ansioso-depresivo)
Depresiones en esquizofrénicos
Neurosis obsesivas
Algunos estados fóbicos...

ALGUNAS RECOMENDACIONES PARA EL USO DE ATD

Primera elección en general	Nortriptilina	Combina baja acción sedanta y anticolinérgica con ser un fármaco muy experimentado
		Las nuevas moléculas: FLUOXETINA. FLUVOXAMINA. SERTRALINA, se recomiendan también por la dosis única diaria y sus bajos efectos secundarios.
Depresión con agitación, insomnio o ansiedad marcados	Doxepina Alprazolam Trazodona Maprotilina	Son los más sedantes de todos los ATD con menos acción anticolinérgica.
Cuadros depresivos con obsesiones y fobias (Neurosis)	Clomipramina	Ha demostrado eficacia en estos cuadros
Cuadros depresivos con enfermedad cardíaca	Mianserina Alprazolam Fluvoxamina	Mejor evitar, a ser posible, los antidepresivos
Antecedentes de enfermedad convulsiva	Trazodona Viloxacina	Evitar especialmente maprotilina y fluvoxamina
Hipertensión severa	Mianserina Alprazolam Fluvoxamina	La mayoría de los antihipertensivos usuales no interaccionan con los antidepresivos. Tener cuidado si el paciente toma derivados de la guanetidina o Clonidina.
Obesidad	Fluoxetina Fluvoxamina Trazodona	Son las que tienen menor incidencia de aumento de peso

Estas recomendaciones pueden servir de orientación, pero será la práctica la experiencia y los antecedentes los que deben llevar al médico la elección del antidepresivo adecuado.

Clasificación

Antidepresivos Tricíclicos y afines (Heterociclicos).
Inhibidores de Monoaminoxidosa
Precursores de Monoaminas

MEDICAMENTOS	ACCION SEDANTE	ACCION ANTICOLINERGIC	DOSIS MG/DIA
TRICICLICOS			
Amitriptilina	3	3	75-300
Clomipramina	1	2	75-250
Doxepina	3	2	75-300
Imipramina	2	2	75-300
Lofepramina	1	1	140-210
Nortriptilina	1	1	25-200
Trimipramina	3	3	75-300
NO TRICICLICOS			
Alprazolan	3	0	1-4
Amineptino	0	2	100-200
Amoxapina	2	2	100-300
Fluoxetina	0	0	20
Fluvoxamina	0	0	50-100
Maprotilina	2	2	75-150
Mianserina	3	0	40-120
Paroxetina	0	0	20
Sertralina	0	0	50-100
Trazodona	3	0	100-300
Viloxazina	1	1	250-300
IMAO			
Moclobemida			
Fenelfina			30-75
Tranilcipramina			10-50
PRECURSORES			
Oxicotriptan			

Benzodiazepinas

Consideraciones generales

Las benzodiazepinas se conocen como ansiolíticos o tranquilizantes menores. En general, las benzodiazepinas actúan como hipnóticos cuando se administran a dosis altas, como ansiolíticos cuando la dosis es moderada y como sedantes cuando es baja.

Cuando las benzodiazepinas se administran durante periodos breves (una o dos semanas) en dosis moderadas, generalmente no se observa tolerancia, dependencia o síndrome de abstinencia.

La manifestación del síndrome de abstinencia depende del tiempo durante el cual se ha recibido la medicación, la dosis, la velocidad a la cual se reduce gradualmente la dosis y la vida media del compuesto específico.

La aplicación clínica más importante de las benzodiazepinas en psiquiatría es el tratamiento de la ansiedad (tanto del trastorno idiopático de ansiedad generalizada como de la ansiedad asociada con vivencias específicas). La mayoría de los pacientes deben ser tratados durante periodos breves y determinados. Algunos, sin embargo, pueden presentar un trastorno que requiere el mantenimiento de la medicación.

La decisión de tratar la ansiedad con una benzodiazepina debe considerarse con cuidado. Es preciso descartar causas orgánicas de la ansiedad, como disfunción tiroidea, cafeinismo y fármacos. Al comienzo debe estimarse su probable duración, y la necesidad de continuarlo debe evaluarse, al menos, mensualmente. Cuando sea necesario interrumpir la medicación, es preciso disminuir las dosis lentamente (en un 25% por semana); de otra manera, probablemente, se produzca recurrencia de síntomas o efecto rebote.

Los niños y los ancianos son más susceptibles que los adultos jóvenes a los efectos colaterales de las benzodiazepinas.

Las benzodiazepinas pueden administrarse para tratar otras enfermedades además de los trastornos de ansiedad.

En la práctica clínica, se hace imprescindible elegir entre las benzodiazepinas disponibles. Los fármacos difieren principalmente en su vida media. Otra diferencia reside en la rapidez del icinio del efecto ansiolítico y en la potencia.

La combinación más común es administrar benzodiazepinas como hipnóticos en casos tratados con otros fármacos por esquizofrenia o trastornos del estado de ánimo. La combinación de benzodiazepinas y de un antidepresivo está indicada en el tratamiento de personas deprimidas marcadamente ansiosas o de pacientes con trastornos por angustia. La combinación de benzodiazepinas con antidepresivos tricíclicos puede mejorar el cumplimiento reduciendo los efectos adversos subjetivos y provocando una inmediata disminución de la ansiedad y el insomnio.

Efectos secundarios

El efecto adverso más común de las benzodiazepinas es la somnolencia, y ocurre en, aproximadamente, el 10% de los casos. Mientras se recibe medicación es aconsejable evitar conducir vehículos o máquinas peligrosas (aunque la práctica clínica nos dice que en personas con niveles de ansiedad importantes y en tratamientos prolongados la capacidad para realizar este tipo de actividades realmente no aparece disminuida). Los efectos adversos de la benzodiazepinas se presentan cuando, al mismo tiempo, se ingieren otras sustancias sedantes, como el alcohol, que está ABSOLUTAMENTE CONTRAINDICADA su asociación. Las combinaciones de benzodiazepinas entre si o con otros fármacos sedantes pueden producir somnolencia marcada, desinhibición e incluso depresión respiratoria.

Otros efectos adversos, relativamente raros, son: debilidad, náuseas, vómitos, visión borrosa, molestias epigástricas, déficits cognitivos (amnesia anterógrada), efectos paradójicos, reacciones alérgicas (erupción macular y prurito generalizado).

Las benzodiazepinas pueden producir deficiencias respiratorias clínicamente significativas en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica o apnea del sueño.

Deben administrarse con precaución cuando existen antecedentes de abuso de drogas, enfermedad renal o hepática, porfiria, depresión del SNC o miastenia grave.

Interacciones medicamentosas

La cimetidina (TagametR), el disulfiram (AntabusR), la isoniazida (RimifonR, Cemidon 150R) y los estrógenos aumentan los niveles plasmáticos de las 2-ceto-benzodiazepinas.

Los antiácidos y los alimentos pueden disminuir la absorción de las benzodiazepinas y el tabaco puede incrementar su metabolismo.

Las benzodiazepinas pueden aumentar los niveles plasmáticos de difenilhidantoína y digoxina.

La ataxia y la disartria ocurren cuando se cominan dosis relativamente altas de Litio, antipsicóticos y clonazepam.

Abuso y dependencia

Algunas personas se drogan con dosis únicas de benzodiazepinas. Los pacientes a los cuales se les ha prescrito banzodiazepinas pueden presentar dependencia física y psíquica e insistir en tomarlas contra el consejo del médico. El síndrome de abstinencia existe, aunque es mucho menos frecuente que el producido por otros fármacos de esta clase (barbitúricos y carbamatos).

Sobredosis

La sobredosis de benzodiazepinas tiene un pronóstico previsiblemente favorable, a menos que se hayan ingerido también otras sustancias como alcohol, antipsicóticos y antidepresivos. La clínica que producen es de depresión respiratoria, coma, convulsiones y muerte. El abordaje de este tipo de situaciones se debe realizar a nivel hospitalario, existiendo un antagonista de las benzodiazepinas, el FLUMAZENIL (AnaxateR) que realiza una inhibición competitiva sobre los efectos ejercidos sobre el SNC por las sustancias que actúan a través de los receptores benzodiazepínicos.

Uso prolongado de Benzodiacepinas

La patología de los trastornos de ansiedad viene generando desde hace años uno de los problemas que más preocupa a los profesionales de la Atención Primaria: el "enganche" de determinados pacientes al consumo no abusivo pero sí prolongado de este tipo de fármacos.

Hemos de tener siempre en mente que algunas situaciones clínicas vienen potenciadas por situaciones vivenciales anómalas de difícil resolución desde la perspectiva médica-psicológica y que se benefician, no obstante, de pequeñas cantidades de BDZs.

El abordaje y manejo de las mismas hace aconsejable que la prescripción de benzodiazepinas se realice siempre bajo criterios restrictivos, informando al usuario del "peligro" que corren por tratarse de medicaciones que pueden generar tolerancia y dependencia.

En caso de tomas la decisión de iniciar una reducción el tratamiento ésta deberá realizarse sin prisas y de forma escalonada, siendo útil para estos casos manejar fármacos cuya presentación comercial esté en forma de comprimidos.

Por ejemplo:

CLORACEPATO	DORKEN 5mgs comp.	1	1	1
		1	1/2	1
		1/2	1/2	1
		1/2	0	1
		1/2	0	1/2
		0	0	1/2
		0	0	0

Benzodiazepinas en ancianos

Los ancianos son pronesos especialmente a los efetctos secundarios de BZP:

a) Por deficiencias en la biotransformación hepática que provoca acumulación.
b) Alta sunsibilidad a la acción farmacológica y con dosis bajas presentan los efectos beneficiosos y los perjudiciales.

Regla para tratamiento de pacientes geriátricos con BZP:

1) Seleccionar una BZP que no sufra biotransformación hepática y que no se acumulen.
2) Ajustar progresivamente la dosis. Se postula, en general que la dosis en ancianos debe ser la mitad que la de adultos jóvenes.

Benzodiazepinas como hipnóticos

Las características interesantes de un hipnótico son:

a) Velocidad de absorción muy rápida.
b) Tiempo de acción corto (4-6 horas).

a) Esta característica es imprescindible para que alcance con rapidez, concentraciones terapeúticas en el tejido cerebral.
b) La duración de acción se ajusta al periodo natural del sueño: Ni demasiado corta (2-3- horas), ni demasiado larga (> 8 horas). Esto se relaciona con la vida media de eliminación.

Los criterios para seleccionar un hipnótico podrían referirse a los tipos de insomnio que presente el paciente. Aunque la gama de hipnóticos con la que actualmente contamos en la práctica cubren las características referidas al principio. Hay un grupo (fluracepan, nitracepan y quiacepan) que producen somnolencia y sedación como efectos secundarios principales y que se pueden utilizar cuando estos efectos residuales sean beneficiosos.

Un principio básico es evitar tratamientos continuados o muy largo con hipnóticos, pues éste régimen lleva casi inevitablemente a la acumulación de metabolitos activos. La verdadera acción hipnótica se produce cuando estos fármacos se utilizan en cortos periodos y de forma esporádica.

Los nuevos preparados hipnóticos, zopiclona, zolpiden, son diferentes farmacológicamente a las benzodiazepinas pero aun carecemos de información y experiencia sobre su uso.

Clasificación

PRINCIPIO ACTIVO	ACCION L: larga M: media C: corta L	M	C	VIDA MEDIA HORAS	RANGO DOSIS mgr/dia	METABOLITOS ACTIVOS	VELOCIDAD ABSORCION ORAL
1) ALPRAZOLAN		*		6-16	1-4	NO	Muy rápida
2) BENTACEPAN			*	2-4'5	75-150		
3) BROMACEPAN		*		8-19	1'5-12	SI	Muy rápida
4) BROTIZOLAN *			*	5-7	0'25-0'50	NO	Muy rápida
5) CLOBAZAN		*		15-30	10-60	SI	
6) CLORACEPATO	*			50-100	5-100	SI	Rápida
7) CLOTIACEPAN			*	4-8	5-15	NO	Muy rápida
8) DIAZEPAN	*			20-96	5-50	SI	Muy rápida
9) FLUNITRACEPAN *	*			15-20	2-4	SI	Muy rápida
10) FLURACEPAN*	*			47-100	15-45	SI	Muy rápido
11) HALACEPAN	*			14-76	80-160	SI	Lenta
12) KETAZOLAN	*			52	15-60		
13) LORACEPAN			*	10-20	1-5	NO	Lento
14) LORMETACEPAN*			*	8-12	1-2		Muy rápida
15) LORPRAZOLAN*			*	8-12	1-2		Muy rápida
16) NITRACEPAN*		*		15-38	5-10	NO	Rápida
17) OXACEPAN			*	3-20	15-120	NO	Lenta
18) PINACEPAN		*		18-40	2'5-30	SI	Muy rápida
19) TRIAZOLAN*			*	5-10	0'25-1	NO	Muy rápida

* *Comercializados como hipnóticos*

** *Estas dosis sirven de referencia para adultos jóvenes. Las dosis como siempre serán individualizadas según cada paciente (su clínica, edad, estado somático...) y según tolerancia y respuesta clínica.*

Ansiolíticos o hipnóticos diferentes a las Benzodiazepinas

PRINCIPIO	DOSIS HABITUAL MG/DIA
Buspirona	20-30
Zolpiden*	10
Meprobamato	400-1200
Zopiclona*	7,5
Clormetiazol	Dosis muy variadas según su la utilización que se haga del fármaco.
Doxilamina*	25

* *Acción hipnótica. Una sola toma 1/2 hora antes de acostarse*

5. BIBLIOGRAFIA

BIBLIOGRAFIA

1. BERNARDO ARROYO, M.; ALBERNY IGLESIAS (1987). Usos de Psicofármacos en Atención Primaria. Sociedad Catalana de Medicina Psicosomática.

2. BARLOW, D.H.; GRASKE, M. (1993). Domine la Ansiedad y el Pánico. V.E. Julio Martín García-Sancho. Murcia.

3. TYRER, P. (1992). Clasificación de la Neurosis. Diez de Santos, S.A. Madrid.

4. CLIMENT, C. ARANGO, M.ª V. (1983). Manual de Psiquiatría para trabajadores de Atención Primaria. Universidad del Valle-Cali. Columbia. Organización Panamericana de la Salud.

5. KAPLAN, H.I., SADOCK, B.J. (1990). Psiquiatría clínica. Colección Manuales Médicos. Ed. Médica Hispano-Americana.

6. VALLEJO, J. (1993). Arboles de Decisión en Psiquiatría. Ed. Jims.

7. VALLEJO, J.; BALBUENA, A.; GONZÁLEZ, A. (1989). Introducción a la psicopatología y de Psiquiatría. Ed. Salvat.

8. BERNARDO, M., CUBI, R. (1989). Detección de trastornos Psicopatológicos en Atención Primaria. Sociedad Catalana de Medicina Psicosomática.

9. RODRÍGUEZ SENDIN, J.J. (1993). Habilidades en Salud Mental, para médicos camaradas. Labor Beecham, S.A.

10. CABRERA BANET, R. et al. (1993). Toxicología de los Psicofármacos. Distribución Labor Beecham, S.A.

11. MARTÍN TUSQUETS, J.L., MURCIA GRAU, M. (1989). Vademecum de Psicofármacos. Ed. JIMS, S.A. Barcelona. Laboratorios Prodes.

12. CARRASCO, J.L.; AYUSO, J.L; PROUS, J.R. (1993). Guía práctica de trastornos depresivos en la Asistencia Primaria. Barcelona.

13 APARICIO, D.; et al. (1992). Monografías clínicas en Atención Primaria. Salud Mental. Ed. Doyma. Barcelona.

14. VALLEJO, J. (1986). Estados Obsesivos. Ed. Salvat, Barcelona.

15. GASTO, C., VALLEJO, J. (1993). Depresiones crónicas. Ed. Doyma.

16. TALBOTT; HALES; YUDOFSKY. (1989). Tratado de Psiquiatría. Ancara S.A.

17. LÓPEZ, IBOR; RUIZ OGARA; BARCIA SALORIO (1982). Psiquiatría. Toray.

18. BERNARD P. (1977). Manual del A.T.S. Psiquiátrico. Toray-Massón.

19. SCHARFETTER CH. (1979). Introducción a la Psicopatología General. Edic. Morala.

20. SEVA DÍAZ, A. (1985). La observación y el tratamiento del paciente psiquiátrico. Zaragoza (Roche).

21. KIELHOLZ, P. (1985). El médico no psiquiatra y sus pacientes depresivos. Edit. Herder. Berna.

22. SAIZ, J. (1993). La Ansiedad. Ed. Emeka.

23. Trastornos mentales y del Comportamiento (CIE-10) (1993). Ed. Meditar.

24. Asociación Americana de Psiquiatría (APA). (1989). Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales DSM III-R. Ed. Masson.

25. Seminarios de Actualización en Psiquiatría clínica. Trastornos de ansiedad. (1993). PSIQUIS. Suplemento 2.

26. Ministerio de Sanidad y Consumo. (1987). Guía Farmacológica para la Atención Primaria.

27. SCAN (Cuestionario para evaluación clínica de Neuropsiquiatría). (1993). Servicio Psiquiatría. Hospital Universitario. Marqués de Valdocello. Unidad de Investigación en Psiquiatría Social. Santander.

28. Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales. (1992). Plan Regional de Salud. Murcia.

29. Consejería de Sanidad. (1988). Documento de bases para la reforma de la Atención a la Salud Mental. Murcia.

30. BUENO, J.A.; SABANÉS, F.; SALVADOR, L.; GASCÓN, J. (1988). Psicofarmacología clínica, Ed. Salvat, Barcelona.

31. FEIGHNER, J.P.; BOYER W.F. (1991). Tratamiento a largo plazo de la depresión. Ed. Wiley, Chichester.

32. SOLER, P.A.; GASCÓN, J. (1994). Recomendaciones terapéuticas básicas en los trastornos mentales, Comité Interhospitalario de Psiquiatría, Ed. Salvat, Barcelona.

33. PEISKER V. (1994). Mini V-I Vademecum Internacional, Ed. Medicom, Madrid.

34. BENKERT, O.; HIPPIUS, H. (1982). Farmacoterapia Psiquiátrica, Ed. Eunsa, Navarra.

35. BARLOW, D.H.; CRASKE, M.G. (1993). Domine la ansiedad y el pánico, Ed. Julio Martín, Murcia.

36. MONTGOMERY, S.A. (1993). Depresión y ansiedad. The International Monitor, Vol. I, n.º 3.