

Guía de Estudio IV

DEPRESIÓN Y ANSIEDAD

TABLA DE CONTENIDO

1. INTRODUCCIÓN

2. OBJETIVOS

2.1 General

2.2 Específicos

3. DEPRESIÓN

3.1 Etiología de la Depresión

Cuadro 1. Causas Orgánicas de la Depresión

3.2 Episodio Depresivo

3.2.1 Síntomas

3.2.2 Clasificación

3.3 Como abordar el Diagnostico

3.3.1 Anamnesis

3.3.2 Aplicación de Tamizajes

3.3.3 Exploración Física

3.3.4 Exploraciones Complementarias

3.4 Diagnostico y Diagnostico Diferencial

Grafico 1. Algoritmo Diagnostico Depresión

Cuadro 2. Criterios Diagnósticos de Episodio Depresivo según CIE 10

3.5 Abordaje de la Depresión

3.5.1 Intervenciones Psicológicas

Cuadro 3. Resumen de la recomendaciones sobre la información específica para el paciente y su familia recogidas en el CIE 10 de atención Primaria.

3.5.2 Tratamiento Farmacológico

3.5.2.1 Antidepresivos

3.5.2.2 Dosis

3.5.2.3 Efectos Secundarios

3.5.2.4 Respuesta al Tratamiento

3.5.3 Tratamiento de Continuación

3.6 Depresión en Situaciones Especiales

3.6.1 Adulto Mayor y Demencia

3.6.2 Niños y Adolescentes

3.6.3 Embarazo

3.6.4 Lactancia

3.6.5 Enfermedades Cardiovasculares

3.7 Situaciones en la que se considera la depresión como urgencia

3.8 Criterios de remisión

3.9 Distimia

3.9.1 Abordaje de la Distimia

Cuadro 4. Criterios de Diagnóstico de la Distimia CIE 10

3.10 Normas Básicas para la Prevención de Problemas de Depresión

4. SÍNDROME DE ANSIEDAD

Cuadro 5. Síntomas de Ansiedad

4.1 Enfoque Inicial Ante Un Paciente Con Síntomas Que Sugieren Un Problema De Ansiedad

Grafico 2 Algoritmo Diagnóstico de Ansiedad

Cuadro 6. Enfermedades médicas que pueden producir cuadros de ansiedad

Cuadro 7. Sustancia que pueden producir ansiedad

4.2 Diagnóstico y Diagnóstico Diferencial de la Ansiedad

4.3 Manejo de la Ansiedad

4.3.1 Manejo Psicológico

4.3.2 Manejo Farmacológico

Grafico 3 Algoritmo manejo Farmacológico

4.4 Trastornos de Ansiedad Primaria

4.5 Trastorno de Ansiedad Generalizada

4.6 Fobias

4.6.1 Tratamiento

4.6.1.1 Terapia Psicológica

4.6.1.2 Tratamiento Farmacológico

4.6.2 Abordaje de los Síntomas de Retirada

4.6.3 Seguimiento de Tratamiento Antidepresivo

4.7 Trastornos de Pánico

4.7.1 Diagnóstico Diferencial

4.7.2 Evolución y Pronóstico

4.7.3 Recomendaciones para el Tratamiento del Trastorno de Pánico

4.7.3.1 Tratamiento de Urgencia de La Crisis o Ataque de Pánico

4.7.3.1.1 Tratamiento No Farmacológico

4.7.3.1.2 Tratamiento Farmacológico

4.7.4 Tratamiento de Mantenimiento del Trastorno de Pánico

4.7.4.1 Terapia Psicológica

4.7.4.1 Tratamiento Farmacológico

4.8 Trastorno Mixto Ansioso-Depresivo

4.8.1 Diagnóstico Diferencial

4.8.2 Tratamiento

Grafico 4 Algoritmo Trastorno de Pánico

4.9 Otros Trastornos de Ansiedad

4.10 Que No hacer en los Trastornos de Ansiedad

4.11 Normas básicas para la prevención de ansiedad y estrés

5. ACTIVIDADES

6. LECTURAS RECOMENDADAS

7. BIBLIOGRAFÍA.

1. INTRODUCCIÓN

La presente guía de trabajo aporta a todas aquellas personas interesadas en trabajar por la salud mental, algunas consideraciones suficientes y necesarias a la hora de abordar personas con posibles trastornos del afecto como la depresión y la ansiedad. El modulo diferencia los tipos de depresión y ansiedad, sus manifestaciones, los riesgos de no ser tratada oportunamente, el abordaje inicial y el tratamiento. De igual manera hace una diferenciación importante de sus manifestaciones y la gravedad con el fin de que el personal que detecta el caso pueda definir su manejo en forma oportuna y adecuada.

2. OBJETIVOS

2.1 GENERAL:

Brindar un material de estudio relacionados con la ansiedad y depresión al personal de salud y a todos los actores sociales involucrados en el manejo de la salud mental en cada municipio.

2.2 ESPECIFICOS:

1. Brindar conocimientos básicos al personal de salud para la identificación de los casos de ansiedad y depresión.
2. Permitir que el personal de salud de primer nivel a través de sus diferentes programas contribuya en la captación temprana de todos aquellos pacientes que presenten alguna sintomatología para ansiedad o depresión, lo cual permita realizar diagnóstico y tratamiento oportuno.
3. Ofrecer al personal de salud herramientas útiles para proporcionar educación sobre el manejo de ansiedad y/o depresión al paciente y su familia.

3. DEPRESIÓN

Es un trastorno del estado de ánimo caracterizado por un conjunto de síntomas que afectan principalmente a la esfera afectiva y cognitiva: la tristeza patológica, el decaimiento, irritabilidad, falta de interés o placer por las actividades, dificultad para concentrarse, falta de energía, pensamientos de muerte, suicidio, de desesperanza, de incapacidad y culpa que limitan la actividad vital habitual.



3.1 ETIOLOGÍA DE LA DEPRESIÓN:

- No hay causa única, es MULTIFACTORIAL
- Combinación de factores:
- Genéticos: antecedentes familiares de depresión
- Biológicos: es más frecuente en mujeres
- Ambientales: situación adversa como perdida parental temprana, abuso sexual en la infancia, abuso físico, estilo educacional y pobre percepción del papel dentro de la familia.

Cuadro 1

Causas Orgánicas de la Depresión	
<ul style="list-style-type: none"> • Toxicas: Adicciones. • Metabólicas: Diabetes, Hipoglucemia. • Infecciosas: Hepatitis, Encefalitis, Mononucleosis Infecciosa, Tuberculosis. • Endocrinas: Hipotiroidismo, Enfermedad de Addison, Síndrome de Cushing • Tumorales: Cáncer de cabeza del páncreas, Tumores del lóbulo frontal. • Reumatológicas: Artritis Reumatoide , Lupus Eritematoso Sistémico • Ginecológicas: Menopausia 	<ul style="list-style-type: none"> • Obstétricas: Depresión puerperal, Embarazo. • Neurológicas: Enfermedad de Parkinson, Esclerosis múltiple. • Vasculares: Enfermedad Cerebro Vascular • Medicamentosas: Beta-bloqueadores Cimetidina. Espironolactona, Metoclopramida, Metronidazol, Ranitidina, Vinblastina, Vincristina. • Hematológicas: Anemia. • Traumáticas: Trauma Craneoencefálico

3.2 EPISODIO DEPRESIVO.

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

La Tristeza Normal: Los sentimientos normales de infelicidad, abatimiento o desánimo, que son reacciones habituales y adecuadas ante acontecimientos o situaciones personales difíciles. El duelo ante la pérdida de una persona amada es un ejemplo característico de situación que puede ser vivida con “normalidad” o generar una afectación patológica.

La Tristeza Patológica: El trastorno depresivo.

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

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

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

2. Respuesta afectiva desproporcionada:

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

3. Trastorno Depresivo Mayor:

Estado patológico en el que se pierde la satisfacción de vivir, la capacidad de actuar, y la esperanza de recuperar el bienestar. Con frecuencia, el trastorno depresivo suele aparecer de forma no reactiva, es decir sin un evento estresor evidente. En los países con estaciones se observa la mayor prevalencia en invierno.

La prevalencia del trastorno depresivo mayor en adultos es entre el 5 y 9%.

3.2.1 SÍNTOMAS

Los síntomas típicos del trastorno depresivo son:

- **Ánimo bajo la mayor parte del tiempo**
- **Anhedonia (falta de disfrute y placer)**

Con frecuencia se presentan:

Síntomas Físicos: Dolores, astenia, trastornos del apetito, disminución de la libido, agitación, pérdida o aumento de apetito y de peso, insomnio o somnolencia diurna, enlentecimiento psicomotor, fatigabilidad, cansancio fácil, falta de energía

Síntomas Asociados: Culpabilidad o baja autoestima, falta de concentración, pensamientos o actos suicidas.

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

3.2.2 CLASIFICACIÓN:

Según la gravedad el episodio depresivo puede ser:

- Leve.
- Moderado.
- Grave.

Según el curso puede ser:

- Episodio único (el primero)
- Episodio recurrente



3.3 ¿CÓMO ABORDAR EL DIAGNÓSTICO?

3.3.1 ANAMNESIS:

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

3.3.2 APLICACIÓN DE TAMIZAJES: Los Cuestionarios, como la Escala de Ansiedad y Depresión de Zung (Revisar Guía de Estudio 2), pueden servir de ayuda, pero nunca para realizar el diagnóstico, el cual se basa fundamentalmente en la entrevista clínica.

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



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

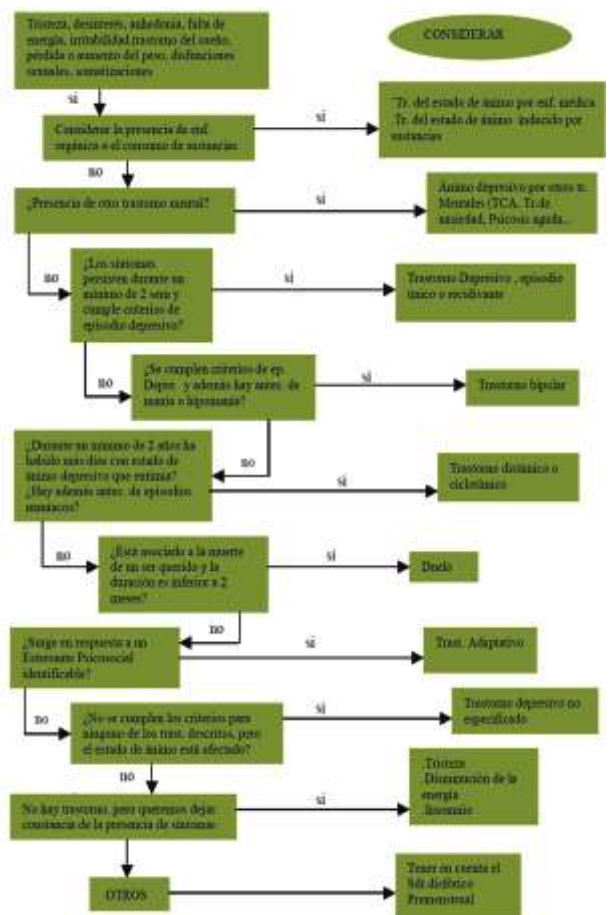
3.3.4 EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS:

- **Exámenes de Laboratorio:** Hemograma, glucemia, pruebas de función renal y hepática, pruebas de función tiroidea (TSH, T4), Serología (VDRL).
- **TAC:** si se sospecha patología cerebral.

3.4 DIAGNÓSTICO Y DIAGNOSTICO DIFERENCIAL



GRAFICO 1 ALGORITMO DIAGNOSTICO DE LA DEPRESIÓN



Cuadro 2. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE EPISODIO DEPRESIVO SEGÚN LA CIE-10

Información obtenida a través de la entrevista clínica.

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

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

- **Disminución de la atención y concentración**
- **Pérdida de la confianza en sí mismo y sentimientos de inferioridad**
- **Ideas de culpa y de ser inútil**
- **Una perspectiva sombría de futuro**
- **Pensamientos y actos suicidas o de autoagresiones**
- **Trastornos del sueño.**
- **Pérdida del apetito**



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

El paciente con episodio depresivo leve suele tener dificultades para llevar a cabo su actividad laboral y social, aunque es probable que no las deje por completo.

En el caso de episodio moderado, las dificultades son grandes para poder continuar desarrollando su actividad social, laboral o doméstica.

La depresión del estado de ánimo varía escasamente de un día para otro y no suele responder a cambios ambientales, aunque puede presentar variaciones circadianas características. (Hablamos de que una depresión presenta variación circadiana cuando el estado de ánimo depresivo es peor por la mañana, inmediatamente después de despertar y mejora a medida que avanza el día. Es un fenómeno propio de las depresiones melancólicas)

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

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

3.5 ABORDAJE DE LA DEPRESIÓN

3.5.1 INTERVENCIONES PSICOLÓGICAS:

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

En un nivel básico y como escenario de fondo común al abordaje de todos los trastornos, los profesionales de Atención Primaria deben realizar Psicoterapia de apoyo. En un segundo nivel, algunos pacientes pueden requerir de psicoterapia sistemática, más propia del segundo nivel asistencial. Sin embargo, existen algunos modelos (Terapia de resolución de problemas, Terapia cognitivo-conductual breve, Terapia interpersonal sistémica, Terapia familiar breve.) que pueden ser utilizados en el primer nivel de atención.

Cuadro 3

- La depresión es una enfermedad frecuente, para la que disponemos de un tratamiento. La mayoría de los pacientes se recuperan sin secuelas.
- La enfermedad no está causada por una dejadez o pereza de orden moral.
- Conviene preguntar abiertamente sobre el riesgo de suicidio, y los planes al respecto si los hubiera. Las ideas de suicidio surgen como resultado de la propia enfermedad, y no son un síntoma de locura. Puede ser necesario pedir una estrecha vigilancia por parte de familiares o amigos.
- La ideación pesimista está promovida por estado depresivo. Evitar tomar decisiones importantes en esas condiciones.
- No forzar u obligar al paciente a actividades personales, sociales, laborales, para las que no se ve capacitado. Al mejorar en su estado podrá reanudarlas.
- La depresión también puede conllevar una inapetencia sexual, junto a una vivencia de incapacidad para amar y ser amado.
- Reforzar las estrategias de afrontamiento del paciente ante hechos de la vida cotidiana. Subrayar los cambios positivos.
- Los antidepresivos tienen un período de latencia para su comienzo de acción.
- A partir del efecto, el paciente debe saber que el tratamiento se debe llevar a cabo por lo menos durante 6 meses a fin de evitar recaídas.



3.5.2 TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO:

3.5.2.1 ANTIDEPRESIVOS (AD):

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

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

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

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

- **Elección del Antidepresivo: En la elección del antidepresivo se debe considerar:**

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

- **El costo económico.**

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

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

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

3.5.2.2 Dosis:

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

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

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

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



3.5.2.3 Efectos Secundarios:

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

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

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

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

3.5.2.4 Respuesta al tratamiento:

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

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

3.5.3 TRATAMIENTO DE CONTINUACIÓN:

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

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

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

Suspensión o Reducción de Antidepresivos: Debemos informar a los pacientes de la posibilidad de un síndrome de abstinencia o de retirada al suspender o reducir la dosis de los antidepresivos.



La supresión brusca de un ISRS, se conoce como rebote serotoninérgico, y cursa con malestar general, mareos, náuseas, temblores, alteraciones del sueño, parestesias, confusión.

En el caso de que el paciente presente síntomas de retirada, debe consultar al médico. Si son leves, se le debe tranquilizar y hacerle un seguimiento de la evolución clínica.

En los casos de síntomas más graves, se puede reintroducir el antidepresivo original a la dosis efectiva (u otro antidepresivo de vida media más larga de la misma clase) y reducir gradualmente la dosis mientras se monitorizan los síntomas.

Para evitar el síndrome de retirada, la medicación debe ser progresiva y gradual: disminuir un $\frac{1}{4}$ de la dosis cada 2 semanas hasta suspenderlo en 6-8 semanas. Algunas personas pueden precisar períodos más largos.

La fluoxetina, por su vida media larga, se puede suspender en un periodo más corto. Con la paroxetina o la velanfaxina, antidepresivos de vida media corta, hay que extremar las precauciones.

3.6 DEPRESIÓN EN SITUACIONES ESPECIALES

3.6.1 ADULTO MAYOR Y DEMENCIA

Signos y síntomas en el Adulto Mayor:

- La alteración del estado de ánimo puede ser poco significativa.
- Puede presentarse enmascarada con otros síntomas como:
 - Pérdida de apetito.
 - Fallas amnésicas.
 - Insomnio.
 - Pérdida de interés por el entorno.
 - Quejas somáticas.
 - Pensamientos hipocondríacos.
 - Ansiedad o irritabilidad.



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

3.6.2 NIÑOS Y ADOLESCENTES

Signos y Síntomas en Pre-escolares:

- Apatía.
- Falta de interés en el juego.
- Llanto fácil y frecuente

Signos y Síntomas en Escolares

- Apatía y mal humor.
- Irritabilidad más de lo habitual.
- Apariencia “triste”.
- Se desanima fácilmente.
- Se queja de estar “aburrido”.
- Más distante con familiares y amigos.
- Dificultad en el rendimiento escolar.
- Habla mucho de la muerte o de temas relacionados

Signos y Síntomas en el Adolescente:

- Siempre está cansado.
- Abandono de actividades favoritas.
- Tiene más discusiones con sus padres y profesores.
- Rechaza las tareas escolares o el trabajo de la casa.
- Se involucra en comportamientos auto lesivos.
- Tiene pensamientos suicidas.
- El estado de ánimo puede mejorar por períodos cortos y experimentar alegría frente a eventos positivos.



TRATAMIENTO. Existen pocos datos sobre la eficacia y seguridad de los antidepresivos en menores de 18 años. En general, no se recomienda su uso en primer nivel.

3.6.3 EMBARAZO

Signos y síntomas:

- Problemas de concentración.
- Ansiedad extrema.
- Sentirse sumamente irritable.
- Problemas para conciliar el sueño o padecer de insomnio.
- Fatiga.
- Cambios en los hábitos alimenticios.
- Pérdida de interés o falta de placer al realizar actividades que solía disfrutar.
- Cambios de humor exagerados.
- Sentirse triste constantemente.
- Tener pensamientos relacionados con dañarse a sí mismo o a otras personas.

•TRATAMIENTO.

Los antidepresivos sólo deben usarse en el embarazo si el beneficio supera claramente al riesgo. En caso necesario, la fluoxetina es el ISRS con menor riesgo conocido durante el embarazo y con menor riesgo fetal, tomando precauciones en el último trimestre por riesgo de abstinencia neonatal. La paroxetina, tomada en el primer trimestre, produce malformaciones cardíacas fetales, así como riesgo de abstinencia neonatal.

3.6.4 LACTANCIA

Signos y síntomas asociados a depresión postparto:

- Alteraciones del sueño o del apetito.
- Fatiga.
- Disminución de la libido.
- Animo bajo.
- Pérdida de la capacidad de disfrute y ansiedad.
- Preocupaciones obsesivas por la salud del bebé

TRATAMIENTO. En general, todos están presentes en la leche materna cuando la mujer los toma. La sertralina es el antidepresivo de elección en la lactancia, por presentar niveles más bajos en la leche materna, pero sin efectos adversos conocidos cuando se utiliza a corto plazo.



3.6.5 ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR

Signos y síntomas:

- Sensaciones displacenteras.
- Astenia.
- Tensión muscular y abdominal.
- Sensación de ahogo respiratorio.
- Síntomas gastrointestinales.
- Síntomas cardiovasculares: como palpitaciones, dolor precordial opresivo y taquicardia.
- Los pacientes con enfermedades cardíacas que sufren depresión se ven aventajados por el peso de su enfermedad y tienen una menor calidad de vida que los que no padecen depresión.

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

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

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

3.7 SITUACIONES EN LAS QUE SE CONSIDERA LA DEPRESIÓN COMO URGENCIA

- Intento de suicidio
- Ideación suicida estructurada
- Síntomas psicóticos
- Hiporexia marcada que comprometa el estado de salud
- Ansiedad incapacitante

3.8 CRITERIOS REMISIÓN:

• La mayoría de los pacientes con depresión pueden ser atendidos en primer nivel de atención. Se deben remitir a Segundo Nivel:

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

3.9 DISTIMIA.

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

La característica esencial del trastorno distímico es un estado de ánimo crónicamente depresivo que está presente la mayor parte del día de la mayoría de los días durante al menos 2 años. En los niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable más que depresivo y la duración mínima exigida es sólo de 1 año.

Suele comenzar al iniciarse la edad adulta y evoluciona a lo largo de varios años, o bien es de duración indefinida. Cuando el comienzo es más tardío, suele ser la consecuencia de un episodio depresivo aislado o asociarse a pérdidas de seres queridos u otros factores estresantes manifiestos. Los enfermos tienen a menudo días o semanas en los que refieren encontrarse bien, pero durante la mayor parte del tiempo (frecuentemente durante meses seguidos) se sienten cansados y deprimidos, todo les supone un esfuerzo y nada les satisface. Predominan sentimientos de inferioridad o inadecuación, pesimismo, desesperanza, auto reproches, escasa capacidad para experimentar placer, dificultades de concentración, cansancio crónico o disminución de la productividad. Están meditabundos y quejumbrosos, duermen mal y se sienten incapaces de todo, aunque normalmente pueden hacer frente a las demandas básicas de la vida cotidiana, con unos niveles de funcionamiento personal y adaptación relativamente conservados.



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

3.9.1 ABORDAJE DE LA DISTIMIA:

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

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

Otras medidas que pueden resultar de utilidad son:

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

Cuadro 4.

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

3.10 NORMAS BÁSICAS PARA LA PREVENCIÓN DE PROBLEMAS DE DEPRESIÓN

La depresión depende de múltiples factores, tanto situacionales como personales, por lo tanto son muchas las variables sobre las que podemos incidir para conseguir prevenir o reducir la depresión.

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

B. Manejo del Sueño y de la Ansiedad: Abordar si existen problemas del sueño y de ansiedad, y dar consejo sobre el sueño y el manejo de la ansiedad, si el paciente lo precisa.

Los ansiolíticos y los hipnóticos pueden usarse como tratamiento coadyuvante para tratar la ansiedad y los trastornos del sueño, que con frecuencia acompañan a la depresión, siempre que las medidas no farmacológicas no sean suficientes, y

por cortos periodos de tiempo (no más de 2 a 4 semanas). Cuando los síntomas depresivos se acompañan de síntomas ansiosos, la primera prioridad es tratar la depresión. El tratamiento psicológico de la depresión a menudo reduce la ansiedad, y la mayoría de los antidepresivos tienen efectos sedantes/hipnóticos.

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

4. SÍNDROME DE ANSIEDAD

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

Ansiedad Normal: Constituye una respuesta adaptativa ante determinadas situaciones estresantes cotidianas. Cierta grado de ansiedad es incluso deseable para el manejo normal de las exigencias del día a día.

Ansiedad Patológica: Cuando la respuesta adaptativa se da de una manera inadecuada, bien porque la duración o intensidad son desproporcionadas, o porque la amenaza no puede objetivarse. Esto provoca en la persona malestar significativo, con síntomas que afectan tanto al plano físico, psicológico y conductual generalmente es un proceso crónico, que causa considerable morbilidad y mala calidad de vida y con frecuencia, no es reconocido ni tratado, a pesar de que existen intervenciones efectivas para tratarlo.



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

La ansiedad o síndrome de ansiedad, en sus diferentes manifestaciones, es un trastorno que ocurre muy frecuentemente. La identificación correcta puede ser muy sencilla, pero en algunas oportunidades no lo es por estar la enfermedad asociada a otras enfermedades o síntomas de tipo físico. El paciente que sufre de ansiedad puede presentar otros síntomas entre ellos, dolor de cabeza, dificultades en el sueño, se asusta con facilidad, temblor de manos, “nervios”, tensión, aburrimiento, o sensaciones desagradables en el estómago y cansancio fácil.

Además de los síntomas enunciados, se pueden investigar otros tales como sudoración excesiva, palpitaciones, sequedad en la boca, mareos, suspiros frecuentes, preocupación, miedo, visión pesimista de la vida, dificultad para concentrarse e irritabilidad.

El síndrome de ansiedad está comúnmente relacionado con la depresión, pero también es frecuente encontrarlo independientemente de aquélla, relacionado con situaciones difíciles que han ocurrido en la vida de las personas que promueven serias repercusiones en la calidad de vida de los pacientes. En muchos casos, los síntomas están asociados a problemas físicos de diversa índole; los síntomas de ansiedad, a su vez, agravan el problema físico y viceversa. Se establece por lo tanto un círculo vicioso entre el síntoma físico y la ansiedad.

Cuadro 5.

Síntomas físicos	Síntomas psicológicos y conductuales
Vegetativos: Sudoración, sequedad de boca, mareos, inestabilidad	Preocupación, aprensión
Neuromusculares: Temblor, tensión muscular, cefaleas, parestesias	Sensación de agobio
Cardiovasculares: Palpitaciones, taquicardias, dolor precordial	Miedo a perder el control, a volverse loco o sensación de muerte
Respiratorios: Disnea	Dificultad de concentración, quejas de pérdida de memoria
Digestivos: Náuseas, vómitos, dispepsia, diarreas, estreñimiento, aerofagia, meteorismo	Irritabilidad, inquietud, desasosiego
Genitourinario: Micción frecuente, problemas de la esfera sexual	Conducta de evitación de determinadas situaciones
	Inhibición o bloqueo psicomotor Obsesión o compulsiones

RECUERDE

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



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

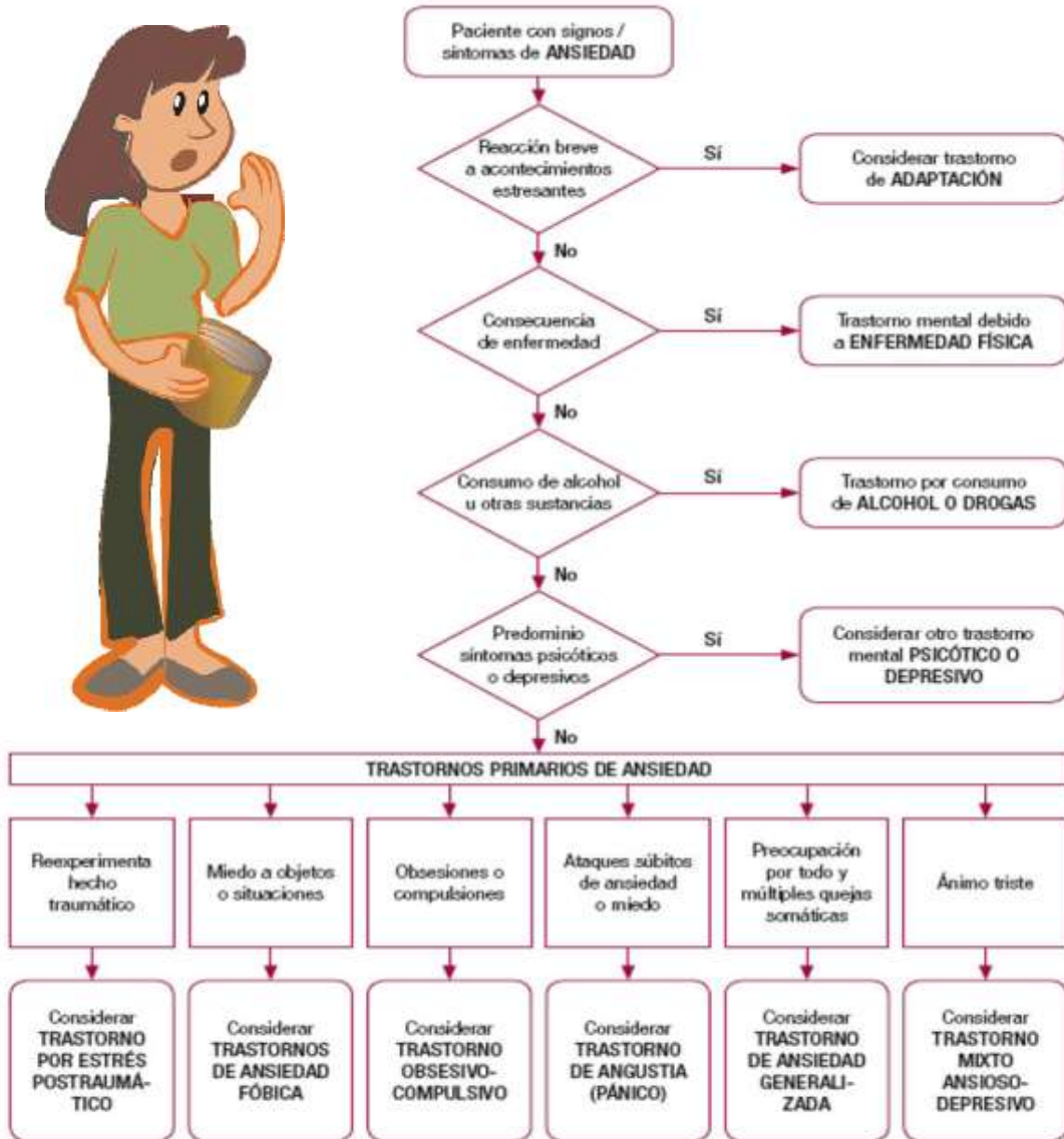
Es indispensable poder identificar y aun manejar estas situaciones en los diversos servicios de salud, aun mas cuando no hay disponibilidad inmediata de médico, pues de no recibir tratamiento adecuado los pacientes tienden a presentar complicaciones que pueden colocar en riesgo su salud.

Estos pacientes pueden llegar a la consulta por:

- Haber consultado o haber sido enviados, debido a que evidencian síntomas concretos de ansiedad. Es decir, se trata de alguien que reconoce su enfermedad y que busca alivio para su problema.
- Tratarse de un paciente que niega su ansiedad, pero esta es evidente para los observadores en cuanto esa persona llega a solicitar servicios de salud para un problema físico.

Es importante tener en cuenta que dentro de los Síndromes Ansiedad se encuentran diferentes enfermedades que serán de impresión diagnóstica por parte del médico general y diagnóstico por parte de psiquiatría en los casos que corresponda.

Grafico 2. Algoritmo Diagnóstico Ansiedad.



Fuente: Modificado de: Pascual Pascual P, Vilena Fener A, Morena Rayo S, Téllez Lapeira J. M. *El paciente ansioso*. [Internet]. Fistera.com; 2005.

4.2 DIAGNÓSTICO Y DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Cuadro 6.

ENFERMEDADES MÉDICAS QUE PUEDEN PRODUCIR CUADROS DE ANSIEDAD	
<p>Trastornos Neurológicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Enfermedad de Wilson. • Enfermedad de Parkinson. • Enfermedad de Huntington. • Epilepsia temporal. • Esclerosis múltiple. • Encefalopatías. • Enfermedad Cerebro Vascular. • Hemorragia subaracnoidea. • Encefalitis. • Migraña. <p>Trastornos cardiorespiratorios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Infarto Agudo de Miocardio. • Insuficiencia Cardíaca. • Hipertensión Arterial. • Arritmias. • Prolapso válvula mitral • Hiperventilación hipoxia. • Asma bronquial. • Edema agudo de pulmón. <p>Déficits vitamínicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vitamina C, B12, Folatos, tiamina. 	<p>Trastornos endocrinos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hipertiroidismo. • Hipotiroidismo. • Hiperparatiroidismo. • Trastornos suprarrenales. • Insulinomas (hipoglucemias). • Trastornos del post-parto. • Síndrome carcinoide. <p>Enfermedades sistémicas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lupus Eritematoso Sistémico. • Artritis Reumatoide. • Arteritis temporal. <p>Tumores:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Páncreas. • Sistema Nervioso Central. • Feocromocitoma. • Carcinomatosis. <p>Causas infecciosas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hepatitis. • Tuberculosis. • SIDA. • Infecciones crónicas.

Cuadro 7.

SUSTANCIAS QUE PUEDEN PRODUCIR ANSIEDAD			
<p>TÓXICOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cafeína. • Alcohol. • Anfetaminas. • Cocaína. • Inhalantes. • Alucinógenos. • Cannabis. 	<p>FÁRMACOS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Analgésicos. • Antiinflamatorios. • Anticonceptivos. • Adrenalina. • Antihipertensivos. • Antipsicóticos. • Antidepresivos. 	<p>SUPRESIÓN:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Alcohol. • Opiáceos. • Cocaína. • Hipnóticos. • Ansiolíticos. 	<p>OTROS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Órgano fosforado. • Metales pesados. • CO2. • Pintura. • Gasolina.

4.3 MANEJO DE LA ANSIEDAD

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

- Anamnesis detallada.
- Exploración física individualizada.
- Pruebas complementarias:
 - Hemograma
 - VSG
 - Glicemia
 - Pruebas hepáticas y función renal.
 - TSH



4.3.1 MANEJO PSICOLÓGICO

Instaurar manejo de Primeros Auxilios Psicológicos, incluyendo las siguientes consideraciones:

- Se debe establecer una excelente relación con el paciente. Recordar que no se trata de establecer una relación social, ni de amistad, ni laboral con el paciente, pues de esa manera no se le podrá ayudar.
- Se debe dejar hablar al paciente sin interrumpirlo.
- Si el paciente empieza a referir asuntos que le molestan, ya sea sobre sí mismo o sobre otras personas, se debe tratar de cambiar el tema.
- Se le debe dar apoyo; esto consiste en actuar como alguien que comprende la situación difícil por la que pasa el paciente y que lo ayudará por un periodo limitado, es decir, le brindará esa sensación de seguridad que necesita el paciente.
- Se debe hablar con la familia.
- Citar dos o tres veces más y ofrecerse para estar disponible en caso necesario.
- Si los síntomas disminuyen, dar de alta; si, por el contrario, persisten, consultar con el supervisor.
- Si la angustia ha sido ocasionada por no saber enfrentar adecuadamente situaciones de la vida diaria y ello es obvio para el observador, se deben dar indicaciones específicas sobre el manejo de esas situaciones.
- Se debe insistir sobre la importancia de una dieta adecuada, y el ejercicio.

4.3.2 MANEJO FARMACOLÓGICO

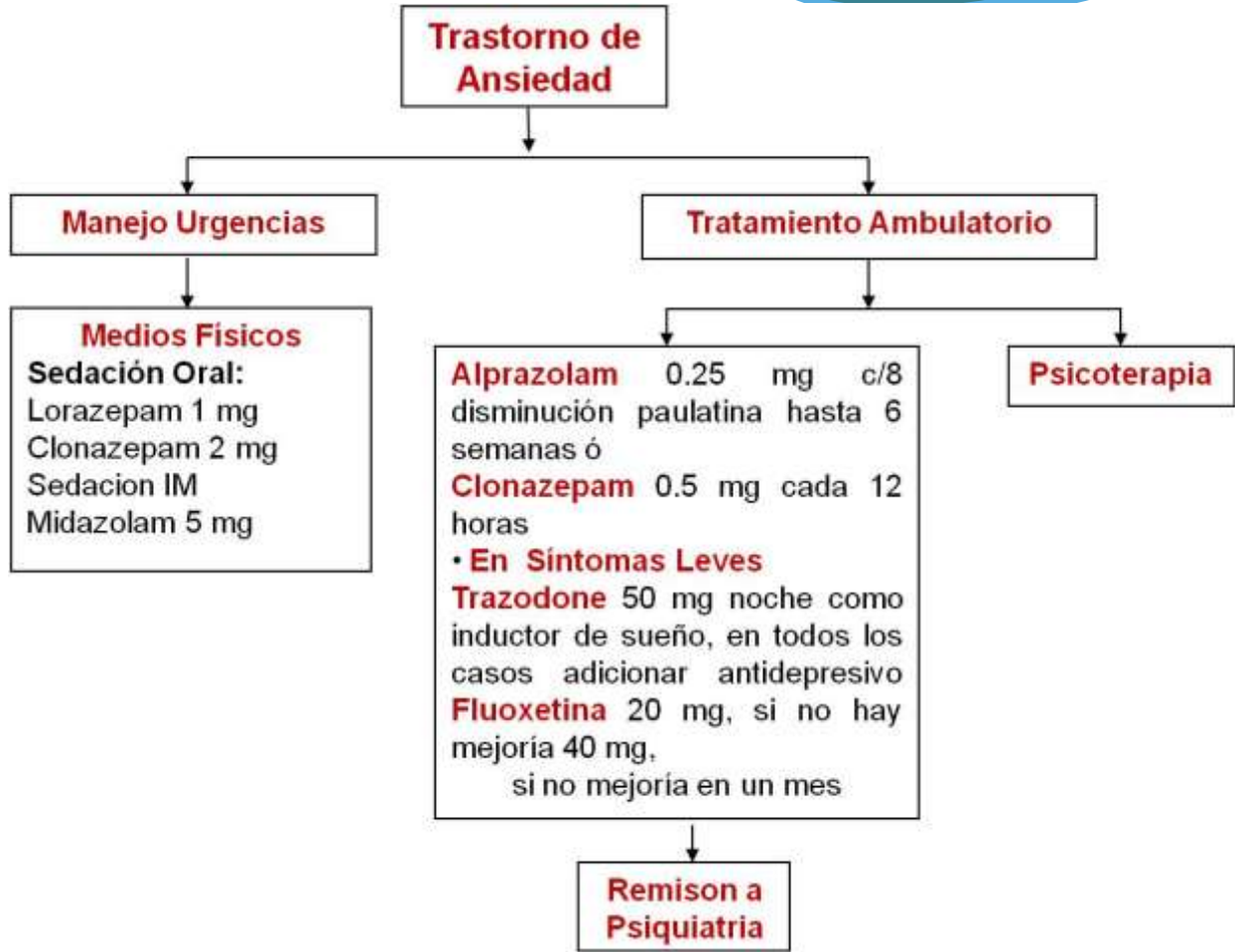
El tratamiento farmacológico de los trastornos de ansiedad tiene como objetivo aliviar los síntomas, prevenir las recaídas y evitar las secuelas, y todo ello con la mayor tolerabilidad posible hacia la medicación. En resumen, los objetivos del tratamiento farmacológico de la ansiedad son:

- Disminuir la frecuencia y la intensidad de las crisis de angustia hasta su control.
- Disminuir el riesgo de suicidio cuando la ansiedad se asocia con depresión.
- Evitar el desarrollo de complicaciones como la agorafobia y la angustia anticipatoria.
- Facilitar la combinación inicial con los primeros auxilios psicológicos y la Psico-educación.

Los fármacos que han demostrado eficacia en el tratamiento de este trastorno pertenecen a los siguientes grupos:

- Inhibidores de la re-captación de serotonina (ISRS).
- Antidepresivos tricíclicos (ATC).
- Benzodiacepinas (BZD).
- Inhibidores de la mono-amino-oxidasa (IMAO).

Grafico 3. Algoritmo de Manejo Farmacológico:



4.4 TRASTORNOS DE ANSIEDAD PRIMARIOS

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

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

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

4.5 TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA

Consiste en ansiedad y preocupación excesivas, sobre acontecimientos o actividades cotidianas, persistentes (más de 6 meses), no está limitada, ni predomina en ninguna circunstancia ambiental en particular (“angustia libre flotante”).

Se caracteriza por:

- Nerviosismo constante, temblores, tensión muscular, sudoración, mareos, palpitaciones, vértigos y molestias epigástricas, preocupaciones excesivas, y presentimientos muy diversos, temor y anticipan lo peor.
- Frecuente en mujeres y está relacionado con estrés ambiental crónico.
- Es de curso variable, tiende a la fluctuación y cronicidad
- Antecedentes de síntomas de ansiedad la mayor parte de los días durante varias semanas seguidas.
Acompañado de:
 - Aprensión (preocupaciones acerca de calamidades venideras)
 - Tensión muscular (agitación e inquietud psicomotora, cefaleas de tensión, temblores, incapacidad de relajarse)
 - Hiperactividad vegetativa (mareos, sudoración, taquicardia o taquipnea, molestias epigástricas, vértigo, sequedad de boca.

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

TESTIMONIO DE UNA PERSONA QUE SUFRÍA DE TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA

Todo me preocupaba, todo el tiempo. No importaba si había motivo o no, yo simplemente me sentía mal. No podía dormir en las noches, y no podía mantener mi mente enfocada en el trabajo. No podía concentrarme. Estaba siempre molesto con mi familia, mis hijos y mi esposa me irritaban. Finalmente, fui a ver a un médico y le expliqué cómo me sentía. Él me envió a ver a otro especialista que sabía tratar mi problema. Era ansiedad, según se me dijo después. Ahora estoy tomando medicamentos y aprendiendo a través de orientación psicológica a controlar mejor mis preocupaciones. No fue fácil, pero me siento mejor.

4.6 FOBIAS

Las fobias son el tipo más común de trastorno de ansiedad. Las personas que padecen de fobia, experimentan un miedo excesivo frente a determinados objetos o situaciones específicas (miedo a estar rodeado de gente, miedo de ir a la escuela, miedo de estar en lugares abiertos, miedo de estar en lugares cerrados, etc.). Estos temores causan sufrimientos y en muchos casos, verdaderas incapacidades.

Las personas que tienen fobia social, es decir, experimentan rechazo a estar rodeados de personas, se aíslan y tienen dificultades para trabajar. En los niños se puede presentar la fobia escolar, es decir, comienzan a tener miedo de ir a la escuela y sufren intensamente cada día en que de nuevo tienen que enfrentar la asistencia a clases

4.6.1 TRATAMIENTO

Tanto los tratamientos psicológicos como los psicofarmacológicos y la autoayuda guiada, han demostrado similar eficacia en la fase aguda. Los métodos de exposición gradual también suelen ser muy efectivos.

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

4.6.1.1 Tratamiento psicológico:

Se basa en soporte e información, haciendo uso de habilidades en entrevista clínica y técnicas de solución de problemas. Ayudar al paciente a identificar y superar preocupaciones exageradas, así como a la reestructuración de pensamientos distorsionados y automáticos. Animarle a realizar actividades relajantes y de ocio, y a retomar las conductas que han sido beneficiosas para él en el pasado. Informarle de que existen otros recursos en salud que también pueden ayudarle.

4.6.1.2 Tratamiento farmacológico:

Para la elección de antidepresivos hay que tener en cuenta:



- Edad del paciente
- Respuesta a tratamientos previos
- Riesgos de daños auto infringidos o de sobredosis accidental
- Efectos secundarios
- Posibilidad de interacciones con otros fármacos
- Preferencias del paciente
- El costo efectividad.
- Informar al paciente de las características del medicamento: En los trastornos de ansiedad, iniciar el tratamiento con antidepresivos a dosis bajas; incrementándola lentamente, hasta alcanzar la dosis óptima, para evitar intolerancias por nerviosismo o inquietud. Es importante que tomen la medicación tal como se les prescribe.
- Informar la posibilidad de síntomas de abstinencia al suspender el tratamiento de manera brusca.
- Evitar los síntomas de abstinencia al suspender los antidepresivos, se debe reducir la dosis gradualmente durante un largo periodo de tiempo (por ejemplo, durante 3 meses).
- Los síntomas más comunes en un síndrome de abstinencia son: malestar general, mareos, temblores, alteraciones intestinales como náuseas y vómitos, cefaleas, parestesias, alteraciones del sueño, confusión.
- Informar al paciente de que debe consultar con su médico en caso de que estos síntomas aparecieran.

4.6.2 Abordaje de los Síntomas de Retirada:

- Síntomas leves: Tranquilizar al paciente, desaparecerán en poco tiempo.
- Síntomas severos: Reintroducir el mismo antidepresivo o prescribir otro de la misma clase que tenga vida media más larga, para reducir gradualmente la dosis mientras se hace un seguimiento clínico de los síntomas.

4.6.3 SEGUIMIENTO DEL TRATAMIENTO ANTIDEPRESIVO:

Debemos recordar al paciente que son necesarios periodos de tratamiento mayores de 12 semanas, con las dosis óptimas, para valorar la eficacia del tratamiento.

- Si se observa mejoría clínica a las 12 semanas, se debe mantener el tratamiento antidepresivo, al menos 6 meses más, y luego ir reduciéndolo hasta suspenderlo.

- Si no se observa mejoría a 12 semanas, o es escasa, está indicado ir aumentando la dosis hasta la máxima tolerada.
- Si no se observa respuesta en un plazo de 12 semanas más a dosis máxima, se debe cambiar a otro medicamento y/o realizar remisión a nivel superior.

4.7 TRASTORNO DE PÁNICO.

Se presenta como episodio agudo de miedo intenso y de inquietud, que resulta impredecible, con una duración menor de una hora. Estos episodios generalmente se acompañan de manifestaciones físicas variadas: palpitaciones, sudoración, dificultad para respirar, malestar en el pecho, mareos, pérdida de la sensibilidad en brazos o piernas, molestias gastrointestinales y sentimientos de fatalidad (inminencia de muerte y temor por perder la cordura).

Aunque la frecuencia de episodios de pánico es variable, generalmente las personas que los padecen están preocupadas por sufrir un episodio y sienten que no tienen control sobre su vida, lo cual les inquieta constantemente. Inclusive estas personas pueden presentar temor a estar en espacios abiertos y salir a la calle (agorafobia). El trastorno de pánico puede presentarse durante meses o durante años si no se recibe tratamiento.

ESTA ES LA HISTORIA DE ALGUIEN QUE SUFRÍA DE TRASTORNO DE PÁNICO.

Un día, sin aviso ni motivo alguno, me sentí aterrorizada. Tenía tanto miedo que creí que me iba a morir. Mi corazón latía muy rápido y sentía que la cabeza me daba vueltas. Sentía estas cosas cada par de semanas. Pensé que estaba volviéndome loca. Mientras más ataques me daban, más miedo tenía. Estaba siempre atemorizada. No sabía cuándo me iba a dar el próximo ataque. Me dio tanto miedo que no quería salir de mi casa ni de los lugares en que me sentía segura.

Una amiga vio lo que tenía y me dijo que debía hacerme ver en un centro de salud. Ahí me dijeron que padecía de trastorno de pánico. Mi médico me aconsejó orientación psicológica y me recetó medicamentos. Después de unos meses de tratamiento, me estoy empezando a sentir otra vez como antes.

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

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

4.7.1 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- Es importante distinguir entre lo que es una crisis (o crisis aisladas), de lo que es un trastorno.
- Las crisis de angustia o de pánico que se presentan en una situación fóbica consolidada, se consideran expresión de la gravedad de la fobia y ésta tiene preferencia para el diagnóstico. El trastorno de pánico es el diagnóstico principal sólo en ausencia de cualquier fobia.
- Las crisis pueden ser secundarias a un trastorno depresivo, en especial en varones. Trastorno de pánico no debe ser el diagnóstico principal si simultáneamente se satisfacen los criterios diagnósticos de un trastorno depresivo.
- Es importante no confundir las crisis de descontrol emocional o crisis histéricas con una crisis de pánico.
- En una crisis de descontrol emocional, que por lo general suele ser reactiva a una situación de estrés emocional intenso (mala noticia, etc.), el paciente se suele mostrar muy agitado, con movimientos teatrales y expresiones exageradas.

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

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

4.7.2 EVOLUCIÓN Y PRONÓSTICO

Aunque suele remitir por largos periodos de años, se comporta como una enfermedad crónica con recaídas. Tanto la frecuencia como el curso del trastorno son bastante variables. Cuando reciben el tratamiento adecuado, más del 50% de los pacientes mejora.

4.7.3 RECOMENDACIONES PARA EL TRATAMIENTO DEL TRASTORNO DE PÁNICO:

4.7.3.1 TRATAMIENTO DE URGENCIA DE LA CRISIS O ATAQUE DE PÁNICO:

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

4.7.3.1.1 Tratamiento no farmacológico: Transmitir seguridad y serenidad al paciente

Preguntarle si ya está recibiendo tratamiento para el trastorno de pánico. Un ataque de pánico no necesariamente constituye un trastorno de pánico, y el tratamiento adecuado del ataque de pánico puede limitar el desarrollo de un trastorno de pánico.

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

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

4.7.3.1.2 Tratamiento farmacológico:

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

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

4.7.4 TRATAMIENTO DE MANTENIMIENTO DEL TRASTORNO DE PÁNICO

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

- Terapia psicológica
- Tratamiento farmacológico

4.7.4.1 Terapia Psicológica:

La psicoterapia junto con Terapia de apoyo, información y materiales de autoayuda.

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

4.7.4.2 Tratamiento Farmacológico:

Antes de prescribir hay que considerar:

- La edad
- La respuesta a tratamientos previos
- El riesgo de autolisis
- Los efectos adversos a tratamientos previos
- Las preferencias del paciente
- El costo ante igual efectividad.



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

El uso de benzodiacepinas se debe limitar a la etapa inicial del tratamiento para el control de crisis. El tratamiento de mantenimiento son los antidepressivos.

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

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

Informar a los pacientes sobre:

- Los efectos secundarios potenciales (incluyendo aumento transitorio de ansiedad al comienzo del tratamiento)
- Posible síndrome de abstinencia si se suspende la medicación de forma brusca
- Retraso en el inicio del efecto
- Tiempo de tratamiento
- Necesidad de tomar la medicación tal como se prescribe.

El uso de antidepresivos tricíclicos, imipramina y clorimipramina, en el trastorno de pánico no está autorizado su inicio en el primer nivel, se desaconseja su uso por la elevada incidencia de efectos secundarios anticolinérgicos

4.7.4.3 Seguimiento del tratamiento farmacológico:

- Es necesario un periodo mínimo de 12 semanas para valorar la eficacia del tratamiento.
- Es conveniente comenzar con dosis bajas, con el fin de minimizar los efectos secundarios al inicio, con un incremento progresivo de la dosis.
- Estos fármacos, en este trastorno, tardan en actuar entre 4-6 semanas, por lo que durante este periodo es recomendable mantener al paciente con ansiolíticos como las benzodiazepinas.

4.8 TRASTORNO MIXTO ANSIOSO-DEPRESIVO

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

Una ansiedad grave, acompañada de depresión de intensidad más leve hace que deba utilizarse cualquiera de las categorías de trastorno de ansiedad o de ansiedad fóbica.

Cuando síntomas, depresivos y ansiosos, están presentes y sean tan graves como para justificar un diagnóstico individual deben recogerse ambos trastornos y no debería usarse esta categoría.

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

4.8.1 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

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

Para el diagnóstico nos puede ser de ayuda, sin sustituir a la entrevista clínica, la Escala de depresión y ansiedad de Zung (Guía de estudio No 2)

4.8.2 TRATAMIENTO

El tratamiento es inicialmente con Psicoterapia de apoyo. Si fuera necesario tratamiento farmacológico, sería de elección un antidepresivo ISRS (Inhibidores de la recaptación de serotonina). Si existiera ansiedad importante, un ansiolítico en las primeras semanas.



Grafico 4. ALGORITMO DE MANEJO FARMACOLÓGICO:



4.9 OTROS TRASTORNOS DE ANSIEDAD

Finalmente, un trastorno que también puede acompañarse de depresión, es el de tensión o de estrés postraumático que se presenta después de un hecho que ha afectado profunda y dramáticamente la vida de una persona (Agresiones sexuales, accidentes, desastres naturales, situaciones de conflicto armado y otros eventos altamente estresantes).

Se manifiesta a través de intensa ansiedad, temores, pesadillas, recuerdos repentinos que no pueden controlarse y sentimientos de abatimiento y confusión. Al igual que los trastornos depresivos, los trastornos de ansiedad que no son tratados adecuadamente, pueden llegar a afectar la vida de las personas y finalmente, convertirse en incapacitantes.



4.10 QUÉ NO HACER EN LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD:

- Iniciar la entrevista con preguntas de contenido social: “¿Tiene problemas en el trabajo?”
- Lanzarse a derivaciones y petición de multitud de pruebas complementarias sin antes explorar bien la esfera psíquica.
- Achacar la sintomatología exclusivamente a “los nervios”
- Obviar causas secundarias como son enfermedades orgánicas, tóxicos y polifarmacia
- Dedicarnos sólo a prescribir medicación como consecuencia del poco tiempo del que disponemos y de la falta de otras habilidades de apoyo.

- Adoptar una actitud de inercia terapéutica y tratar sólo con psicoterapia de apoyo o síntomas aislados como el insomnio con hipnóticos
- Usar sistemáticamente benzodicepinas en los trastornos de ansiedad y olvidarnos de que deben ser retiradas.
- No tener en cuenta los efectos secundarios farmacológicos que pueden complicar el tratamiento (sedación en ancianos con riesgo de caídas, problemas de memoria, síndromes perinatales de abstinencia).
- Prescribir la medicación y “olvidarnos” de que el paciente ya puede estar tomando otros psicofármacos.
- Pensar que todas las dificultades emocionales son trastornos mentales, y no tener en cuenta que hay muchas circunstancias de la vida que producen conflictos emocionales y dolor, pero que tienden a la resolución espontánea.
- Hacer de los problemas de la salud mental una patología exclusivamente médica.



4.11 NORMAS BÁSICAS PARA LA PREVENCIÓN DE PROBLEMAS DE ANSIEDAD Y ESTRÉS.

La ansiedad y el estrés dependen de múltiples factores, tanto situacionales como personales, por lo tanto son muchas las variables sobre las que podemos incidir para conseguir prevenir o reducir la ansiedad y el estrés.

a. LA DIETA:

- Conviene comer sano, evitando las comidas que sobrecargan a nuestro organismo con pesadas digestiones u otras consecuencias negativas a corto, medio o largo plazo (obesidad, colesterol, etc.)
- Usar el tiempo de comer como momento de descanso y ruptura con nuestras actividades profesionales
- Es bueno aprovechar la comida para hacer vida social y familiar
- No abusar del alcohol en las comidas

b. DESCANSO:

- Dormir lo suficiente, en torno a ocho horas
- Tomar vacaciones y fines de semana como tiempo de ocio y descanso
- Fomentar las relaciones sociales como alternativa al trabajo
- Dejar el trabajo en la oficina (tanto los papeles, como las preocupaciones)

c. EJERCICIO FÍSICO:

- La práctica moderada de algún deporte o ejercicio físico ayuda a relajarnos
- Caminar todos los días al menos treinta minutos
- Utilizar las actividades de ejercicio físico para airearnos (naturaleza) y airear nuestros pensamientos charlando relajadamente con familiares o amigos.

d. ORGANIZACIÓN:

- La organización del tiempo y de nuestras actividades, estableciendo horarios, es fundamental para poder descansar, no estar preocupados, no sufrir continuos sobresaltos, olvidos importantes, etc.
- No llegar tarde a las citas, contando con los pequeños retrasos habituales para estar a tiempo
- Saber seleccionar actividades cuando no podemos hacer todo

e. SOLUCIÓN DE PROBLEMAS Y TOMA DE DECISIONES:

- No dejar pasar los problemas: afrontarlos de una manera más activa o más pasiva, pero decidiendo qué es lo mejor en cada caso
- Tomar decisiones siguiendo un proceso lógico: planteamiento del problema, análisis de alternativas (pros y contras), elección de la menos mala. No volver atrás
- No analizar continuamente el problema o las alternativas: esto produce ansiedad

f. INTERPRETACIÓN DE SITUACIONES Y PROBLEMAS:

- El estrés que nos produce un problema o situación depende de las consecuencias que prevemos, pero a veces exageramos las consecuencias negativas (híper valoramos la probabilidad de que ocurra algo malo, hacemos un análisis catastrofista de las consecuencias, realizamos una interpretación negativa de una situación ambigua, llevamos a cabo anticipaciones negativas y empezamos a sufrir un problema que no existe, etc.)
- Si estamos nerviosos: entender que es natural, la ansiedad es tan natural como el miedo, la alegría o el enfado, y no preocuparnos aún más porque estamos activados o nerviosos
- Actuar con naturalidad, no evitar los problemas, no estar preocupados por lo que los otros puedan pensar de nosotros o de nuestro problema
- Es bueno saber que los demás no perciben nuestros síntomas de ansiedad con la misma intensidad que nosotros los estamos experimentando
- Es bueno pensar que los demás también tienen ansiedad y que cuando nosotros notamos su ansiedad no les condenamos (¿por qué tenemos que ser más severos con nosotros mismos que con otros?)

No añadir elementos accesorios al problema.

g. ATRIBUCIONES Y AUTOESTIMA:

- Si hemos hecho bien una cosa, reconocer nuestra propia autoría y felicitarnos por ello (no ha sido la suerte, sino nuestro esfuerzo y nuestra capacidad).
- Si hemos hecho mal una cosa, reconocer que hemos actuado mal en esta ocasión, analizar nuestros errores y corregirlos, sin culpas, sin pensamientos negativos sobre uno mismo ("esta vez lo he hecho mal, debo corregirlo")
- Es bueno querernos y tratarnos bien.

h. RELACIONES CON LOS DEMÁS (PAREJA, AMIGOS, COMPAÑEROS, FAMILIA, ETC.):

- Reforzar las conductas positivas de las personas de nuestro entorno, con aprobación, halagos, sonrisas, pequeños detalles, etc.
- Corregir las conductas negativas de las personas de nuestro entorno, dándoles la información a tiempo y nuestra desaprobación, pero sin enfados, sin culpas, ni otros castigos.
- No sacar continuamente los problemas del pasado, las culpas de los demás (ya los perdonamos)
- Recordar siempre que una pareja en crisis intercambia muchos castigos y pocos refuerzos.

i. ENTRENAMIENTO ESPECÍFICO EN TÉCNICAS DE CONTROL DE ANSIEDAD Y ESTRÉS:

- Practicar la relajación con cierta frecuencia en momentos en los que nos encontramos peor, dedicándonos algún tiempo a nosotros mismos.
- Leer algún libro bueno de autoayuda para aprender a pensar bien, eliminando algunos pensamientos erróneos, ideas irracionales, etc., que nos estresan.
- Exponerse poco a poco a las situaciones que tenemos pánico.
- Aprender a decir no, cuando nos cuesta mucho, pero sabemos que es mejor decir no.
- Practicar nuestras mejores habilidades sociales.
- Si tenemos dificultades, no sabemos poner en marcha estas actividades que nos pueden ayudar a controlar nuestro estrés, a reducir nuestra ansiedad, ponernos en manos de un buen especialista. Si seguimos sus indicaciones, nos ayudará a recuperar el bienestar y la salud.



5. ACTIVIDADES

1. En el trastorno dístimico, la persona presentan un estado de ánimo bajo la mayor parte del día de la mayoría de los días durante al menos 2 años.
Falso _____
Verdadero _____
2. Son diagnósticos diferenciales de síndrome de ansiedad
 - a. Trastornos endocrinos.
 - b. Trastornos neurológicos.
 - c. Trastornos cardiovasculares.
 - d. Enfermedades autoinmunes.
 - e. Todas las anteriores.
3. Un episodio depresivo se lo puede diagnosticar solo si los síntomas persisten por más de 2 semanas:
Falso _____
Verdadero _____
4. La ansiedad patológica es la respuesta adaptativa que se da de una manera inadecuada que provoca en la persona malestar físico, psicológico y conductual.
Falso _____
Verdadero _____
5. Para determinar que existe un trastorno dístimico es necesario que los síntomas persistan por más de 6 meses y que no haya dejado pasar dos meses seguidos sin síntomas:
Falso _____
Verdadero _____
6. En un paciente con ansiedad podemos encontrar síntomas como: resequeidad de boca, temblor de manos, dolor muscular, taquicardias, dolor precordial, diarrea.
Falso _____
Verdadero _____
7. El episodio depresivo según su curso puede ser
 - a. leve, moderado, grave
 - b. Episodio único, Episodio recurrente
 - c. Todos los anteriores
 - d. Ninguno de los anteriores
8. Para realizar diagnostico de ansiedad patológica se requiere:
 - a. historia clínica completa
 - b. exámenes complementarios
 - c. tratamiento farmacológico y no farmacológico
 - d. todas las anteriores
 - f. solo a y b son correctas

9. Se debe atender en primer nivel los casos de depresión sí:
- Existe ideación suicida
 - Presenta síntomas psicóticos
 - Existe riesgo de hetero-agresión
 - No hay presencia de ideación suicida, y existe control adecuado de la sintomatología
 - Todas las anteriores
10. En el seguimiento y control de pacientes con ansiedad patológica se debe realizar
- Seguimiento farmacológico
 - Seguimiento no farmacológico
 - Seguimiento de rehabilitación en comunidad
 - Todas las anteriores
 - Ninguna de las anteriores

6. LECTURAS RECOMENDADAS

- Manfrida G., "Depresión", Actas de las IV Jornadas Dictia-Ikas, 1998, Málaga, p. 68-78.
- Cancrini L.; La Rosa C., La caja de Pandora, Barcelona, Ed. Paidós, 1996.
- Sluzki C. E., La Red social: frontera de la práctica sistémica, Barcelona, Ed. Gedisa, 1996.
- Linares J. L., Identidad y narrativa, Barcelona, Ed. Paidós, 1996.
- Salud Mental en Atención Primaria. Gobierno de Canarias, 2008.



7. BIBLIOGRAFIA

- *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales: DSM-IV-TR.
- *OMS: CIE 10 Décima revisión de la clasificación internacional de las enfermedades. Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico, 1996.
- *Zarifian E., Los Jardineros de la locura, Madrid, Ed. Espasa-calpe, 1990.
- *Coderch J., Psiquiatría dinámica, Barcelona, Ed. Herder, 1991.
- *Salud Mental en Atención Primaria. Gobierno de Canarias, 2008.
- *Módulo de Atención Integral en Salud Mental dirigido a trabajadores de primer nivel de atención. Módulo 6: La depresión / Ministerio de Salud. Dirección General de Promoción de la Salud; Universidad Peruana Cayetano Heredia. Facultad de Salud Pública y Administración "Carlos Vidal Layseca". Unidad de Salud Mental. -- Lima: Ministerio de Salud, 2005.