ANSIEDAD, DEPRESIÓN E INSOMNIO

❖ AUTORES

Dra. Marcela Botargues

Dr. Alejandro Razé

❖ INTRODUCCION

La medicina familiar se ha desarrollado para proveer a la población de un cuidado comprensivo, continuo y personalizado de los pacientes. Los problemas psicosociales representan un elevado número de consultas (del 20-30%) de la atención primaria de la salud. Estos son de difícil presentación, diagnóstico y abordaje; y requieren por parte de los sistemas de medicina familiar un desarrollo de estructuras que puedan dar respuesta a esta demanda.

El abordaje de los problemas psicosociales requiere, por parte del médico de familia, de habilidades que no forman parte de la formación médica clásica y que son desarrolladas dentro de equipos multidisciplinarios. El enfoque familiar de los problemas psicosociales, la incorporación de la familia en el seguimiento del paciente y su tratamiento, la reorganización familiar posterior a la presencia de una enfermedad crónica, la evaluación del efecto de la ansiedad o de la depresión en la vida social y familiar del paciente, la realización de entrevistas familiares y determinación de los roles familiares, etc. son algunas de las habilidades que el médico de familia debe aprender. Fundamentalmente, este texto fue diseñado con el fin de proveer las herramientas necesarias para el diagnóstico y manejo farmacológico de los pacientes con trastornos por ansiedad, insomnio y depresión en el adulto.

Los médicos de familia debemos adquirir y desarrollar habilidades que exceden la formación médica clásica, para abordar una de las principales causas de consulta: los problemas psicosociales.

❖ OBJETIVOS

a) Conocer los criterios diagnósticos de los trastornos por ansiedad, del insomnio y de la depresión.

b) Manejar adecuadamente la farmacoterapia del insomnio, la depresión y la ansiedad.

c) Manejar los problemas frecuentes al medicar a un paciente.

d) Conocer los criterios de interconsulta con el especialista.

❖ CONTENIDOS

1. **Generalidades y diagnóstico de los trastornos por ansiedad y del insomnio.**
2. **Manejo del paciente con trastornos por ansiedad e insomnio.**
3. **Generalidades y diagnóstico de la depresión y la distimia.**
4. **Manejo del paciente con depresión y distimia.**

1. GENERALIDADES Y DIAGNÓSTICO DE LOS TRASTORNOS POR ANSIEDAD Y DEL INSOMNIO

Trastornos por ansiedad

Los trastornos por ansiedad representan **el más común de los trastornos en salud mental**. Se estima que afecta al 15% de la población (principalmente femenina) en algún momento de sus vidas. Menos de un tercio de aquellos que la padecen, buscan atención médica.

Es frecuente observar personas que padecen algún grado de ansiedad. Sin embargo, existen casos de mayor severidad que requieren de una intervención médica y, muchas veces, de medicación (psicofármacos). Tomemos el ejemplo de un paciente que concurre frecuentemente a la guardia por presentar episodios de ansiedad que lo invalidan para desarrollar su tarea cotidiana. Probablemente, este paciente se beneficie con un tratamiento, ya que su vida está siendo gravemente afectada por el cuadro de ansiedad. Diferente es el caso de una paciente que, en una consulta habitual, le comenta que está ansiosa por un trabajo nuevo que tiene, pero esta ansiedad no dificulta su vida cotidiana.

La ansiedad es una sensación de temor y disconfort acompañada de síntomas físicos (sudoración en manos, taquicardia, etc.). Cuando ésta es de tal severidad que interfiere en la vida laboral o cotidiana del paciente se convierte en un problema médico.

La ansiedad es un síntoma que puede estar presente en diferentes patologías. Existen tres entidades que deben ser diferenciadas en el acercamiento inicial a un paciente con trastorno de ansiedad. Ellas son la depresión, el abuso de sustancias y enfermedades que presenten como síntoma secundario la ansiedad. La asociación entre **depresión** y ansiedad es estrecha, ya que el 60% de los pacientes deprimidos presentan, en algún momento, trastornos por ansiedad como crisis de angustia o ansiedad generalizada (ver más adelante). Por otro lado, los pacientes que sufren crisis de angustia tienen mayor riesgo de presentar un episodio de depresión a lo largo de sus vidas.

Los pacientes deprimidos presentan, frecuentemente, síntomas de ansiedad.

Otro factor a considerar es el **abuso de sustancias**. El abuso de alcohol, café, cocaína o sustancias estimulantes en general (anfetaminas o la levotiroxina incluidas en preparados magistrales que se utilizan para bajar de peso) pueden simular un cuadro de ansiedad y desorientar al médico. Pongamos el ejemplo de una paciente de 23 años que concurre al consultorio por irritabilidad, temblor, dificultad para conciliar el sueño y palpitaciones de 3 semanas de evolución. Su peso disminuyó en estas semanas considerablemente. Está tomando un comprimido de un preparado para bajar de peso, del cual no reconoce ninguna de las drogas que contiene. Es frecuente que los preparados contengan drogas alopáticas (hormona tiroidea, diuréticos o anfetaminas) y que éstos sean la causa del cuadro de ansiedad.

Es necesario descartar la presencia de **otras enfermedades** que pueden simular un cuadro de ansiedad, pero que su origen y por lo tanto su tratamiento, es diferente al de los trastornos por ansiedad. Dentro de estas enfermedades se incluye a enfermedades cardiovasculares (arritmias,

coronariopatía), cerebrales (epilepsia), metabólicas (tirotoxicosis, feocromocitoma, etc.) y nutricionales (déficit de tiamina).

Los médicos de familia tienen que investigar la posibilidad que la ansiedad se asocie a un cuadro depresivo o al abuso de sustancias.

El DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) clasifica los trastornos por ansiedad primarios en 5 tipos: **a**) crisis de angustia, **b**) desorden de ansiedad generalizada, **c**) desorden obsesivo-compulsivo, **d**) stress post-traumático y **e**) fobia. Si bien estos grupos presentan criterios diagnósticos y conductas de tratamiento definidas, en la práctica los pacientes pueden presentar cuadros mixtos (crisis de angustia con ansiedad generalizada). No obstante, existen cuadros de ansiedad que no cumplen los criterios de estos cinco tipos, a los que se denomina desórdenes por ansiedad no específicos. En este capítulo nos basaremos en esta clasificación para desarrollar el tema.

a) Crisis de Angustia

Es uno de los subtipos más frecuente de la ansiedad, presentándose comúnmente en mujeres (al igual que los otros cuadros de ansiedad) entre 17 y 30 años. La historia familiar de crisis de angustia y la aparición de síntomas de ansiedad en la niñez, son factores de riesgo para desarrollar esta patología de adulto.

Los siguientes criterios hacen diagnóstico de la crisis de angustia:

- **Crisis de Angustia inesperada**: es la aparición temporal y aislada de miedo o malestar intenso, que se acompaña de la aparición brusca (máxima expresión dentro de los primeros 10 minutos) de por lo menos cuatro de los siguientes síntomas de ansiedad:

  Palpitaciones, sacudidas del corazón o elevación de la frecuencia cardíaca

  Sudoración

  Temblores o sacudidas

  Sensación de ahogo o falta de aliento

  Sensación de atragantarse

  Opresión o malestar torácico

  Náuseas o molestias abdominales

  Inestabilidad, mareo o desmayo

  Desrealización (sensación de irrealidad) o despersonalización (estar separado de uno mismo)

  Miedo a perder el control o volverse loco

  Miedo a morir

  Parestesias.

  Escalofríos o sudoración

- Al menos una de las crisis tiene que haber continuado con alguna de las siguientes características: inquietud persistente ante la posibilidad de tener otra crisis, preocupación por las consecuencias de ella y/o cambio significativo del comportamiento relacionado con la crisis.
- Las crisis no deben estar acompañadas de otra enfermedad concomitante, ni de ingestión de sustancias.
- Estas crisis de angustia no se ven justificadas por otros cuadro de desorden, como fobias o trastornos post-traumáticos, etc.
- Pueden acompañarse de **agorafobia**. Esta se define como la aparición de ansiedad al encontrarse en lugares o situaciones donde resulta difícil escapar. Por lo general, estas situaciones se evitan y se resisten, generando un malestar o una ansiedad significativa, por temor a que aparezca una crisis o síntomas similares a la angustia. Muchas veces se hace indispensable la presencia de un conocido para soportar estas situaciones.

Las crisis de angustia se caracterizan por la aparición transitoria (duran hasta 1 hora) de cuatro de los síntomas de ansiedad, que producen conducta de temor, inquietud o cambio del comportamiento posterior a la crisis, en ausencia de otros cuadros como *fobias o adicciones.*

Veremos el siguiente caso:

Un hombre de 35 años presentó repetidos cuadros de ansiedad, caracterizados por sudoración, taquicardia, miedo a morir y ahogo. Los síntomas se intensificaban con el transcurso de los primeros minutos y como se asustaba, consultaba a una guardia. En varias ocasiones, fue sometido a diversos estudios y evaluado por diferentes especialistas. Estas crisis se producían mientras conducía (es colectivero), le ocasionaban mucho temor y le habían dejado una enorme preocupación de que vuelvan a ocurrir. Para sentirse más seguro, le pidió a su esposa que lo acompañe en sus recorridas. La esposa refiere que esto produjo grandes cambios en la dinámica familiar y que los ataques iban aumentando su frecuencia. Nota que su marido cada vez tiene más temor, aun ante situaciones totalmente cotidianas (trámite bancario).

Esta puede ser la presentación de una crisis de angustia, que compromete la vida de relación y laboral del paciente. En la evaluación del mismo hay que descartar el abuso de sustancias (por ejemplo, la cocaína puede producir cuadros similares) y la presencia de fobias. El examen físico debe orientarse a descartar la presencia de otra enfermedad que pueda simular una crisis de angustia (hipertiroidismo).

Las crisis de angustia son una causa frecuente de consulta en los servicios de guardia y su diagnóstico debe ser tenido en cuenta en la evaluación de las consultas (principalmente las precordialgias). La correcta evaluación y diagnóstico ahorra estudios innecesarios y evita que los pacientes hagan consultas que no les reportarán beneficios.

Una vez hecho el diagnóstico, hay que explicarle al paciente la causa de sus síntomas y los pasos a seguir hasta que se alivie (consultas programadas, medicación, etc.). Hay que desalentar las consultas de urgencia o a múltiples profesionales ya que el seguimiento por un solo médico es de gran ayuda para los pacientes.

b) Trastornos por ansiedad generalizada

Es el subtipo de ansiedad más común, con una prevalencia en la población de 2,5 a 6,4%. El comienzo de los síntomas es gradual y el curso de la enfermedad es crónico, con remisiones y recaídas. Se puede presentar concomitantemente con otro subtipo de ansiedad.

Los siguientes criterios hacen diagnóstico de este cuadro:

- Existe un estado de preocupación constante, difícil de controlar.
- Esta ansiedad y preocupación sobre acontecimientos o actividades es excesiva y se prolonga por más de 6 meses.
- La ansiedad y preocupación se asocian a por lo menos tres de los siguientes síntomas (alguno de los cuales persistió más de 6 meses):

  Inquietud o impaciencia

  Fatiga fácil

  Dificultad para concentrarse o tener la mente en blanco

  Irritabilidad

  Tensión muscular

  Alteraciones del sueño
- Los síntomas (ansiedad, preocupación o síntomas físicos) provocan malestar clínicamente significativo, deterioro social, laboral o en alguna otra esfera importante para el paciente.
- El trastorno por ansiedad no se origina por la sola presencia de un objeto o situación (por ejemplo pasarlo mal en público en una fobia social).
- No hay otra causa que la justifique (ingestión de sustancias o enfermedad médica concomitante).

La ansiedad generalizada se caracteriza por la presencia de por lo menos tres síntomas asociados a la ansiedad, alguno de los cuales debe estar presente por más de 6 meses. Existe una alteración de la calidad de vida del paciente y no debe haber otra causa que la justifique (drogas o enfermedades).

Es común que este cuadro se presente asociado a crisis de angustia. La diferenciación de estas dos entidades puede ser difícil, pero es fundamental ya que el tratamiento puede variar. Las crisis de angustia se diferencian de la ansiedad generalizada porque predominan los síntomas de ansiedad (por lo menos 4) y porque ninguno de estos síntomas persiste más allá de la crisis.

c) Desorden obsesivo-compulsivo

Su prevalencia es del 2.5% de la población. Se caracteriza por la presencia de obsesiones o compulsiones (ver abajo) que son lo suficientemente severas para causar ansiedad en el paciente o para interferir en sus funciones. Los desórdenes obsesivo-compulsivos son de difícil manejo, principalmente por su gran complejidad. La interconsulta con psiquiatría es indispensable.

La complejidad de estos cuadros hace necesario la consulta psiquiátrica para confirmar diagnóstico y efectuar tratamiento

En el DSM IV se define a los desórdenes obsesivo-compulsivos como:

Las **obsesiones** son pensamientos, impulsos o imágenes recurrentes y persistentes que se experimentan, en algún momento del trastorno, como intrusos e inapropiados y que causan malestar significativo o ansiedad. Estas no se reducen a simples preocupaciones excesivas sobre problemas de la vida real, sino que se intenta ignorarlas, suprimirlas o neutralizarlas, mediante otros pensamientos o actos. A diferencia de los pacientes psicóticos, estas personas reconocen que estos pensamientos, imágenes o impulsos obsesivos son producto de su mente y no son impuestos.

Las **compulsiones** son comportamientos o actos mentales de carácter repetitivo, que el individuo se ve obligado a realizar. Estas pueden ser en respuesta a una obsesión o por reglas que debe seguir estrictamente (lavado de manos, puesta en orden de objetos, rezar, contar, repetir palabras en silencio). El objetivo de estas operaciones o comportamientos mentales es la reducción del malestar o la prevención de algún acontecimiento o situación negativos. Sin embargo, estos comportamientos u operaciones mentales no están siempre conectados de forma realista con aquello que pretenden neutralizar o prevenir y resultan claramente excesivos.

En el desorden obsesivo-compulsivo puede verse la presentación tanto de ambos componentes como de uno de ellos, sea una obsesión o una compulsión.

- En algún momento del trastorno, la persona ha reconocido que estas obsesiones o compulsiones resultan excesivas o irracionales (no aplicable en los niños).
- Las obsesiones o compulsiones provocan un malestar clínicamente significativo, representan una pérdida de tiempo (suponen más de una hora por día) o interfieren marcadamente con la rutina del individuo, sus relaciones laborales o su vida social.
- Si hay otro trastorno, el contenido de las obsesiones o compulsiones no se debe a él (por ejemplo, la comida en un trastorno alimentario).
- El trastorno no se debe a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (drogas) o enfermedad médica.

El trastorno obsesivo-compulsivo se caracteriza por obsesiones o compulsiones que causan gran malestar y alteración de la calidad de vida de la persona, en la ausencia de otra enfermedad o droga que justifique el cuadro.

d) Trastorno por estrés post-traumático

Su prevalencia varía del 1 al 14% en la población general. Ocurre en personas que han estado expuestas a un evento severamente traumático como puede ser una guerra, una violación, un accidente o un desastre natural.

Los siguientes criterios hacen diagnóstico de esta patología:

- La persona ha estado expuesta, ya sea porque lo ha experimentado, presenciado o le han explicado, a por lo menos un acontecimiento caracterizado por muertes o amenazas a su integridad física o a la de los demás. Ante esto, ella ha respondido con temor, desesperanza u horror intenso (en los niños, estos comportamientos pueden expresarse en comportamientos agitados o desestructurados).

- El acontecimiento traumático es **reexperimentado** persistentemente a través de por lo menos una de las siguientes formas:
    - Recuerdos del acontecimiento recurrentes e intrusos que provocan malestar y en los que se incluyen imágenes, pensamientos y percepciones (en los niños pequeños, puede expresarse en juegos repetitivos, donde aparecen temas característicos del trauma).
    - Sueños recurrentes sobre el acontecimiento, que producen malestar (en los niños puede haber sueños terroríficos de contenido irreconocible).
    - El individuo actúa o tiene la sensación de que el acontecimiento traumático está ocurriendo (sensación de estar reviviendo la experiencia).

El trastorno por estrés post-traumático se caracteriza porque la persona ha experimentado un aconte-cimiento traumático grave (muertes o amenazas), a la cual responde con temor u horror. El trauma es reexperimentado persistentemente (sensación de vivirlo nuevamente) por recuerdos intrusos o sueños.

Clásicamente, los pacientes tienen como “flashes” de la situación traumática, donde la sensación es la de vivencia real, es decir, es como si estuvieran viviéndolo de nuevo. Se experimentan las mismas sensaciones y miedos que los que se presentaron en la situación traumática, generando síntomas de ansiedad y conductas evasivas. Estas últimas se desarrollan en un afán de evitar todo tipo de situación que gatille esta vivencia.

El síntoma principal del estrés post-traumático es la reexperiencia persistente del cuadro traumático.

Existen situaciones donde un episodio o una situación desagradable (choque de auto, vuelco, amputaciones, etc.) pueden generar **ansiedad por estrés agudo**. Este tipo de estrés se produce cuando el paciente está sometido a un estímulo de inusitada intensidad, pero no sufre la reexperimentación, presentando ansiedad de 1 mes de duración. Su aparición es normal y no requiere ninguna intervención médica.

e) Fobia

Se define como **fobia** a un temor persistente, que es excesivo o irracional, desencadenado por la presencia o anticipación de un objeto o situación específica (por ejemplo: fobia a los animales, a las inyecciones o a situaciones como volar o a estar ante precipicios). Se reconocen las fobias simples y las sociales (miedo a estar enfrentado al público).

- La exposición al estímulo fóbico provoca una respuesta inmediata de ansiedad, que puede presentarse como una crisis de angustia (en los niños la ansiedad puede traducirse en llantos, berrinches, inhibición o abrazos).
- La persona reconoce que este miedo es excesivo e irracional (en los niños este reconocimiento puede faltar). Las situaciones fóbicas se evitan o se soportan a costa de una inmensa ansiedad o malestar.

- Los comportamientos de evitación, la anticipación ansiosa o el malestar provocado por las situaciones temidas, interfieren con la rutina normal de la persona, con las relaciones laborales o sociales, o bien, provocan un malestar clínicamente significativo.
- En los menores de 18 años, la duración de estos síntomas debe haber sido como mínimo de 6 meses.
- La ansiedad, las crisis de angustia o los comportamientos de evitación fóbicos asociados a objetos o situaciones específicos no pueden explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental, como por ejemplo, un trastorno obsesivo-compulsivo.

Se debe diferenciar la fobia social de la agorafobia (clásica de las crisis de angustia). En la agorafobia el miedo es a estar en lugares donde escapar resulta difícil (cine, shopping), mientras que la fobia social se produce cuando el foco de atención es el paciente (discursos, entrevistas) y no por el simple hecho de hallarse en determinado lugar.

La fobia se caracteriza por tener un objeto o situación que produce una respuesta de ansiedad inmediata o anticipada a la presencia del mismo. Esta es reconocida por la persona que la padece como irracional, con alteración del comportamiento secundaria.

Veamos el siguiente caso:

Una pianista de 27 años lo consulta porque con el paso del tiempo (sus síntomas empezaron a los 17) cada vez le fue más difícil tocar en público. Su actividad se fue limitando a enseñar música en su casa. Ella es consciente de que su miedo es excesivo, pero que no puede evitarlo. Antes de cada concierto se le presentan diferentes síntomas, como palpitaciones, náuseas, miedo a enloquecer e hiperventilación.

La persona limitó su actividad para evitar una situación que le produce la fobia. Es consciente de lo que le pasa y de lo irracional de esto, pero no puede evitarlo. Los síntomas son provocados en una situación clara y reconocible, descartándose que se trate de una crisis de angustia. Por otro lado, para evitar la situación fóbica, se generan conductas evasivas. Este es un ejemplo de una fobia social.

Las fobias deben ser diferenciadas de las crisis de angustia.

Insomnio

Es normal que las personas, alguna vez, experimenten cierta dificultad para conciliar el sueño. Cuando esta dificultad para conciliar o mantener el sueño se hace permanente y compromete el funcionamiento normal de la persona durante el día, se lo denomina insomnio. Representa un gran problema de salud, ya que su presencia está asociada al aumento de los accidentes automovilísticos, al consumo de alcohol, al menor rendimiento laboral y a la somnolencia diurna.

El insomnio es un problema común que afecta a cerca del 20% de la población. Puede afectar a toda la población, aunque se observa más frecuentemente en mujeres, ancianos y personas solas (separados, divorciados o viudos comparadas con las personas que viven en pareja).

Una de las primeras consideraciones a tener en cuenta es que existen personas que, normalmente, duermen menos que el promedio de la población. Estas personas, a diferencia de las que tienen insomnio, no presentan interferencia en su vida habitual por dormir menos. Es fundamental interrogar sobre el uso de medicaciones (descongestivos nasales, anfetaminas, bebidas con cafeína), drogas (cocaína) o hábitos (actividad física antes de dormir) que puedan provocar insomnio. También, es importante buscar si existe algún otro trastorno de base (ansiedad, depresión u otra patología), conocer la duración desde la aparición de los síntomas y si el paciente ha tomado alguna medicación para eliminarlo. Es necesario evaluar los hábitos: la hora de acostarse y de levantarse, el tiempo de conciliación, actividades en la cama aparte del sexo y dormir (televisión, trabajo, lectura) y el uso de alcohol o de medicaciones.

Es importante que los médicos de familia realicemos un buen diagnóstico diferencial de un síntoma frecuente como el insomnio, descartando el uso de medicación, de drogas, de hábitos y patologías (principalmente psiquiátricas) que puedan provocarlo.

Al insomnio se lo divide según el tiempo de duración en: transitorio, de corto plazo o crónico. El insomnio **transitorio** se caracteriza por durar horas o pocos días y aparece luego de una situación estresante menor (previo a un examen, por un vuelo, etc.). Los de **corto plazo** se caracterizan por durar hasta tres semanas y aparecen luego de una ansiedad secundaria a una muerte de un ser querido, enfermedad leve, situación familiar, etc. Por último, en el insomnio **crónico** los síntomas duran más de tres semanas y puede estar originado en diferentes causas (hábitos, medicación o abuso de sustancias, problemas psiquiátricos, enfermedades graves o crónicas, etc.). También se definen otros dos tipos de insomnio: el de **conciliación** (el paciente no puede dor-mirse) y el de **mantenimiento** (el paciente concilia el sueño, pero se despierta muchas veces). Para el tratamiento del insomnio de conciliación se prefieren drogas de rápido comienzo de acción y de vida media corta. Por otro lado, para el tratamiento del de mantenimiento, se prefieren drogas de vida media más prolongada.

La diferenciación del tipo de insomnio permite establecer un tratamiento más adecuado y conocer el pronóstico y el grado de respuesta al tratamiento.

2. MANEJO DEL PACIENTE CON TRASTORNOS POR ANSIEDAD E INSOMNIO

Consideraciones acerca del tratamiento de los trastornos por ansiedad

Realizar un diagnóstico correcto significa ser muy minuciosos al interrogar sobre la presencia de síntomas. A muchas personas se les hace difícil ponerle nombre a los síntomas, refiriéndose a ellos como una sensación de inquietud o de nerviosismo. Es fundamental determinar la fecha de comienzo de los síntomas y su relación con lo que le estaba pasando al paciente en ese momento (desencadenantes), como también poder ver la actitud de éste ante la presencia de los síntomas. Por otro lado, muchos de los pacientes han recibido, en algún momento de su vida, un tratamiento farmacológico para la ansiedad, haciendo necesario determinar el tipo, la dosis y la duración de la medicación que recibieron.

La realización de un diagnóstico correcto del tipo de desórdenes por ansiedad (crisis de angustia, ansiedad generalizada o desorden obsesivo compulsivo) es fundamental para determinar el tratamiento y el pronóstico.

Considerando que la ansiedad es una experiencia humana universal y que los desórdenes por ansiedad no lo son, la pregunta que nos hacemos en el consultorio es: ¿cuándo debemos tratar a un paciente con síntomas de ansiedad? y ¿cuál es la droga más útil para comenzar el tratamiento?

Se debe tratar a todo paciente que presente síntomas por ansiedad (inquietud, irritabilidad, tensión muscular, sudoración, boca seca, diarrea, náusea, palpitaciones, temblor, dificultad para conciliar el sueño) de tal magnitud que interfieran en su calidad de vida. La percepción del paciente de la ansiedad no debe tomarse como único criterio para decidir medicar o no a alguien, ya que en ocasiones el paciente no la percibe. Es importante estar seguro del tipo de desorden de ansiedad, para poder ofrecerle al paciente la medicación apropiada. Por otro lado, también se podría medicar para prevenir el desarrollo de complicaciones (como agorafobia, en las crisis de angustia).

Se debe tratar a todo paciente que presente síntomas de ansiedad que interfieran en su calidad de vida o aquellos pacientes en los que se desea prevenir el desarrollo de complicaciones. Antes de indicar tratamiento farmacológico de la ansiedad, se deben considerar los síntomas, la afectación de calidad de vida y el riesgo de abuso de sustancias.

El tratamiento farmacológico de la ansiedad se realiza con benzodiacepinas (BZ). Una vez que se hizo el diagnóstico del tipo de ansiedad, para iniciar un tratamiento hay que tener en cuenta la droga y la dosis inicial. Existen varias drogas dentro de este grupo diferenciándose por su farmacocinética (absorción, vida media, etc.), ya que su efectividad terapéutica es similar. La elección de la droga depende del tipo de trastorno de ansiedad que el paciente presente y de los síntomas que le resulten más molestos. Dentro de esta elección se debe tener en cuenta determinadas características de la droga en sí como son la absorción (cuanto más rápida sea la absorción de una BZ, más rápido comenzará su acción), la liposolubilidad (las de menor liposolubilidad permanecen más en sangre y por lo tanto, la duración de su acción es mayor), vida media (a mayor vida media, mayor es la

acumulación ya que su eliminación es más lenta) y la presencia de metabolitos activos (pueden seguir produciendo efectos, más allá de su vida media).

Si bien no es necesario recordar las características farmacocinéticas de cada droga, es útil conocer las características de las que se usan habitualmente.

La **dosis** depende de las características individuales de cada paciente, aunque siempre se recomienda comenzar con dosis bajas. Para determinar la dosis hay que tener en cuenta la edad, ya que los ancianos tienen mayor sensibilidad al efecto sedante de las BZ y son más propensos a la aparición de efectos adversos (caídas), principalmente de drogas depresoras del sistema nervioso central (SNC). Hay que detectar también las enfermedades acompañantes (cirrosis o enfermedad renal), la sensibilidad previa a la droga o el uso concomitante de alcohol (potencia el efecto depresor de las drogas). Una vez empezado el tratamiento con dosis baja, se aumenta progresivamente, según necesidad y tolerancia.

Antes de comenzar con una medicación, se deben evaluar las características personales del paciente. Recordar indagar sobre uso de alcohol y otras sustancias. Es mejor comenzar con dosis bajas, incrementándolas, si es necesario, progresivamente sin superar el 25-50% de la dosis total previa diaria.

Cada vez que se realiza un aumento se deben tener en cuenta los beneficios y los riesgos, reevaluando la efectividad y monitoreando los efectos adversos. Es importante explicarle al paciente los probables efectos adversos de la medicación. Hay que recordar que la mejor dosis es aquella que alivia los síntomas con los menores efectos adversos.

La educación del paciente acerca de su diagnóstico y tratamiento, incluyendo efectos esperados de la medicación, riesgo de uso habitual y efectos adversos, es clave para el éxito terapéutico.

El efecto de la medicación debe ser evaluado luego de 4 a 6 semanas de tratamiento estable. Antes de pensar que la droga “falló” hay que chequear que el paciente esté recibiendo la dosis adecuada, considerar falta de adherencia, uso de otras medicaciones, enfermedades concomitantes o si el diagnóstico fue incorrecto o incompleto. Descartadas estas causas, se puede pensar en una verdadera falla del medicamento y se debe evaluar el cambio por otro.

Antes de aumentar o cambiar la medicación inicial se debe evaluar si el paciente está recibiendo la dosis adecuada, chequear la adherencia al tratamiento, el uso de otras medicaciones, enfermedades concomitantes o evaluar si el diagnóstico fue correcto.

- **Marco para la prescripción de medicación ansiolítica**

Es frecuente que los pacientes soliciten medicación ansiolítica simplemente porque su uso es frecuente y porque se sienten algo nerviosos. Iniciar a un paciente en el uso de psicofármacos no debe ser un acto médico más y debe darse en el marco de una consulta donde se evalúan los síntomas que el paciente presenta. Es habitual que los pacientes le soliciten al final de la consulta médica "algo para los nervios" y que no jerarquicen la prescripción como un acto médico. Ante el pedido de un ansiolítico hay que evaluar, en todos los casos, el motivo de la indicación, la posibilidad de abuso de sustancias y el significado de la medicación para el paciente. Es frecuente ver que para muchos pacientes la medicación aparece como una solución a los síntomas, evitando la necesidad de cambiar las causas que generaron la ansiedad. Dicho en otras palabras, es como si un hipertenso sólo demandara medicación antihipertensiva, pero comiera con sal, no bajara de peso y no hiciera ejercicio.

Tiene que quedar claro que la decisión de iniciar o continuar un tratamiento con BZ no es fácil. Se debe evaluar la necesidad de medicación, sus riesgos y sus beneficios.

- **Tolerancia, abuso o mal uso y dependencia de la medicación an**siolítica
  - **Tolerancia**: se refiere a la reducción en el tiempo de uno o más efectos farmacológicos por el uso continuo de la droga. Se atribuye a la disminución de la sensibilidad de los receptores y es más común para el efecto sedante que para el efecto ansiolítico. La tolerancia no implica necesariamente que hay que aumentar la dosis del medicamento.
  - **Abuso o mal uso**: significa uso de drogas sin fines terapéuticos, es decir, para producir placer, euforia o incluso intoxicación. El uso apropiado de BZ no es un precursor de abuso. Los abusadores de BZ constituyen un pequeño grupo de personas que suelen tener antecedentes de abuso de otras sustancias (alcohol o barbitúricos) y una conducta de riesgo caracterizada por el uso de dosis muy altas, pérdida de control acerca del uso de la droga, gasto de excesiva cantidad de tiempo para conseguir la medicación y el uso continuo, a pesar de la interferencia con las obligaciones interpersonales u ocupacionales

La prescripción de BZ a pacientes con antecedentes de abuso de otras sustancias o con conductas de riesgo, debe ir acompañada de advertencias explícitas acerca del abuso potencial, información sobre los efectos de las drogas y especial monitoreo del uso de las mismas.

  - **Dependencia:** se define como la necesidad de tomar dicha droga para evitar la aparición de efectos de abstinencia. La dependencia puede ser física y psicológica. La primera se observa al suspender la droga, objetivándose un síndrome de supresión caracterizado por excesiva sensibilidad al sonido y a la luz, alteraciones del gusto y olfato, sudoración, insomnio, distrés abdominal, taquicardia, hipertensión sistólica leve, temblores y raramente convulsiones. Todas las BZ parecen tener igual probabilidad de producir dependencia física, la que a su vez aumenta con la dosis y la duración del tratamiento. No se ha establecido, sin embargo, cuál es la dosis o tiempo de duración de tratamiento "umbrales" a partir de las que aumenta dicha probabilidad. En aquellos pacientes que temen por la dependencia, se

pueden sugerir unas “vacaciones de BZ” con el fin de apaciguar la preocupación y reevaluar la necesidad de tratamiento. La dependencia psicológica implica que el paciente prefiere continuar tomando medicación más que no hacerlo, principalmente por temor a la aparición de síntomas. En general, la idea de no tomar más medicación genera miedo en los pacientes por no sentirse capaces de manejarse sin la ayuda de la droga.

Aquellos pacientes que toman BZ regularmente durante meses, sobre todo si tienen antecedentes de ingesta previa o concomitante de otros depresores del sistema nervioso central (incluso alcohol), van a desarrollar un síndrome de abstinencia al suspender la droga.

- **Uso a largo plazo de medicación ansiolítica**

En EE.UU., uno de cada 4 adultos que consideran que tienen síntomas de ansiedad lo suficientemente severos como para requerir tratamiento farmacológico, está bajo una terapia con BZ. La prevalencia global de uso de ansiolíticos en los EE.UU. es del 11%, aunque sólo el 1,6% de los adultos los toma en forma crónica. El 85% de los que consumen BZ, lo hace por períodos cortos mientras que sólo del 10 al 15% lo hace por períodos largos (diariamente, durante por lo menos un año). El uso crónico es más común en pacientes mayores y en aquellos con enfermedades crónicas o con problemas psiquiátricos crónicos.

El médico debe evaluar continuamente la necesidad de uso crónico de medicación para detectar los pacientes que abusan, ya que el uso de BZ es habitual en nuestro país.

- **Suspensión del tratamiento ansiolítico**

Una vez que el paciente ha mejorado, se puede plantear la suspensión de la medicación. Es frecuente que a los pacientes les cueste dejarla y que se sientan inseguros al no tomarla. Se debe explicar que el descenso de la dosis de BZ debe ser supervisado por el médico. Este descenso debe realizarse en forma paulatina y monitoreando si hay reaparición de síntomas (por ejemplo, se le puede pedir al paciente que anote el síntoma y la hora de aparición con respecto a la toma de la droga). Es bueno elaborar con el paciente un plan de visitas (semanales) para ir verificando cómo tolera la suspensión del tratamiento.

Ante la discontinuación de la droga, puede aparecer una variedad de síntomas asociados, que se denomina: **síndrome de discontinuación**. Se han identificado tres tipos de este síndrome, que son difíciles de diferenciar clínicamente pero cada uno tiene un tratamiento distinto:

- **Recurrencia:** luego de la suspensión de la droga reaparecen, lentamente, los síntomas que motivaron la toma y que constituyen parte del trastorno de ansiedad diagnosticado. El tratamiento se basa en la re-instauración de la medicación ansiolítica.
- **Rebote:** es similar al anterior, pero se lo distingue por la intensidad y transitoriedad del cuadro. Es de corta duración, terminando pocos días después de la suspensión, y puede estar seguido por síntomas de recurrencia. No implica la existencia de dependencia física. Un ejemplo típico lo constituye el insomnio de rebote o el despertar temprano, que

es transitoriamente más intenso que el previo a la medicación. El tratamiento puede ser esperar o re-instaurar la droga suspendida.

- **Supresión o abstinencia:** ocurre cuando, al suspender la medicación, se observa un aumento del nivel de ansiedad, de miedo o de insomnio en el paciente. La aparición de éstos síntomas implica algún grado de dependencia física (por ejemplo, 24hs luego de la suspensión de alprazolam). Es autolimitado, su recuperación es completa, pero la ansiedad puede remitir. Se produce mas frecuente y fácilmente con BZ de corta duración mientras que las de larga duración se asocian con sedación diurna residual por efecto acumulativo.

El tratamiento de los síndromes de discontinuación se basa en una adecuada y paulatina suspensión de la droga o bien el cambio de la misma para facilitarla. Por ejemplo, para la suspensión de BZ de vida media corta (alprazolam, lorazepam, oxazepam) se debe ir reduciendo de la dosis diaria el 25% por semana, o se reduce paulatinamente en un lapso de 2 a 4 meses. Otra manera es la de cambiar una BZ de vida media corta por una de vida media más larga, ya que estas últimas tienden a acumularse y a eliminarse lentamente, no produciendo abstinencia.

Es importante que el paciente conozca la duración del tratamiento desde el inicio del mismo. En caso de suspender la droga, se debe hacer en forma paulatina (25% de la dosis por semana), en periodos largos (2 a 4 meses) o bien cambiando por una BZ de vida media más larga.

Tratamiento farmacológico específico para cada entidad

Trastornos por ansiedad

a) Crisis de angustia

El tratamiento farmacológico de las crisis de angustia se basa en las benzodiazepinas (BZ). Se utilizan el alprazolam en dosis de 0.25mg a 2mg cada 6 hs (*PRINOX 0.5mg,* por 50 comprimidos, $8) o clonazepan en dosis de 0.25 a 2mg en dos tomas (*RIVOTRIL 0.5mg*, 50 comprimidos, $18) por un tiempo variable de 6 a 12 meses. Con este tratamiento mejoran los síntomas aunque la tasa de recurrencia al suspenderlo es alta (cerca del 70%). También se utilizan para el tratamiento los inhibidores de la monoamino oxidasa (IMAO) y la imipramina.

b) Trastornos por ansiedad generalizada

El tratamiento de los trastornos de ansiedad generalizada es similar al de la crisis de angustia. Se utilizan las mismas BZ (alprazolam y clonazepan) pero también se puede utilizar diazepan de 5 a 40mg día dividido en 3-4 tomas (*PLIDAN*, 50 comprimidos de 5mg, $9) o el lorazepan de 2-4mg, dos horas antes de dormir (*LORAZEPAN CHOBET*, 100 comprimidos de 2mg, $12). También se utiliza la buspirona a dosis de 5mg 3 veces por día (*BESPAR*, 50 comprimidos de 5mg, $15) y los antidepresivos tricíclicos. Por lo general, el curso de la patología es fluctuante y el tratamiento puede durar desde días hasta 6 meses. En algunos pacientes puede llegar a necesitarse tratamiento de por vida.

c) Desorden obsesivo-compulsivo

El tratamiento debe ser instaurado por el especialista y se basa en el uso de IMAO más antidepresivos tricíclicos (ATC). Este es un tratamiento crónico y aunque un porcentaje disminuye los síntomas, la gran mayoría no mejora.

d) Desorden por estrés post traumático

El manejo de este problema debe ser realizado por el especialista (psiquiatra) y debe estar acompañado de una psicoterapia. El tratamiento con IMAO más ATC se asocia con buenas respuestas (50% mejora a los 6 meses) y su duración varía según cada caso.

La complejidad de estos dos últimos cuadros hace necesaria la consulta psiquiátrica para confirmar diagnóstico y efectuar tratamiento

e) Fobia

El tratamiento farmacológico de la fobia depende de las características del tipo de que se trate. El de las fobias simples (miedo a volar en avión) se realiza con BZ en iguales dosis que para las crisis de angustia (ver antes) pero se indican 2 horas antes de la exposición a la situación fóbica (2 horas antes del vuelo en avión). Las fobias sociales pueden ser medicadas con betabloqueantes como el propanolol de 10 a 40mg 1 hora antes (*INDERAL*, 50 comprimidos de 40mg, $7) o atenolol 50 a 100mg 1 hora antes de exposición (*TELVODIN*, 28 comprimidos de 100mg, $6), BZ como el alprazolam (ver antes) o IMAO.

Las fobias que alteran la calidad de vida de los pacientes deben recibir tratamiento psicoterapéutico y farmacológico.

Insomnio

Existen medidas terapéuticas inespecíficas que pueden ayudar antes de comenzar con un tratamiento farmacológico. Estas son:

- • Promover una situación confortable y calma antes de ir a dormir.
- • Evitar la realización de ejercicios físicos antes de dormir (produce excitación).
- • Leer algo sencillo y ameno.
- • Evitar la ingesta de sustancias estimulantes durante el día (café).
- • No tomar bebidas alcohólicas por la noche por peligro adictivo o de interacción con otros medicamentos.

En un paciente con insomnio es fundamental determinar cuál es el trastorno que lo causa, comenzar siempre con medidas terapéuticas generales y utilizar la terapia farmacológica durante el menor tiempo posible.

Existen dos grupos de drogas para el tratamiento del insomnio, los antihistamínicos y las BZ. En pacientes con insomnio secundario a depresión, los antidepresivos con mayor poder sedativo (nortriptilina) constituyen una buena alternativa (ver en tratamiento de depresión).

1) Antihistamínicos

Las drogas que se utilizan clásicamente en el insomnio son la difenhidramina y la hidroxicina. Si bien son eficaces en inducir el sueño, producen en el 50% de los casos sedación matinal o efecto resaca. Son bien toleradas por los ancianos. La difenhidramina se indica en 1 comprimido por la noche antes de dormir (*BENADRYL* por 25 comp. de 50mg, $10) y la hidroxicina se indica a una dosis de 25mg día en una toma 2 horas antes de ir a dormir (*ATARAXONE 25mg* por 20 comp., $14).

2) Benzodiacepinas

- **Lorazepan**: es la BZ más segura para los ancianos. Su uso es muy frecuente y se la indica en dosis de 2 a 4mg 2 horas antes de dormir (*LORAZEPAN CHOBET 2mg,* por 100 comp. $12).
- **Midazolam:** tiene comienzo de acción rápido y duración corta, por lo que induce el sueño rápidamente sin producir sedación al día siguiente. Muy útil para el insomnio de conciliación. Se indica en dosis de 7.5 a 15mg por la noche (*DORMICUM,* 20 comp. de 15mg, $19).
- **Zolpidem**: es una alternativa al midazolam para el insomnio de conciliación por su comienzo de acción rápido y su corta duración (1 1/2 a 2 hs). No produce somnolencia al día siguiente y casi no hay reportes de insomnio de rebote con la supresión, aunque se han descripto casos leves. Se indica 10mg antes de acostarse (*SOMIT*, 30 comprimidos de 10mg, $17).
- **Flunitrazepam:** es la única alternativa en nuestro país para el insomnio de mantenimiento o despertar temprano por su larga duración de acción y su efecto acumulativo. Puede producir sedación diurna, lo cual puede ser beneficioso en pacientes con ansiedad pero en general constituye un problema y se le atribuyen efectos adversos como somnolencia, mareos, fatiga, pérdida de la memoria, confusión, depresión, conductas violentas y psicóticas. Se indica de 1 a 4mg media hora antes de ir a dormir (*PRIMUM* 2mg por 30 comp., $10).

Se debe tener en cuenta cuál es el trastorno subyacente, ya que muchos pacientes tienen problemas crónicos que podrían estar tratados incorrectamente con hipnóticos y por otro lado, aquellos con problemas psicológicos, se beneficiarían con tratamiento específico (antidepresivos o psicoterapia).

Para el tratamiento del **insomnio transitorio o a corto plazo**, luego de una evaluación del motivo, situación y la personalidad, podría justificarse el uso de una BZ de vida media corta e inicio rápido (midazolam) durante un plazo corto. Se aconseja comenzar con dosis baja, aumentar poco a poco y suspender paulatinamente luego de una o dos noches de sueño tranquilo, no prolongando más allá de tres semanas. El tratamiento farmacológico del **insomnio crónico** es más controvertido ya que el efecto de la medicación es limitado. La medicación aparece como un complemento de otro tipo de tratamientos (psicológicos o físicos) y se puede indicar cada tres noches y suspender gradualmente luego de 3 a 6 meses. Se considera que en estos pacientes, el efecto de las BZ hipnóticas puede aumentar el tiempo total del sueño a lo sumo en 20-40 minutos.

Los agentes farmacológicos actúan más eficientemente en el insomnio transitorio y de corto plazo, siendo más controvertidos su uso en los trastornos crónicos.

3. GENERALIDADES Y DIAGNÓSTICO DE LA DEPRESIÓN Y LA DISTIMIA

Depresión

La depresión es uno de los desórdenes psiquiátricos más comunes y su frecuencia se incrementa en forma constante desde la segunda guerra mundial. Se calcula que del 6 al 12% de los hombres y del 9 al 26% de las mujeres, van a presentar un episodio de depresión en el transcurso de su vida. El pico de mayor incidencia es entre los 35 a 45 años en las mujeres y después de los 55 años en los hombres, aunque puede aparecer en cualquier etapa de la vida. La prevalencia de depresión aumenta con la edad, llegando a un 10% en mayores de 65 años y a un 20%, en mayores de 80 años. Se calcula que el 15% de los pacientes con depresión se suicidan. Los términos **depresión** y **depresión mayor son sinónimos**.

Los médicos de familia tenemos un alto número de consultas relacionadas implícita o explícitamente con la depresión, hallándonos en un lugar privilegiado para la detección y el manejo de este problema.

Los pacientes que presentan depresión se caracterizan por generar una elevada demanda al sistema médico debido a la gran cantidad de consultas que realizan por síntomas somáticos. Es frecuente, no obstante, observar la ***falta de reconocimiento de la depresión,*** tanto por parte del médico como por parte del paciente, como causa del padecimiento, generando respuestas inadecuadas (análisis de laboratorio, medicación y consultas innecesarias). Se estima que sólo el 32% de los pacientes con este tipo de patología recibe un tratamiento adecuado.

Es frecuente que la depresión no se diagnostique, generando respuestas inadecuadas de parte de los médicos. Dado que la medicación antidepresiva y las intervenciones psicoterapéuticas son efectivas y mejoran la calidad de vida de los pacientes, los médicos de familia debemos estar entrenados en reconocerla.

La Asociación de Psiquiatría de EE.UU. elaboró en su manual de diagnóstico y estadística (DSM-IV) los criterios de depresión y de distimia. Esta clasificación es la más utilizada y según los criterios del DSM-IV, la **depresión** (sinónimo de depresión mayor) se caracteriza por:

- El propio sujeto refiere presencia de ánimo deprimido la mayor parte del día (en los niños puede ser irritabilidad) o pérdida del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades. Estas deben acompañarse de por lo menos cinco de los siguientes síntomas durante un período de 2 semanas y éstos deben provocar un cambio respecto a la actividad previa.

  Pérdida importante del peso (5% o más) sin hacer régimen o aumento de peso (en los niños puede ser fracaso en aumentar el peso esperable)

  Insomnio o hipersomnia

  Agitación o enlentecimiento psicomotor

  Fatiga o pérdida de energía todos los días

  Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, casi todos los días

  Pensamiento recurrente de muerte (no solo temor a la muerte), ideación suicida recurrente con o sin un plan específico o intento de suicidio

- Los síntomas no deben cumplir los criterios para un episodio maníaco-depresivo.
- Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- Los síntomas no se deben a los efectos de una sustancia o una enfermedad médica.
- Los síntomas no están explicados por un duelo y persisten por más de 2 meses.

No hay que olvidarse de que se puede estar observando la fase depresiva de una enfermedad bipolar o maníaca depresiva (ver más adelante). Para no hacer diagnósticos errados y comenzar tratamientos incorrectos, se debe hacer un buen diagnóstico diferencial. Este se realiza preguntando al paciente por síntomas de manía o de euforia no justificada.

En toda depresión se debe hacer diagnóstico diferencial con cuadros bipolares o maníaco-depresivos.

Una manera de evaluar la gravedad del episodio actual o más reciente es considerar la cantidad de síntomas presentes. Se considera que hasta 4 el cuadro es leve y hasta 6, es moderado. Con 8 síntomas el cuadro es grave, debiéndose explorar si hay síntomas psicóticos.

La **depresión** *significa la presencia de ánimo deprimido o pérdida del interés o de la capacidad para el placer acompañada de tres síntomas (ver antes), por lo menos durante un período de 2 semanas. El cuadro provoca incapacidad funcional y no se explica por otra enfermedad (trastorno mixto, duelo, abuso de sustancias u otra enfermedad).*

Veamos el siguiente caso:

Un hombre de 43 años, casado, lo consulta por pérdida de peso (del 9% de su peso previo). Al interrogarlo, le relata que los síntomas comenzaron hace 23 días y que está triste la mayor parte del día. Refiere que no le interesan sus actividades y que tiene problemas para recordar las actividades que debe realizar (bancarias). Le cuesta levantarse por la mañana, motivo por el cual no está trabajando y pasa momentos del día pensando en la muerte. El examen físico es normal. No presenta componente maníaco ni ideas suicidas.

Este paciente presenta un claro cuadro de depresión mayor. Es interesante subrayar que la consulta se realiza por la disminución del peso. Esto lleva a considerar si estamos frente a una depresión o a otra enfermedad que tiene como manifestación síntomas depresivos. Si se piensa la consulta por problemas, sin duda el paciente está deprimido. Entonces, en la historia clínica se evoluciona:

Depresión

S Ánimo deprimido la mayor parte del día y pérdida del interés. Pérdida importante del peso (5% o más) sin hacer régimen. Pensamiento recurrente de muerte. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse.

O Examen físico normal.
No idea de suicidio ni intentos previos de suicidio. Sin síntomas psicóticos ni antecedentes familiares de depresión. No cuadro de Manía.

E 1-Depresión Mayor.
2-Depresión secundaria a otra enfermedad.

P Tratamiento con antidepresivos tricíclicos (ATC).
Control con un familiar en 72 horas.

Detengámonos en el punto de causas secundarias de depresión que en principio este paciente no parece presentar, pero que debe tenerse en cuenta en función de la evaluación inicial y el seguimiento. Las principales causas son: **cardiovasculares** (prolapso de válvula mitral, infarto agudo de miocardio), **endócrinas** (hiper/hipotiroidismo, DBT, hipercalcemia), **infecciosas** (hepatitis, mononucleosis, TBC), **nutricionales** (déficit de B12 o de tiamina), **neoplásicas** (linfoma, cáncer de páncreas, tumores cerebrales), **neurológicas** (parkinson), **drogas** (cocaína, corticoides, anticonceptivos) y **situacionales** (depresión post parto, climaterio). Cuando se halla una depresión secundaria a otra enfermedad, se debe evolucionar en la historia clínica: depresión secundaria (por ejemplo, en una paciente con DBT y depresión, evaluándose ambos problemas # DBT y # Depresión secundaria a enfermedad médica).

Aunque las causas secundarias de depresión son poco frecuentes, deben ser descartadas por el médico.

Existen determinadas características de los pacientes deprimidos que se asocian al suicidio. Estos factores de riesgo son:

Edad: el pico es a los 75 años en hombres y de 55 a 65 años en mujeres.

Sexo: las mujeres tienen más intentos, aunque los hombres concretan más el suicidio.

Estado civil: (va decreciendo en orden) solteros, divorciados, casados (sin y con hijos).

Otras: desocupados, con enfermedades crónicas (especialmente con dolor), abuso de sustancias, antecedentes familiares de suicidio o ideas o plan suicida.

Evaluemos ahora otro caso:

A un hombre viudo de 65 años que presenta un cuadro de neuritis post herpética de varios años de evolución se le hace diagnóstico de depresión mayor (8 criterios positivos). Se le propone tratamiento pero se niega a ser tratado o a concurrir al servicio de psiquiatría.

Este paciente presenta determinadas características de riesgo de suicidio (padecer una enfermedad crónica, especialmente con dolor). Ante esta circunstancia, se debe realizar una búsqueda a fondo de ideas o planes de suicidio. Es fundamental tener claro que la decisión de medicar y derivar a psiquiatría deben ser indicaciones del médico de familia que atiende al paciente. Por otro lado, si no se logra la consulta con el especialista o se duda que el paciente tome la medicación, se deben armar redes de contención del paciente, buscando aliados familiares. Si el paciente presenta una ideación suicida o un plan para suicidarse, ese paciente debe ser visto por un psiquiatra de guardia o debe permanecer internado hasta recibir esta asistencia o hasta que, una vez medicado, no presente esa ideación suicida.

El médico debe estar atento al riesgo suicida del paciente y tener lazos fluidos de consulta y derivación con el servicio de psiquiatría.

La clasificación del DSM IV ordena los trastornos del ánimo con un sesgo psiquiátrico, es decir, discrimina bien a la población que consulta al especialista. Sin embargo, en la práctica del médico de familia existen pacientes que no cumplen los criterios de depresión ni distimia, pero presentan síntomas de alteración del ánimo intermitentes o crónicos. Estos pacientes se podían agrupar, anteriormente, bajo el concepto de “depresión menor” (término ya en desuso), incluyéndose en la nueva clasificación como desordenes de ajuste con ánimo deprimido (dura hasta 6 semanas), distimia, ciclotimia o disturbio intermitente del ánimo. De la misma manera, esta clasificación tampoco toma los diagnósticos familiares, los cuales son una aspecto complementario al tratamiento farmacológico.

Existen pacientes con trastornos del ánimo que quedan excluidos de la clasificación del DSM IV. A estos pacientes tampoco se los puede incluir dentro de la distimia, **que no es sinónimo de depresión menor.**

Distimia

Tiene una prevalencia del 2.1 al 4.2% de la población y se observa con mayor frecuencia en la población femenina, los menores de 65 años, personas solteras y de bajos recursos. Se asocia en una enorme cantidad de veces con otros trastornos (70 a 75%), particularmente depresión. En el seguimiento de un paciente con distimia se requiere, en consecuencia, una evaluación constante de depresión.

Según los criterios del DSM IV, los **trastornos distímicos** se caracterizan por:

- Personas con un estado del ánimo crónicamente deprimido, la mayor parte del día de la mayoría de los días. Este es exteriorizado por el sujeto o por los demás, durante al menos dos años (en los niños y adolescentes sólo se requiere de 1 año y los síntomas pueden ser expresados también, a través de irritabilidad).

  Mientras está deprimido presenta 2 o más de los siguientes síntomas:

  Pérdida o aumento de apetito

  Insomnio o hipersomnia

  Falta de energía o fatiga

  Baja autoestima

  Dificultad para concentrarse o para tomar decisiones

  Sentimiento de desesperanza

- Durante el periodo de 2 años de la alteración, el sujeto no ha estado sin síntomas durante más de 2 meses seguidos.
- No debe haber ningún episodio de depresión durante los primeros dos años de la alteración, como tampoco episodios de manía, bipolares o ciclotímicos.
- La alteración no aparece en el transcurso de un trastorno psicótico crónico (esquizofrenia o trastorno delirante) y no se debe a ingestión de sustancia o enfermedad médica.
- Los síntomas producen un deterioro laboral, social o de otra actividad de importancia para el individuo.

Veamos el siguiente caso:

Una paciente de 46 años, que lo ha consultado innumerable cantidad de veces por su colon irritable, ahora lo consulta por hiperfagia. Aunque no aumentó de peso, siempre presentó un índice de masa corporal (IMC) de 26 (sobrepeso) y ahora que tiene más confianza, le comenta esta preocupación.

Sin encontrar episodios de otra enfermedad ni de otro trastorno del ánimo, le confiesa que siente un gran desgano, que no tiene iniciativas, que no es optimista frente a su futuro y que a medida que el tiempo pasa, siente que su vida está cada vez más pobre. Hace más de 2 años que se siente así y solo se sintió bien cuando se fue a visitar a su familia a Santiago del Estero.

Es frecuente observar que estos pacientes, luego de un período relativamente largo de tiempo, consultan por otros motivos. La relación de confianza que se establece con el tiempo, permite hablar

de la vida y del ánimo del paciente. Esta paciente presenta un caso típico de distimia y conviene recordar que se debe estar atento a que la paciente no presente un episodio de depresión. El desgano cotidiano, casi sin interrupción es una característica típica.

Dicho en otras palabras, la **distimia** se diferencia de la depresión en:

- la ausencia de ideas suicidas y de pensamientos recurrentes de muerte.
- el paciente no está agitado ni tiene enlentecimiento psicomotor.
- no hay pérdida de interés o de la capacidad para el placer.
- su principal síntoma es el ánimo triste, y éste dura por lo menos 2 años (puede no estar durante hasta 2 meses).

Diagnóstico diferencial

Anteriormente dijimos que es importante en todo paciente con depresión hacer diagnóstico diferencial con cuadros bipolares (maníaco-depresivo), fundamentalmente por el abordaje y el pronóstico diferente de estas enfermedades. Para poder hacer este diagnóstico diferencial daremos a continuación, algunos criterios para definir manía, hipomanía y episodios maníaco-depresivos.

Manía: se la define como un estado de ánimo anormal y persistentemente elevado, expansivo o irritable, que dura al menos 1 semana (si es necesaria la hospitalización, no importa la duración). Durante este período, han persistido por lo menos tres de los siguientes síntomas:

- Autoestima exagerada
- Disminución de la necesidad de dormir (sentirse descansado después de dormir 3 hs)
- Más hablador que lo habitual o verborrágico
- Fuga de ideas o experiencia subjetiva de que el pensamiento está acelerado
- Distraibilidad
- Aumento de la actividad intencionada o agitación psicomotora
- Implicación excesiva en actividades placenteras que tienen un alto potencial para producir consecuencias graves (gastos desmedidos, situaciones sexuales riesgosas)

Estos síntomas no cumplen los criterios para el episodio maníaco-depresivo, y la alteración del estado de ánimo es lo suficientemente grave como para producir deterioro laboral o de las actividades sociales habituales y requerir internación para evitar daños a sí mismo o a los demás. Los síntomas no se relacionan con la ingestión de sustancia ni con una enfermedad médica.

Se denomina enfermedad bipolar (maníaco-depresiva) a los pacientes que por lo menos durante una semana presentan casi todos los días episodios de manía y depresión.

La **hipomanía** se diferencia de la manía porque puede durar solo 4 días y porque el episodio no es lo suficientemente grave como para provocar deterioro laboral, social o para requerir internación.

La sospecha de manía o hipomanía asociada o no a depresión es un motivo adecuado para hacer una consulta con psiquiatría. Estos cuadros son de difícil tratamiento y de pronóstico reservado. El manejo de estos trastornos escapa a los objetivos de este capítulo.

4. MANEJO DEL PACIENTE CON DEPRESIÓN Y DISTIMIA

Como se dijo anteriormente, la depresión es una enfermedad muy prevalente, llevando al suicidio al 15% de los pacientes que la padecen (pocas enfermedades tienen tan alta mortalidad). Lo llamativo es que sólo el 32% de los pacientes que la padecen, recibe tratamiento. Se estima que del 25 al 75% de las consultas a un médico de familia son realizadas por razones psicosociales, encontrándonos en un lugar privilegiado para la detección y manejo de esta patología. En EE.UU., la mayoría de las intervenciones farmacológicas se realiza en ámbitos no psiquiátricos, el 85% de las prescripciones de psicofármacos son hechas por médicos de familia.

Los médicos de familia deben diagnosticar y tratar la depresión, ya que gran parte de las consultas en atención primaria están relacionadas, implícita o explícitamente, con la depresión.

El diagnóstico de depresión es difícil de aceptar. Por lo general, los pacientes tienden a negar que están deprimidos, debido a que existe un mito de que la depresión es una debilidad del ánimo o del carácter, que no es tratable (o que no se van a recuperar), que están locos o que van a depender siempre de una medicación. Dicho en otras palabras, los pacientes aceptan ser medicados por los dolores del cuerpo (golpes, lumbalgias, etc.), pero no pueden aceptar que cuando lo que duele es el “alma”, pueden necesitar de una medicación que los ayude a que “duela” menos. Debido a esto, es importante detenerse a explicarle al paciente que la depresión es una enfermedad tratable, que deriva de una serie de cambios en el sistema límbico, que existe una predisposición genética a tenerla (antecedentes familiares), que las drogas antidepresivas no producen dependencia y que 3 de 4 pacientes tienen una respuesta favorable a los antidepresivos comunes.

La depresión es una enfermedad compleja, con gran morbimortalidad y muy buena respuesta al tratamiento antidepresivo. Es una enfermedad que los médicos de familia debemos pensar, ya que estamos expuestos a subdiagnosticarla.

El problema al que nos enfrentamos los médicos de familia es el de poder determinar cuándo el paciente requiere ser derivado a un tratamiento psicoterapéutico. Por un lado, sabemos que la escucha empática, comprensiva y devolutiva del médico de cabecera, mejora la autoestima del paciente deprimido, siendo terapéutica. Por otro lado, sabemos que la derivación o consulta precoz

(luego del diagnóstico) está asociada con abandono terapéutico, mala adherencia y sentimientos de pobre contención por parte del sistema de salud.

Los médicos de familia somos los principales encargados de reconocer la depresión. Para ello se deben conocer los elementos necesarios para poder diagnosticarla y comenzar a tratarla. El manejo adecuado de la medicación va a redundar en una mejoría en la atención de los pacientes.

Los tratamientos de la depresión presentan dos facetas, la psicoterapia y la farmacoterapia. No obstante, la base del tratamiento de la depresión es la medicación antidepresiva, aunque la psicoterapia representa un tratamiento complementario indispensable. La mayoría de los pacientes no requieren internación y son tratados y seguidos por el médico de familia.

El tratamiento de la depresión presenta dos aspectos: la psicoterapia y la farmacoterapia.

Psicoterapia

El tratamiento psicoterapéutico debe ser conducido por médicos con experiencia en este tipo de terapias. Debe involucrar no sólo a la persona deprimida sino también a su familia. Es frecuente que las familias de los pacientes con enfermedades crónicas como la depresión, se desorganicen y comiencen a no funcionar adecuadamente.

El médico de familia debe trabajar con el paciente y su familia para lograr un tratamiento más completo y eficaz.

Farmacoterapia

Ante un paciente que reúne los criterios de depresión o de distimia es adecuado considerar el tratamiento con antidepresivos. El objetivo de este tratamiento es el alivio de los síntomas. El médico puede elegir el antidepresivo basándose en la familiarización con un agente en particular, por ejemplo la amitriptilina dentro de los antidepresivos tricíclicos (ATC) o la foxetina dentro de los inhibidores de la recaptación de serotonina (IRS). Por otro lado, los efectos secundarios de las drogas favorecen o condicionan la elección del fármaco. Por ejemplo, la sedación producida por amitriptilina para pacientes muy ansiosos o con insomnio, el efecto anorexígeno de la fluoxetina para pacientes obesos, el efecto desinhibitorio de la desipramina para deprimidos muy inhibidos o el efecto hipotensor de los ATC (nortriptilina) en hipertensos.

El médico de familia debe conocer las características farmacológicas de los antidepresivos más frecuentemente usados. Basándose en este conocimiento, podrá decidir que fármaco es el más adecuado para cada paciente, sacando beneficio de los efectos secundarios de éstos.

- **Antidepresivos tricíclicos (ATC)**

Los ATC son las primeras drogas utilizadas para el tratamiento de la depresión. Inhiben la recaptación de noradrenalina y serotonina (efecto antidepresivo) como así también bloquean los receptores muscarínicos, histamínicos H1 y alfa 1 adrenérgicos (causantes de los efectos secundarios). Presentan como ventajas su eficacia y seguridad probadas a largo plazo, y su menor

costo. Por otro lado, su principal inconveniente son los efectos adversos que presentan, aumentando el costo indirecto por las múltiples consultas médicas y los problemas de adherencia al tratamiento.

Dentro de los efectos adversos, se destacan la sedación, los efectos anticolinérgicos (sequedad bucal, taquicardia y palpitaciones, retención urinaria), los cardiovasculares (hipotensión ortostática, prolongación del intervalo QT, arritmias).

EFECTOS	**EFECTOS ADVERSOS**	**RIESGOS**	**CONTRA-INDICACIONES**
Ojos: (Bloqueo colinérgico)	Visión borrosa- Trastornos de acomodación	Glaucoma de ángulo estrecho	Glaucoma de ángulo estrecho
Piel y mucosas: (bloqueo colinérgico)	Boca y piel secas	Aftas- caries hiperpirexia	
Cardiovascular: cardíacos (efecto anticolinérgico)	Taquicardia – bloqueo A-V, palpitaciones, aumento del QT	Fibrilación – Infarto	Trastornos cardíacos severos o recientes
alteraciones del ritmo, (+bloqueo alfa adrenérgico (alfa 1)	Hipotensión postural.	Mareos - desmayos	Precaución en mayores de edad
Gastrointestinal: (bloqueo colinérgico)	Disminución del tono, motilidad y secreción gastrointestinal.	Dispepsia- constipación, bolo fecal. Nauseas y vómitos	Precaución en mayores de edad
Génitourinario: (bloqueo colinérgico y otros)	Reducción del tono del detrusor y + tono esfínter vesical	Dificultad en la micción, retención urinaria, impotencia, retardo de la eyaculación.	Hipertrofia prostática. Precaución en mayores de edad
Sistema nervioso central (SNC)	Excitación del Sistema nervioso central (SNC) Perturbaciones de la atención y la memoria	Ansiedad, confusión, delirio, alucinaciones convulsiones, coma	Mayor precaución con la edad y enfermedades predisponentes
(Bloqueo del receptor de histamina (H1) y otros)	Sedación - Aumento de peso.	Alteración de la compliance.	

Es importante recordar que los ATC pueden presentar interacciones con otros fármacos. Estos pueden aumentar o disminuir los efectos del ATC, generando muchas veces respuestas anodinas del fármaco.

Dentro de los fármacos que **aumentan el efecto**, se hallan:

Difenilhidantoína	Diuréticos (mayor efecto hipotensor)
AAS	Neurolépticos
Alcohol	Isoniacida

Benzodiazepinas	Antiparkinsonianos (mayor efecto anticolinérgico)
Anticonceptivos orales	Antipsicóticos (mayor efecto anticolinérgico)

Dentro de los que disminuyen el efecto:

Clonidina	Griseofulvina
Propranolol	Rifampicina
Tabaquismo	

La imipramina no debe ser asociada a los estrógenos por su asociación con acaticia, letargo y cefaleas.

La **dosis de comienzo,** para los ATC, siempre debe ser baja (50mg con la mayoría de los tricíclicos, excepto con nortriptilina que se comienza con 25mg) ya que así se disminuye la intensidad de los efectos adversos. En ancianos se utiliza la mitad o el tercio de las dosis de comienzo habitual y se incrementa cada 5 días o 1 semana. La dosis se aumenta progresivamente para probar la tolerancia del paciente y monitorear su adaptación al fármaco (50mg cada 3 días). Es frecuente que, ante la aparición de los efectos secundarios, muchos pacientes decidan dejar la medicación y abandonar el tratamiento. Para evitarlo, es fundamental explicarle al paciente los efectos esperables de la medicación (cuándo va a comenzar su acción y qué puede pasar los primeros días de las tomas), resaltando que éstos son transitorios y desaparecen a los días del comienzo del tratamiento. Los efectos adversos más comunes al comienzo son la sequedad bucal y la taquicardia (con o sin palpitaciones). La sequedad bucal se encuentra siempre y es un síntoma que sugiere buena adherencia. Es útil avisarle al paciente que si experimenta sequedad bucal, significa que la droga está actuando correctamente.

Explicarle a los pacientes los efectos secundarios de un fármaco que puede experimentar al comenzar el tratamiento, enfatizando que éstos son transitorios, previene el abandono del tratamiento.

La **dosis de mantenimiento** depende de factores individuales de cada paciente (edad, utilización de otros fármacos, antecedentes de depresión y uso de una determinada droga). Con la edad pueden presentarse factores que alteren la farmacocinética y dinámica de los fármacos (disminución del clearance de creatinina con consiguiente aumento de las concentraciones séricas o mayor sensibilidad a los efectos centrales como sedación). La utilización de otros fármacos abre el capítulo de interacciones medicamentosas que, si bien son infrecuentes debemos tenerlas en cuenta (ver antes).

Es útil tener en cuenta el uso previo de una droga antidepresiva y el antecedente de dosis de mantenimiento que ya ha demostrado ser eficaz en un paciente ya que estos “standards” de dosis se mantienen a lo largo de la vida. Dicho en otras palabras, si un paciente dice que utilizó amitriptilina 25mg en una oportunidad, pero refiere que se encontraba como “borracho” todo el día, aquí hay mayor sensibilidad al efecto sedante y sugiere que, de usar nuevamente una medicación con efecto sedante, lo hagamos con una dosis mínima (12.5mg de amitriptilina 2 hs antes de dormir) durante un tiempo mayor (1 semana) hasta que se produzca tolerancia a dicho efecto. Distinto son aquellos

casos donde el antecedente de mejora se vio con dosis subterapéutica, donde esta mejoría se puede atribuir a otras causas (efecto placebo).

En pacientes vírgenes de tratamiento la mejora inicial no debe detener la llegada al rango terapéutico.

El efecto beneficioso sobre el sueño que se presenta en la primera semana del tratamiento o sobre el ánimo que tiene lugar al principio del tratamiento puede no estar relacionado con la dosis de la drogas y sí puede estar causado por otros factores como una buena relación médico paciente, una escucha empática, la sensación de contención del médico, del tratamiento y del efecto placebo. Este beneficio se puede ver con dosis muy pequeñas.

En general, la dosis de los ATC varía entre 50 y 300mg, la amitriptilina *(TRYPTANOL 25mg*, 100 comprimidos, $12 y de 75mg por 30 comp., $7), la imipramina *(TOFRANIL 25mg*, 50 comprimidos, $7) y la clomipramina *(ANAFRANIL 25 y retard 75mg,* x 30 cápsulas: $10 y $22). La única droga que difiere de esta regla es la Nortriptilina, ya que, al tener el doble de potencia, su rango es de 25-150mg *(ATEBEN 40mg*, 50 comp., $6). En nuestro país se manejan dosis de mantenimiento menores que en otros países, observándose en consecuencia, menores efectos colaterales (comparado con estudios en EE.UU. o Europa).

Otros ATC son la desipramina que se toma por la noche en dosis de 60mg/día (*NEBRIL 30mg*, 60 comp., 7). Las de 2° generación son menos conocidas y menos usadas por los generalistas. Pertenecen a este grupo la amoxapina, maprotilina, trazodone y bupropion.

- **Inhibidores de la recaptación de serotonina (IRS)**

Son de más reciente aparición, pero han demostrado ser tan eficaces como los ATC para el tratamiento de la depresión. Presentan como gran ventaja, una menor incidencia de efectos adversos, siendo mejor tolerados. Por otro lado, su costo es mayor, aunque generan menor número de consultas médicas al presentar efectos adversos más tolerables y esto hace que el costo final sea menor que con las ATC (diferentes trabajos las señalan como más costoefectivas). Los IRS más comúnmente usados son: la fluoxetina, la sertralina, la paroxetina y la fluvoxamina. Recientemente, aparecieron el nefazodone y la venlafaxina.

Los IRS son drogas más nuevas que presentan efectos colaterales más tolerables, aunque son más caras.

Los efectos adversos que presentan los IRS son cefaleas y trastornos gastrointestinales. Estos aparecen antes del efecto terapéutico buscado y son transitorios, provocando, algunas veces, abandono del tratamiento por intolerancia.

La **dosis de comienzo** para la fluoxetina es de 10mg día *(ALENTAL 20mg*, 40 comp., $20 o EQUILIBRANE 20mg, 30 comp., $15) y para la sertralina de 50mg día *(ZOLOFT 50mg*, 30 comp., $45 y por 100mg, 20 comprimidos, $45). La dosis inicial se mantiene por un mes o mes y medio y se evalúa la respuesta preguntando por tristeza, ánimo, sueño, ideas de muerte, apetito y los síntomas

que motivaron el diagnóstico. El efecto esperado, beneficioso sobre el ánimo aparece en 4 a 6 semanas, momento en el cual si no hay respuesta completa, se puede aumentar la dosis, con fluoxetina a 20mg hasta un máximo de 80mg y a la sertralina a 100mg por día hasta un máximo de 200mg por día.

Cada aumento de dosis merece una evaluación de respuesta luego de 4 a 6 semanas de iniciado el aumento. Debemos explicar al paciente los efectos secundarios que puede experimentar, enfatizando que éstos son transitorios y deben ser evaluados por el médico antes de decidir el abandono del tratamiento.

La **dosis de mantenimiento** depende, como dijimos antes, de cada paciente. El rango de dosis de mantenimiento de los IRS es para la fluoxetina de 10 a 80mg/día, para la sertralina de 50 a 200mg/día, para la paroxetina de 10 a 50mg (*AROPAX 20mg*, 30 comp., $55) y para la Venlafaxina de 75 a 375mg/día (*ELAFAX* 75mg, 30 comp., $38).

La fluoxetina es la droga madre de los IRS, la más usada por los médicos de atención primaria y como tal, merece que comentemos algunas de sus características. La fluoxetina inhibe en forma selectiva la recaptación de serotonina, no mostrando efectos sobre los receptores muscarínicos, alfa 1 adrenérgicos e histamínicos. Se absorbe casi completamente por vía oral y tiene un metabolismo de primer paso hepático. Tarda varias semanas en llegar a una concentración estable en plasma, motivo por el cual, su acción se comienza a objetivar a partir del mes de tratamiento. Al ser un potente inhibidor de una enzima del citocromo P450 presenta interacciones con los ATC, los neurolépticos, algunos antiarrítmicos y beta bloqueantes. Los efectos adversos más comunes y que se presentan entre un 5 a 30% son náuseas, anorexia, pérdida de peso, nerviosismo, temblor, ansiedad, insomnio, diarrea y disfunción sexual (orgasmo y eyaculación retardada o anorgasmia). Son menos frecuentes la sedación o somnolencia, la sudoración y el temblor. La manía se presenta en el 1% de los pacientes a quienes se ha descartado un desorden bipolar.

La característica diferencial de las drogas usadas para la depresión es el perfil de efectos adversos, fundamentalmente con respecto al SNC (sedación, excitación, efecto convulsivante), al aparato cardiovascular (hipotensión ortostática, efecto proarrítmico), a los efectos anticolinérgicos y a los gastrointestinales (náuseas, vómitos y diarrea).

Los IRS presentan interacciones con los **ATC** (pueden empeorar la depresión, producir delirios o convulsiones); con los **IMAO, litio o carbamazepina** (ansiedad, inquietud, confusión, escalofríos, incoordinación e insomnio). Con todas **aquellas drogas que se metabolizan a través del citocromo P450** (midazolam, omeprazol, terfenadina, eritromicina e hidrocortisona).

- **Cómo indicar la medicación correctamente**

Las drogas presentan efectos (deseados o no deseados) que pueden favorecer su elección de acuerdo a las características de cada paciente. Por ejemplo, para los pacientes ansiosos se prefieren drogas sedativas como son la amitriptilina o la trimipramina; para aquellos con acentuación en la

tristeza, se prefieren drogas como la imipramina o la clomipramina y para aquellos con acentuación en los síntomas inhibitorios, se prefiere la desipramina, la fluoxetina, la sertralina o el amineptino.

Una vez que se decidió medicar a un paciente y que se definió la droga más conveniente para él, hay que instruir al paciente sobre cuánto y cuándo tomar la medicación. Esta indicación depende, como dijimos antes, de las características farmacocinéticas de la droga, del paciente y de la continencia del medio familiar.

La prescripción de un psicofármaco debe ser clara, sencilla, memorizable y fácilmente cumplible.

La prescripción de un fármaco debe estar vinculada a las características del paciente a medicar. Existen diferentes formas de prescribir (una sola toma o más de una), cada una con sus ventajas y desventajas.

1. Toma única

Presenta como ventaja tomar toda la medicación en un sólo momento. Esto es ideal cuando la depresión cursa con inhibición (el paciente no tiene “voluntad” de tomar la medicación), cuando hay alteraciones de memoria (mayor riesgo de ineficacia o toxicidad) o cuando no hay garantía de adherencia al tratamiento (compliance). Por otro lado, este tipo de toma es más cómoda para los familiares, ya que muchas veces hay que responsabilizar a uno de ellos para la administración del fármaco.

La toma única (diurna o nocturna) se recomienda para los pacientes que no tienen voluntad de tomar la medicación, los que tienen alteraciones de la memoria o en los que no existe garantía de adherencia al tratamiento.

La **toma única nocturna** presenta como beneficio extra, que si el fármaco tiene propiedades sedantes, esta característica es beneficiosa para el paciente cuya depresión se acompaña de insomnio de conciliación o si la medicación lo deja embotado. Esto se debe a que la concentración plasmática máxima se alcanza a la noche (y el máximo efecto sedante también), a que los efectos adversos se presentan cuando el paciente duerme y pasan desapercibidos, y a que los ATC sedantes tienen una larga vida media, lográndose una ansiolísis diurna. Las desventajas son que los efectos adversos cardiovasculares pueden no ser alertados (evaluar este riesgo), que los pacientes de más de 50 años, mujeres postmenopáusicas, los que tienen enfermedad coronaria o antecedentes cardiovasculares, tienen mayor riesgo de arritmias. Otras desventajas con respecto a algunos de los ATC son que si el índice terapéutico es bajo (rango entre dosis efectiva y dosis letal), no se pueden usar dosis máximas nocturnas o que si el fármaco tiene larga vida media puede ocasionar somnolencia diurna (se debe tener precaución en pacientes que realizan tareas que impliquen precisión y coordinación).

La toma única nocturna se recomienda para los fármacos con mayor efecto sedante (amitriptilina) y para aquellos pacientes con insomnio de conciliación.

La **toma única diurna** se puede aplicar a cualquier ATC, dependiendo de las metas deseadas. Sólo hay que tener en cuenta que los ATC con efecto sedante (amitriptilina) pueden causar mucha somnolencia diurna y que los desinhibitorios (desipramina) pueden dar insomnio, si se dan luego de las 17.00hs.

La toma única diurna se recomienda para aquellos pacientes muy ansiosos.

2. Toma repartida

La **toma repartida equidosis** (misma dosis en cada toma) es útil cuando el efecto sedante del fármaco no es suficiente durante el día y el insomnio se suprime con la dosis nocturna (depresión ansiosa) o cuando el paciente se encuentra inhibido en su vida y relaciona la mejoría de los síntomas con la administración del fármaco.

Una opción a este tipo de prescripción es la **toma repartida pero con mayor dosis nocturna** para aprovechar el efecto sedante de la medicación, si el paciente tiene dificultad en conciliar el sueño.

La toma repartida se recomienda para aquellos pacientes en los que el efecto sedante de la medicación no les alcanza con una sola toma o aquellos que, por estar inhibidos, relacionan su mejoría con la toma de la medicación. Puede ser equidosis o con mayor dosis nocturna.

Tiempo de latencia

Para objetivar la acción antidepresiva del fármaco (mejoría en el ánimo o en el apetito, sentimiento de más energía, etc.) es necesario esperar de 3 a 6 semanas. Por el contrario, para el efecto sedante, el tiempo de latencia es más corto (1 semana) porque es dosis dependiente, pero debido a que el efecto sobre el humor o ánimo es dosis independiente, este tiempo es más largo. Dicho en otras palabras, el aumento de la dosis no se acompaña de mayor efecto antidepresivo (siempre y cuando ya se haya alcanzado la concentración terapéutica), pero sí se acompaña de mayor efecto sedante.

Los efectos antidepresivos de un fármaco se observan recién después de 3 a 6 semanas desde que se comenzó a tomar.

Tiempo de medicación

Es variable según cada paciente. En pacientes menores de 70 años que tienen su primer episodio de depresión, se debe continuar la medicación hasta por lo menos 6 meses luego de restablecida una mejoría constante objetiva y subjetiva. En ancianos (mayores de 70), se continúa hasta 2 años luego de la mejoría.

Los tiempos de medicación son variables y dependen de cada paciente. Para un primer episodio de depresión o de distimia se aconsejan por lo menos 6 meses de tratamiento desde la mejoría de los síntomas. Para un paciente que repite el cuadro depresivo, el segundo tratamiento debe durar por lo menos un año.

Respuesta al tratamiento

Si bien el efecto de la medicación depende del paciente y de la medicación, se han determinados predictores clínicos de buena respuesta. Estos son:

- Antecedentes de eficacia a los ATC.
- Alteraciones manifiestas del peso.
- Pacientes con depresión:
  - de comienzo solapado.
  - con variación diurna.
  - con insomnio medio o tardío.
  - con conducta inhibida o agitada.
  - con ideación congruente.
  - sin alteraciones del sensorio.

Es esperable que entre 50 a 80% de los pacientes deprimidos, tengan una remisión completa luego del tratamiento. Por otro lado, es común que en los primeros meses, luego de la suspensión del antidepresivo, haya una mayor incidencia de recaídas.

Luego de la falla terapéutica con un primer antidepresivo, sólo entre 10 a 15% de los pacientes responden a un segundo antidepresivo. Sólo el 20% de los pacientes que toman los antidepresivos correctamente, recaen (comparado al 50% de los que lo interrumpen luego del período de mejoría). Debido a esto, se realizaron tratamientos más prolongados que tienden a prevenir las recaídas, por ejemplo, 6 meses más luego de los 6 iniciales, a dosis más bajas y tratamiento crónico. También se observa buena evolución y respuesta en pacientes con depresiones más leves con tratamientos más cortos.

Iniciar dosis bajas, aumentar lentamente, advertir al paciente el tiempo de latencia y los efectos adversos esperados. Adecuar el intervalo de dosis a las características del paciente.

En algunos pacientes está indicado realizar **monitoreos séricos**, para controlar la cantidad de droga en sangre. Se recomienda su realización en pacientes con depresión resistente, para valorar si existen concentraciones terapéuticas o no (evaluar falta de adherencia al tratamiento) y cuando se presentan efectos adversos discordantes con la dosis.

Seguimiento de un paciente medicado

Es importante informar al paciente que los efectos antidepresivos de las drogas no se manifiestan hasta luego de un tiempo (3 a 6 semanas), ya que, en general, la presencia de efectos adversos en el primer tiempo y la falta de mejoría rápida, desalientan al paciente y favorecen el abandono del tratamiento. Por este motivo, la contención telefónica o las visitas semanales favorecen una mejor adhesión al tratamiento y una menor tasa de abandono.

Es fundamental que el médico de familia evalúe el efecto de la medicación a las 3 ó 6 semanas. Los problemas más comunes en el manejo de ATC por los médicos de familia son la prescripción de dosis subterapéuticas y la continuación del tratamiento cuando no se observa mejoría.

Aquellos pacientes que hayan tenido **ideación suicida**, deben ser citados semanalmente para ir evaluando el riesgo, para verificar la evolución del tratamiento semanalmente (contar las pastillas) y sólo dar la cantidad de medicación necesaria para la semana (evitar que los pacientes tengan grandes dosis de medicación en su poder). Una vez que comienza el efecto buscado y si el paciente ha mejorado, las visitas se pueden espaciar a una vez por quincena o por mes, según el caso.

Los pacientes con ideación suicida requieren un control médico más estricto. Se debe controlar semanalmente la adherencia al tratamiento, la evolución del tratamiento, la ideación suicida y se recomienda dar sólo la cantidad de pastillas necesarias para la semana.

Suspensión del tratamiento

La medicación debe suspenderse cuando se ha cumplido el plazo y los objetivos terapéuticos, es decir, cuando pasaron por lo menos 6 meses luego de que se produjo una mejoría en la sintomatología que llevó al diagnóstico de depresión. También se recomienda la suspensión cuando los efectos adversos son intolerables (se puede cambiar por otro antidepresivo) o cuando no se produce mejoría de los síntomas.

La suspensión brusca puede ocasionar náuseas, mareos, cefaleas, aumento de la salivación y sudoración, por lo tanto se recomienda bajar la dosis de a 25-50mg por semana para los ATC. La foxetina, por su larga vida media de eliminación, no requiere reducción lenta.

Es bueno que el médico de familia discuta el pronóstico con el paciente y su familia. Esto permite que la suspensión del tratamiento produzca menos ansiedad e inseguridad.

Interconsulta a psiquiatría

La interconsulta está indicada cuando: a) no hay mejorías luego de 8 semanas a dosis terapéuticas del 2° antidepresivo, b) los pacientes tengan contraindicados los ATC y tienen intolerancia a los IRS, c) los pacientes se presenten con delirio, alucinaciones o estupor depresivo (no responden, no hablan), d) cuando el paciente presenta riesgo suicida.

En resumen:

El médico de familia debe:

- Buscar la medicación que más favorezca al paciente con sus efectos (terapéuticos y adversos).
- No suspender nunca antes de los 6 meses de la mejoría, el tratamiento.
- Reevaluar la droga y la dosis cuando se cumplen los plazos de mejoría.
- En aquellos pacientes con antecedentes de ideación suicida, tener control más estricto.
- Consultar al psiquiatra en aquellos pacientes con dudas diagnósticas, terapéuticas, que no mejoren con el tratamiento o que presenten riesgo suicida.

❖ BIBLIOGRAFIA

Barker LR, editor, et al. **Principles of ambulatory medicine**. 3rd ed. Baltimore: Williams & Wilkins, 1991.

Beasley CM Jr., et al. **Fluoxetine: activating and sedating effects at multiple fixed doses**. *J Clin Psychopharmacol* 1992; 12(5): 328-33.

Cole JO. **The drug treatment of anxiety and depression**. *Med Clin North Am* 1988; 72(4): 815-30.

Diagnosis and treatment of anxiety disorders. Washington, DC: American Psychiatric Press, 1989.

[Depression]. Prim Care 1991; 18(2). (Número completo).

Eisenberg L. **Treating depression and anxiety in primary care. Closing the gap between knowledge and practice**. *N Engl J Med* 1992; 326(16): 1080-4.

Goroll AH. **Primary care medicine: office evaluation and management of the adult patient.** 3rd ed. Philadelphia: Lippincott, 1995.

Gram L. **Fluoxetine**. *N Engl J Med* 1994; 331(20): 1354-61.

Marks J. **Benzodiazepines: a 1990 update. Introduction.** *Hosp Pract Off Ed* 1990; 25(Suppl 2): 5-7.

Mellinger GD, et al. **Prevalence and correlates of the long-term regular use of anxiolytics**. *JAMA* 1984; 251(3): 375-9.

Pary R, et al. **Identifying and treating patients with panic attacks.** *Am Fam Physician* 1992; 46(3): 841-8.

Pathare SR, et al. **ABC of mental health. Psychotropic drug treatment.** *BMJ* 1997; 315(7109): 661-4

Perez-Stable EJ, et al. **Depression in medical outpatients. Underrecognition and misdiagnosis**. *Arch Intern Med* 1990; 150(5): 1083-8.

Potter WZ, et al. **The pharmacologic treatment of depression.** *N Engl J Med* 1991; 325(9): 633-42.

Rall TW. **Hipnóticos y sedantes; etanol.** En:_Gilman AG, editor**. Goodman y Gilman Las bases farmacológicas de la terapéutica**. 8ª ed. Buenos Aires: Panamericana, 1991. p. 345-80.

Romach MK, et al. **Characteristics of long-term alprazolam users in the community**. *J Clin Psychopharmacol* 1992; 12(5): 316-21.

Roy-Byrne PP, et al. **Benzodiazepine withdrawal: overview and implications for the treatment of anxiety**. *Am J Med* 1988; 84(6): 1041-52.

Shader RI, et al. **Use of benzodiazepines in anxiety disorders**. *N Engl J Med* 1993; 328(19): 1398-405.

Woods JH, et al. Use and abuse of benzodiazepines. Issues relevant to prescribing. *JAMA* 1988; 260(23): 3476-80.