

## 2. Consultas por síntomas de atribución principalmente psíquica: trastornos afectivos

A. Fernández Liria\* J. Mas Hesse\*\* C. Molins Garrido\*\*\* y M. Zamarro Arranz\*\*\*

\* Coordinador de Programas Asistenciales. Servicio de Salud Mental-Hospital Psiquiátrico de Leganés. Madrid.

\*\* Servicios de Salud Mental de Fuenlabrada. Madrid.

\*\*\* Servicio de Salud Mental-Hospital Psiquiátrico de Leganés. Madrid.

En este capítulo vamos a referirnos a las alteraciones de algo a lo que solemos aludir con términos como *afecto*, *humor*, *estado de ánimo*. Los psiquiatras de las diferentes escuelas han ensayado distintas, y a veces muy bellas, definiciones de este área de la psicopatología y diversas precisiones en el uso de cada uno de estos términos. Incluso la tercera revisión del *Manual Diagnóstico y Estadístico de la Asociación Psiquiátrica Americana*, tan poco proclive a la fineza psicopatológica, propone distinguir entre el término *affect*, sometido a fluctuaciones temporales corlas, y el término *mood*, referido a estados más permanentes. Pero esta distinción carece de relevancia operativa y, además, se corresponde muy difícilmente con el campo semántico que el, castellano reserva a los términos *afecto* y *estado de ánimo* que propone la traducción más frecuente. Por ello, nosotros los utilizaremos indistintamente para denominar el modo en que nos encontramos y experimentamos nuestros sentimientos o en el que, a través de su expresión oral o gestual o de la observación de determinados pailones de conducta, inferimos que se encuentra otra persona. En función de él decimos que mis encontramos, por ejemplo, "alegres" o "tristes".

El estado de ánimo puede alterarse, apartándole la norma, en primer lugar en su calidad. En este registro hablamos de ánimo triste, depresión, exaltación o euforia. Hay que tener en cuenta que la norma respecto a la cual habría que valorar las alteraciones del humor y sus formas de expresión están sometidas a importantes variaciones intra y transculturales, y conductas o expresiones que, en un determinado medio, podrían ser consideradas alarmantes, son la norma en comunidades a veces próximas. Piénsese en los rituales de duelo en nuestro país.

Aunque este modo de proceder ha sido criticado, tales alteraciones detectables como resultado de la exploración psicopatológica, han sido consideradas como *síntomas*, a lo largo de la historia de la psiquiatría, síntomas que,

a su vez, podrían ser agrupados en distintos *síndromes* como, por ejemplo, la depresión o la manía. Se encontrarían, según este modelo médico, presentes en una serie de entidades nosológicas muy diferentes como, por ejemplo, la psicosis maniaco-depresiva, la depresión involutiva o el duelo patológico. Nótese que, lamentablemente, el término "depresión" ha sido utilizado -por supuesto, con sentidos diferentes- tanto para designar un síntoma, como síndromes o trastornos. En la medida en que su detección en uno u otro nivel determina diferentes decisiones a tomar por el clínico, es importante aclarar a cuál de ellos nos referimos cuando lo utilizamos en la comunicación con un colega.

La descripción de trastornos que tienen como característica fundamental alteraciones del estado de ánimo es muy anterior, incluso, a la constitución de la psiquiatría como disciplina. Entre los ejemplos más célebres se encuentra la obra de Burton sobre la melancolía, la descripción de Andrés Piquer de la enfermedad maniaco-depresiva del rey Fernando VI, y los trabajos de Cullen.

La descripción y delimitación de estos trastornos ha sido sumamente problemática desde los mismos orígenes de la psiquiatría (cuando Esquirol desgaja la lipemanía o manía triste de la categoría general de las "manías", establecida por su maestro Pinel). Su conceptualización y clarificación ha reflejado, incluso más marcadamente que la de otros trastornos, las diferentes ideas que unos y otros psiquiatras han tenido o tienen sobre la naturaleza y las causas de los trastornos mentales. Así, podemos ver en distintos textos caracterizar las depresiones como primarias o secundarias, neuróticas o psicóticas, endógenas o no, reactivas o no, involutivas o no.

En la segunda mitad del siglo XX se han impuesto en psiquiatría las clasificaciones que pretenden definir los trastornos en función de criterios eclécticos y para ser utilizables por clínicos de diferentes culturas y orientaciones sin exigirles asunciones teóricas acerca de la naturaleza de los trastornos. Las dos más importantes (la CIE-9 auspiciada por la OMS y la DSM-III por la Asociación Psiquiátrica Americana) son, en sus últimas versiones (9ª y 3ª revisadas respectivamente), casi superponibles en la mayor parte de sus categorías, pero utilizan criterios diferentes, precisamente para clasificar este tipo de trastornos. Para nuestro actual proyecto nos acercaremos más a las categorías propuestas por la clasificación americana por ser ésta más simple y útil para orientar decisiones sobre tratamiento en Atención Primaria.

## 2.1 ALGUNAS PALABRAS SOBRE LA EXPLORACIÓN DEL HUMOR

Es relativamente frecuente que los trastornos del estado de ánimo sean presentados explícitamente como el motivo de consulta. Como es frecuentísimo que las alteraciones que le llevan a la consulta sean designadas por nuestros pacientes con el término "depresión". Ello no quiere decir, en absoluto, que porque la demanda se centre en otro síntoma psíquico o somático o porque haya sido ya "definida" por el paciente, podamos prescindir de la exploración rigurosa y sistemática del estado de ánimo. Ni mucho menos que podamos aceptar el término "depresión" como una descripción del cuadro que se nos presenta y no como algo que nos sitúa ante la necesidad de indagar qué es aquello a lo que nuestro paciente se refiere en ese momento. Por un lado, la palabra "depresión" es la más frecuentemente utilizada en el lenguaje común para designar casi cualquier trastorno mental. Por otro, la existencia de síntomas o síndromes completos muy llamativos -por ejemplo, un cuadro de ansiedad o somatizaciones- aunque configuren la queja central del paciente deben ser abordados por el médico *subsidiariamente* a *7a alteración del humor* que, de existir, ha de ser considerada en primer lugar a la hora de diseñar y llevar a cabo una intervención terapéutica.

Las definiciones operativas propuestas por el DSM-III-R, que reproducimos aquí, tienen la ventaja de informarnos sobre qué es lo que debemos buscar para hacer un diagnóstico. Árboles de decisión como el que presentamos en la figura 2.1 sirven de guía para procesar correcta y rápidamente esta información. La

dificultad que reiteradamente nos exponen los profesionales de Atención Primaria, radica en cómo conseguirla. Para responder a esa duda nos referimos a algunas características de la técnica de entrevista en general y a un modelo técnico concreto de abordaje específico de los trastornos del humor, basados ambos, sobre todo, en los trabajos de Golberg y Huxley.

Toda entrevista médica conlleva un intercambio afectivo importante que requiere ser considerado y cuidado si quiere realizarse con éxito. No es que aquéllas donde lo que está en juego sea un trastorno del afecto o algún otro trastorno mental requieran una mayor medida de este cuidado o consideración, lo que sucede es que cuando se trata fundamentalmente de factores emocionales, pequeñas quiebras de ese cuidado pueden producir fracasos con más facilidad que si el determinante fundamental de una consulta es, por ejemplo, una fractura de C6. El ambiente privado necesario en la consulta (a ser posible debe realizarse a puerta cerrada y con un entorno afectivamente "cálido") reviste aquí particular importancia. Lo mismo ocurre con el principio general según el cual, lo ocurrido en los primeros momentos de la entrevista condiciona decisivamente el desarrollo de la misma. De acuerdo con esto, es fundamental esperar a que el paciente esté cómodamente instalado en la consulta antes de comenzar nuestro interrogatorio. También es importante haber cumplido anteriormente las formalidades del saludo y haber establecido contacto visual directo (en lugar de "aprovechar" estos instantes para repasar la historia clínica o terminar las anotaciones de la anterior). Además de obtener información que puede ser útil (sobre la expresión facial, enlentecimiento o exaltación psicomotriz, relación con posibles acompañantes, etc), contribuimos así a crear un clima de proximidad y evitamos que preguntas del tipo de "¿cómo se encuentra?" sean recibidas como meras formalidades y contestadas con frases de aquí debemos considerar carentes de valor informativo, como "bien ¿y usted?". Si se inicia la parte más formal de la entrevista con una pregunta abierta ("¿cuál es el problema que le trae por aquí?") y se trata de hacer precisar al paciente una posible respuesta vaga con descripciones concretas, es posible que se expliciten elementos suficientes para fijar o sugerir fuertemente un diagnóstico desde los primeros momentos.

En cualquier caso, e independientemente del contenido de lo verbalizado por el paciente, a estas alturas de la entrevista disponemos de infor-

marión sobre algunos aspectos relevantes para el estudio de este tipo de trastornos. Tal es el caso de la *apariencia general* (descuidada y severa en pacientes depresivos y extravagante o provocativa en muchos pacientes maníacos) o de la presencia de enlentecimiento psicomotriz (frecuente en pacientes depresivos) o exaltación (en maníacos y en depresivos agitados).

Particularmente útil es la *expresión facial*. Igualmente podemos observar alteraciones del *flujo del pensamiento y del lenguaje* que puede estar en-lentecido en la depresión y acelerado hasta el punto de perderse en ramificaciones diversas en los cuadros maníacos.

Como señalan Goldberg y Huxley si bien no hay por qué hacer un diagnóstico de "depresión" sólo porque exista un humor triste, hay que asegurarse, antes de haberlo descartado, de que se han explorado al menos tres áreas principales de interés (tabla 2.1).

### 2.1.1 Estado de ánimo

Se trata de comprobar la existencia de un estado de ánimo triste (o en su caso expansivo), llanto frecuente, sentimientos de desesperanza e ideación suicida. En la exploración no podemos conformarnos con la afirmación de que el sujeto se encuentra "triste" o "deprimido". Hay que hacerle describir "hasta qué punto" y "con qué frecuencia" y "cómo lo advierte o lo siente". Goldberg y Huxley recomiendan una gradación de preguntas sobre cuestiones de gravedad cre-

**TABLA 2.1 Modelo para la evaluación de un trastorno afectivo**

#### *Humor*

Animo triste, llanto, ideas de suicidio

#### *Síntomas "biológicos"*

Variación circadiana del humor, anorexia, pérdida de peso, insomnio matutino, pérdida de la libido, inhibición psicomotriz

#### *Contenido depresivo del pensamiento*

Sobre presente: sensación de infelicidad, énfasis en aspectos desagradables, sentimiento de incapacidad, Talla de autoestima y confianza en sí mismo

Sobre futuro: ausencia de futuro, sin sentido de seguir viviendo, previsiones de ruina, enfermedad, catástrofe, etc

Sobre pasado: reelaboración autoinculpadora. Suspiciencia, referencia

Modificada de M. Golberg y P. Huxley. La enfermedad mental en la comunidad. Nieva. Madrid 1990

ciente que pueden hacerse sucesivamente en caso de encontrar cada una respuesta positiva: si tiene ganas de llorar, si llora a menudo, si el llanto le proporciona algún alivio o si puede controlarlo cuando ha comenzado. Los sentimientos de desesperanza y la ideación suicida pueden explorarse siguiendo una gradación de preguntas semejantes comenzando por la pérdida de interés por actividades antes agradables, y de capacidad de disfrute, la sensación de que no vale la pena seguir viviendo, los pensamientos sobre cómo podría acabar con esto, los planes suicidas y, finalmente, las personas que han sido alertadas sobre ellos.

Frecuentemente hemos encontrado médicos que temen hacer este tipo de preguntas por miedo a sugerir la idea y cometer, así, algún tipo de incitación al suicidio. El procedimiento de gradación expuesto nos garantiza la pertinencia de la pregunta si llegamos al punto en el que procede formularla. En todo caso, la del suicidio no es una idea que se le ocurra a uno y decida llevarla a cabo simplemente porque se lo ha sugerido su médico. Sin embargo, la existencia de ideas o planes suicidas elaborados a los que el paciente puede no referirse espontáneamente y se quedarían ignorados por el médico, puede provocar decisiones erróneas. Por otro lado, la sensación que esa actitud puede transmitir al paciente de que hay áreas de sus sentimientos y problemas sobre los que no es fácil hablar con su médico, no favorece la necesaria confianza, mientras que el mero hecho de haber expuesto y podido hablar en la consulta sobre el tema puede contribuir a reforzar la relación.

### 2.1.2 Aspectos "biológicos"

Su exploración suele revertir menos dificultad para el médico general. Comprende preguntas sobre el ritmo diurno de la alteración (se encuentra mejor por la mañana y va empeorando, o se despiertan ya muy deprimidos como sucede en las depresiones graves), sobre anorexia y pérdida de peso y libido. El insomnio característico (el insomnio vespertino se asocia a cuadros de ansiedad) es el insomnio matutino: el paciente despierta a las pocas horas de haber conciliado el sueño, a veces rápidamente. Este dato es importante no sólo para el diagnóstico ya que este tipo de insomnio no responde a la administración de hipnóticos y, en cambio, sí a los antidepresivos. La bradipsiquia y bradilalia (enlentecimiento del pensamiento y lenguaje) han sido ya comentadas.

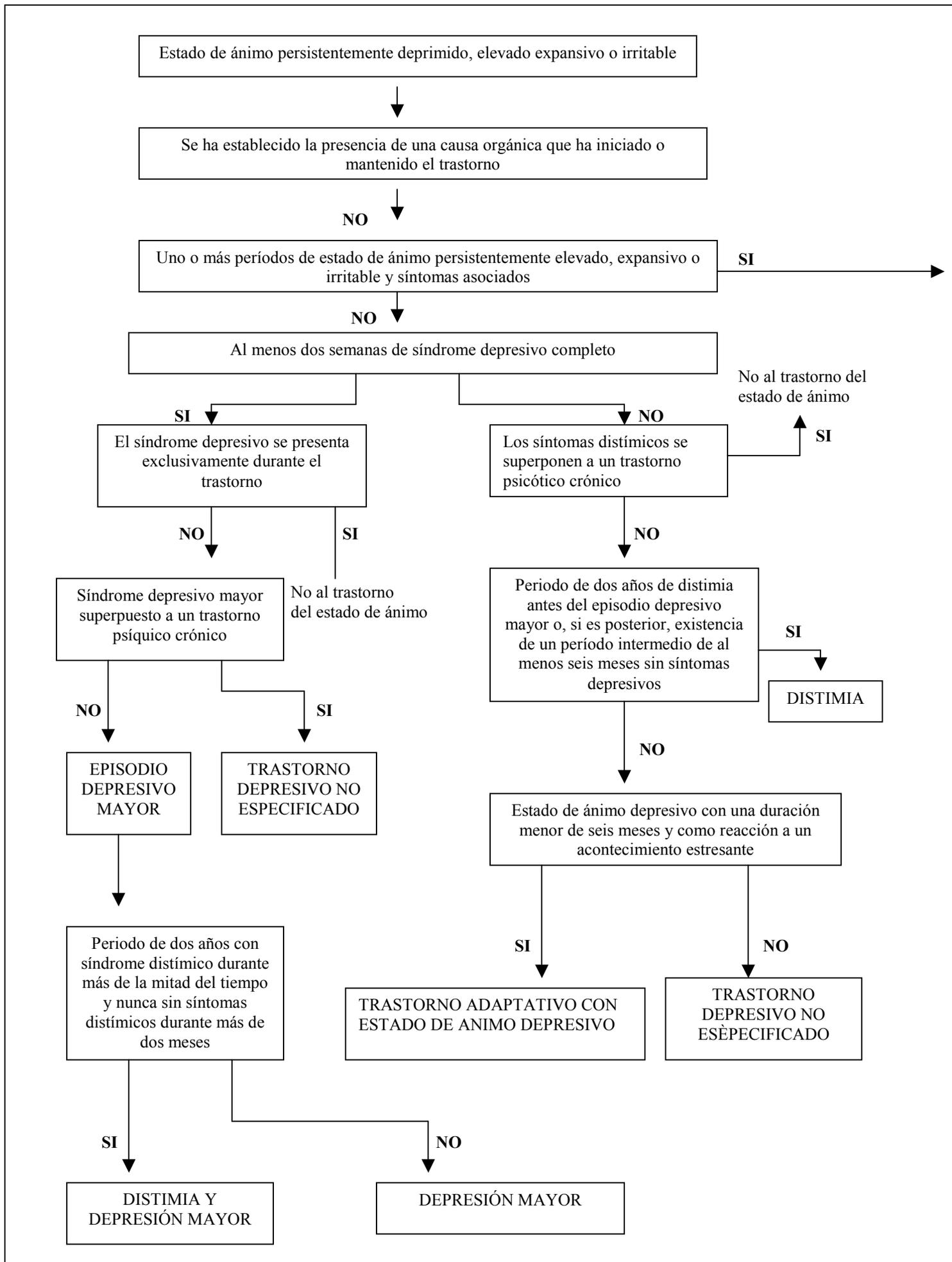
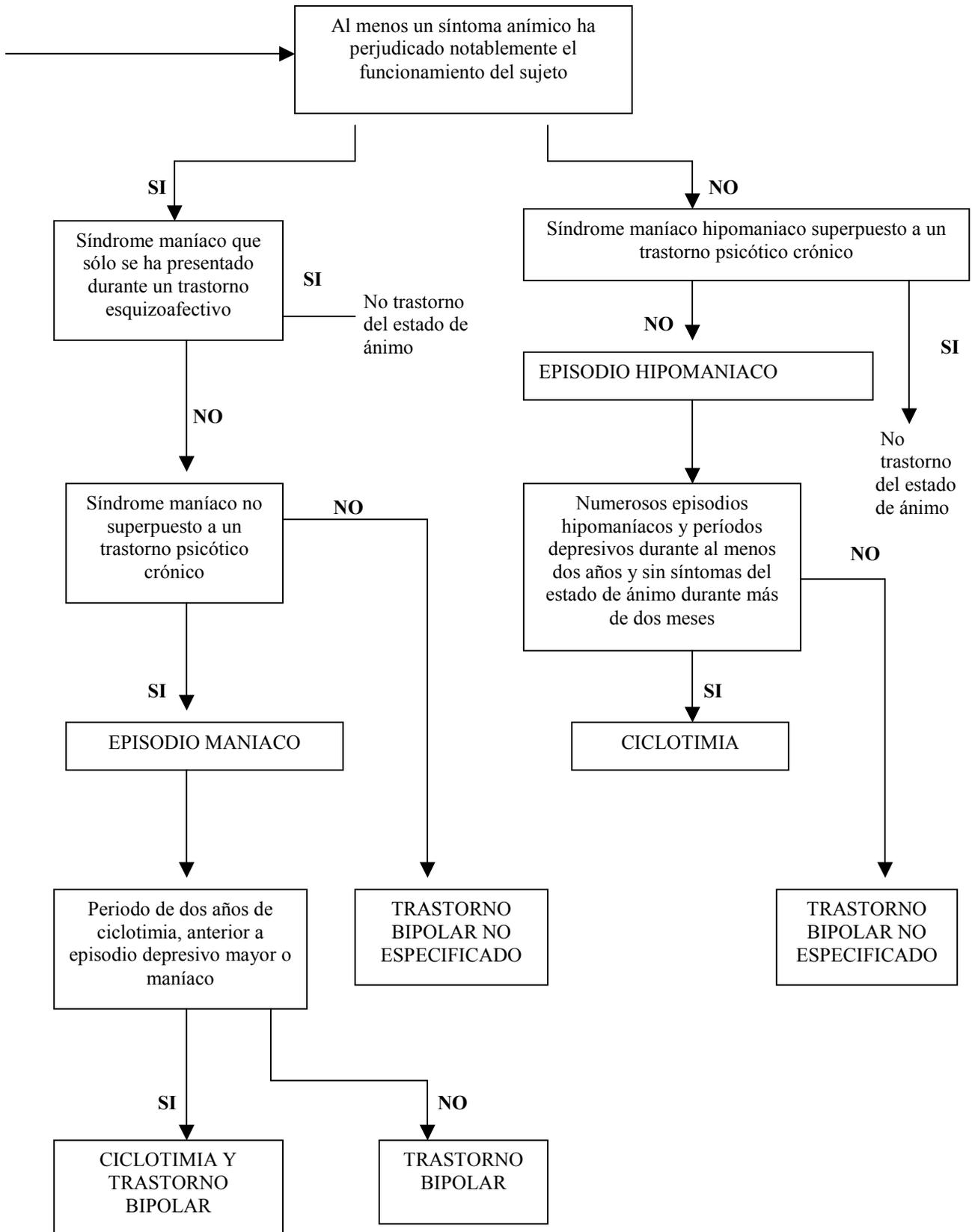


Figura 2.1. Diagnóstico diferencial de los trastornos del estado de ánimo



**2.1.3 Contenido depresivo del pensamiento**

Responde a la siguiente pregunta: ¿en qué piensa usted? o ¿qué cosas tiene usted en la cabeza?. Una técnica de gradación de preguntas semejantes a la propuesta en apartados anteriores comenzaría por la existencia de pensamientos que acuden recurrentemente o que no puede quitarse de la cabeza y, en caso afirmativo, cuáles son. Conviene explorar jerárquicamente las áreas de los sentimientos de incapacidad para actividades concretas, de debilidad y de "no valer para nada", de culpa, la existencia de autorreproches, etc. La existencia de ideas delirantes con este tipo de contenidos debe reseñarse porque tiene repercusiones sobre la actitud terapéutica a adoptar. No debe olvidarse que las ideas de referencia y persecución son también frecuentes en cuadros depresivos (de la manía, mucho menos frecuente y más fácil de detectar, nos ocuparemos en el apartado correspondiente).

**2.1.4 Evaluación del entorno psicosocial**

Es fundamental explorar la existencia de acontecimientos o situaciones relacionados con el inicio o el mantenimiento del trastorno del humor o de alguno de los "temas" presentes en el mismo. Ello nos permite, por un lado, explorar el aspecto de "adecuación" del humor a la situación y detectar posibles factores desencadenantes, y por otro evaluar con qué posibles soportes o apoyos podemos contar a la hora de establecer un plan de cuidados y tratamiento. Es importante contar, para esta evaluación, con la información adicional que puedan proporcionar familiares o personas relacionadas con el paciente ya que las aseveraciones de éste están influidas frecuentemente por el propio trastorno del estado de ánimo. Por este mismo tipo de condicionamiento a la hora de tomar decisiones, conviene explorar y manejar la posible existencia de determinaciones que, guiadas por el propio cuadro, pueden llevar al paciente a desprenderse de soportes importantes (trabajo, matrimonio, hijos, propiedades, etc).

**2.2 CONCEPTOS BÁSICOS**

De acuerdo con la 3ª edición revisada del *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la Asociación Psiquiátrica Americana*, se distinguen tres tipos de concepto:

1) *Síndrome del estado de ánimo* (depresivo o maníaco). Se refiere a un conjunto de síntomas del estado de ánimo, con síntomas asociados que se presentan conjuntamente durante un período de tiempo. Pueden presentarse como parte de un trastorno afectivo, como parte de trastorno psicótico no congruente con el estado de ánimo, o como parte de un trastorno mental orgánico.

2) *Episodio anímico* (depresivo, maníaco, hipomaníaco). Es un síndrome del estado de ánimo no debido a ningún factor orgánico conocido y que no forma parte de un trastorno psicótico no congruente con el estado de ánimo (como una esquizofrenia o trastorno paranoide).

3) *Trastorno del estado de ánimo*. Es un cuadro definido por su evolución según el tipo de episodios que lo configuran. Se dividen en (tabla 2.2): a) trastornos depresivos, si todos los episodios son depresivos; b) trastornos bipolares, si al menos uno de los episodios es de exaltación del estado de ánimo: maníaco o hipomaníaco.

La tabla 2.3 reproduce los criterios del DSM-III-R para el episodio maníaco. De existir al menos uno en la evolución de un paciente haremos el diagnóstico del "trastorno bipolar" (que será mixto si existen trastornos depresivos mayores y monopolar si no). La tabla 2.4, incluye los criterios de la misma clasificación para el *episodio depresivo mayor*. Si existe sin que se haya visto precedido de ningún episodio maníaco procede el diagnóstico de trastorno depresivo. La tabla 2.5, expone los criterios para el diagnóstico de

**TABLA 2.2 Clasificación de los trastornos del estado de ánimo según el DSM-III-R**

TRASTORNOS DEPRESIVOS	TRASTORNOS BIPOLARES
Depresión mayor	Trastorno bipolar propiamente dicho
Episodio único	Ciclotimia
Recurrente	
Distimia (o neurosis depresiva)	
Otros	

**TABLA 2.3 Criterios para el diagnóstico de episodio maníaco**

Un "síndrome maníaco" se establece cuando cumple los criterios A, B y C. Un "síndrome hipomaniaco" se establece cuando cumple los criterios A y B, pero no el C; por ejemplo, la ausencia de deterioro apreciable.

A. Un período delimitado y persistente en el que hay un estado de ánimo anormalmente elevado, expansivo o irritable

B. Durante el período de alteración del estado de ánimo, como mínimo se han mantenido presentes de forma significativa tres de los síntomas siguientes (cuatro, si el estado de ánimo sólo es irritable)

1. Autoestima excesiva o grandiosidad
2. Disminución de la necesidad de dormir; por ejemplo, el sujeto se siente descansado después de dormir sólo 3 horas
3. El paciente está más hablador de lo habitual o necesita hablar continuamente
4. Fuga de ideas o experiencia subjetiva de que los pensamientos se suceden a gran velocidad
5. Distractibilidad, por ejemplo, la atención se dirige con facilidad hacia estímulos externos irrelevantes o poco importantes
6. Incremento de la actividad dirigida hacia un objetivo (tanto social, como laboral o escolar, o sexual) o agitación psicomotora
7. Implicación excesiva en actividades con una alta posibilidad de consecuencias negativas, sin que ello sea reconocido por el sujeto; por ejemplo,

gastar dinero en juergas, indiscreciones sexuales, invertir en absurdos negocios

- C. La alteración del estado de ánimo es suficientemente grave como para provocar un notable deterioro en la vida laboral o en las actividades sociales habituales o en las relaciones con los demás, o como para requerir hospitalización en prevención de posibles perjuicios para el paciente o para los demás
- D. Fuera del contexto de la alteración anímica (antes de la aparición de los síntomas y después de que han remitido) no ha habido en ningún momento ideas delirantes ni alucinaciones que haya durado más de dos semanas
- E. El trastorno no está superpuesto a una esquizofrenia, ni a un trastorno esquizofreniforme, ni a un trastorno delirante o psicótico no especificado
- F. No puede establecerse que un factor orgánico inició y mantuvo la alteración (el tratamiento somático antidepressivo -por ejemplo, fármacos, TEC- que aparentemente desencadena una alteración del estado de ánimo, no debe ser considerado como un factor etiológico de naturaleza orgánica)

distimia cuando existe un cuadro depresivo que no cumple los criterios anteriormente expuesto. La tabla 2.6, de los de ciclotimia a explorar cuando existen cuadros que cursan con exaltación del estado de ánimo y no cumplen los criterios de episodio maníaco.

Si bien hemos considerado útil adjuntar los cuadros referidos en el párrafo precedente por su valor ilustrativo, para las decisiones a adoptar en Atención Primaria y para la comunicación en-liv los profesionales de ese nivel entre sí y con los del nivel especializado bastará con un planteamiento diagnóstico más general siempre y cuando comprenda los aspectos que se recogen tabla 2.7 y que han sido seleccionados en función de su valor orientativo de las decisiones de tratamiento.

## 2.3 SÍNDROMES Y TRASTORNOS MÁS FRECUENTES

### 2.3.1 Trastornos depresivos

#### Diagnóstico

En este capítulo nos hemos referido a los criterios que ofrece el DSM-III-R para el diagnóstico de episodio depresivo mayor y el de distimia y hemos expuesto

cómo realizar la exploración que nos permitiera acceder a la información necesaria para ellos (tabla 2.1). Como señalábamos entonces no es preciso que el médico de familia recuerde los criterios operativos allí enumerados, entre otras cosas porque las estrategias de tratamiento ante un episodio depresivo mayor y un cuadro depresivo que no reúna esos criterios no son, en principio, diferentes. Lo importante es caracterizar el trastorno según su tipo evolutivo (especificando si han existido episodios maníacos y previendo así el riesgo de inversión del humor), su gravedad, y aquellas características que, como la existencia de síntomas psicóticos o de agitación pueden orientar sobre la necesidad de utilizar determinados instrumentos terapéuticos suplementarios (como neurolepticos o benzodiacepinas).

Igualmente importante es la especificación su relación con acontecimientos vitales y la dilucidación de la significación de los mismos, ya que, e un extremo, éstos podrían incluso hacer aparecer como "adecuados" y tributarios sólo de

---

**TABLA 2.4 Criterios para el diagnóstico de episodio depresivo mayor**

---

- A. Como mínimo, cinco de los síntomas siguientes han estado presentes durante un mismo período de dos semanas y representan un cambio de la conducta previa y, al menos, uno de los síntomas es o 1) estado de ánimo deprimido, o 2) pérdida de interés o de capacidad para el placer. (No se incluyen los síntomas que se deben claramente a causas físicas, ideas delirantes o alucinaciones no congruentes con el estado de ánimo, incoherencia, o notable pérdida de asociaciones)
1. Estado de ánimo deprimido (o puede ser irritable en niños y adolescentes) durante la mayor parte del día y, tal como se indicó, sugerido por la experiencia subjetiva o por la observación de los demás
  2. Notable disminución de placer o interés en todas o casi todas las actividades habituales, casi cada día (como se indicó, por referencia subjetiva o por la observación de los demás de apatía durante la mayor parte del tiempo)
  3. Aumento o pérdida significativa de peso sin hacer ningún régimen (por ejemplo, más de un 5% del peso corporal en un mes), o disminución o incremento del apetito casi cada día (en los niños hay que tener en cuenta la dificultad para alcanzar el peso necesario)
  4. Insomnio o hipersomnia casi cada día
  5. Agitación o enlentecimiento psicomotor casi cada día (observable para los demás, no simplemente el sentimiento subjetivo de inquietud o lentitud)
  6. Fatiga o pérdida de energía casi cada día
  7. Sentimientos excesivos o inadecuados de inutilidad o culpa (que pueden ser delirantes) casi cada día (no simplemente autorreproches o sentimientos de culpa por estar enfermo)
  8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse o indecisión, casi cada día (manifestada por el paciente u observada por los demás)
  9. Ideas de muerte recurrentes (no el simple miedo a morir), ideas de suicidio recurrentes sin un plan específico, o un intento de suicidio o un plan específico para suicidarse
- B. No puede establecerse que una causa orgánica inició y mantiene la alteración
- C. La alteración no es una reacción normal a la muerte de un ser querido (duelo no complicado). Preocupación mórbida con sentimientos de inutilidad, ideas de suicidio, notable deterioro funcional o enlentecimiento psicomotor o una duración prolongada sugieren que el duelo se ha complicado con una depresión mayor
- D. Fuera del contexto de la alteración anímica (antes de la aparición de los síntomas y después de que han remitido) no ha habido en ningún momento ideas delirantes ni alucinaciones que hayan durado más de dos semanas
- E. El trastorno no está superpuesto a una esquizofrenia, a un trastorno esquizofreniforme, a un trastorno delirante o a un trastorno psicótico no especificado

---

Un "síndrome depresivo mayor" se define según el criterio A

---

**TABLA 2.5 Criterios del DSM-III-R para el diagnóstico de distimia**

---

- A. Estado de ánimo deprimido (o irritable en niños y adolescentes), comunicado por el sujeto u observado por los demás, que se presenta la mayor parte del tiempo y que dura la mayor parte del día a lo largo de dos años como mínimo (un año para niños y adolescentes)
- B. Durante los períodos depresivos están presentes, como mínimo, dos de los síntomas siguientes
- Poco apetito o voracidad
  - Insomnio o hipersomnia
  - Pérdida de energía o fatiga
  - Disminución de la autoestima
  - Falta de concentración o dificultad para tomar decisiones
  - Sentimientos de desesperanza
- C. Un período de dos años (un año para niños y adolescentes) en el que se da la alteración, sin síntomas del criterio primero por más de dos meses seguidos
- D. No hay pruebas de la existencia de un episodio depresivo mayor inequívoco durante los dos primeros años de la alteración (un año para niños y adolescentes) Antes de la aparición de la distimia puede haber un episodio depresivo mayor, a condición de que esté en remisión completa (ningún signo o síntoma significativo durante seis meses). Además, al cabo de dos años (un año en niños y adolescentes) de aparecer la distimia puede haber episodios superpuestos de depresión mayor, en cuyo caso se optará por ambos diagnósticos
- E. Nunca ha habido un episodio maníaco o un episodio hipomaníaco inequívoco
- F. El trastorno no está superpuesto a un trastorno psicótico crónico, como una esquizofrenia o un trastorno delirante
- G. No puede demostrarse la existencia de una causa orgánica que haya iniciado y mantenido la alteración; por ejemplo, la administración prolongada de una medicación antihipertensiva

**TABLA 2.6 Criterios del DSM-III-R para el diagnóstico de ciclotimia**

- A. Presencia durante dos años como mínimo (un año para niños y adolescentes) de numerosos episodios hipomaniacos (todos los criterios para el episodio maniaco, pág 260, excepto el criterio tercero que indica un marcado deterioro) y numerosos períodos con el estado de ánimo deprimido o con pérdida de interés o de capacidad para el placer, sin que se cumpla el criterio primero del episodio depresivo mayor
- B. Un período de dos años (un año en niños y adolescentes) en el que se da la alteración, sin síntomas hipomaniacos o depresivos por más de dos meses consecutivos
- C. No hay pruebas claras de la existencia de un episodio depresivo mayor o de un episodio maniaco durante los dos primeros años de la alteración (un año en niños y adolescentes) Después de este período mínimo de ciclotimia, puede haber episodios depresivos mayores o maniacos superpuestos, en cuyo caso debe optarse por el diagnóstico adicional de trastorno bipolar o de trastorno bipolar no especificado
- D. El trastorno no está superpuesto a un trastorno psicótico crónico, como una esquizofrenia o un trastorno delirante
- E. No puede demostrarse la existencia de una causa orgánica que haya iniciado y mantenido la alteración; por ejemplo, intoxicación repetida de fármacos o alcohol

**TABLA 2.7 Esquema para la descripción de los trastornos afectivos por el profesional de atención primaria**

- Respecto *al episodio*  
(Gravedad: leve, moderado o grave  
Tipo: depresivo, maniaco, mixto  
Características especiales: con síntomas neuróticos, con síntomas psicóticos, con agitación, con inhibición o estupor
- Respecto *al curso*  
Unipolar o bipolar
- Respecto a *su relación con el entorno significativo del paciente*  
Aparentemente reactiva o no

Tomado de Gelder, M; Oath, D; Mayou, R: Oxford Medical Publications. Oxford 1989

apoyo y resignificación cuadros (de duelo, por ejemplo) que, con la misma morfología, en otro (aso, requerirían otro tipo de intervención (con fármacos antidepressivos, por ejemplo).

Una advertencia importante se refiere a la posible existencia de los cuadros conocidos como de *depresión enmascarada* en los que la alteración del humor no es patente. La presencia de las alteraciones características del sueño, variaciones circadianas del humor y contenidos depresivos del pensamiento pueden orientar el diagnóstico.

**Diagnóstico diferencial**

En primer lugar, ha de hacerse con los cuadros de *tristeza* normal por la existencia, puesta en evidencia a través de la exploración ya expuesta de los otros aspectos del síndrome depresivo y de la "inadecuación" al entorno por su intensidad o por su duración (así, por ejemplo, un síndrome depresivo completo en los primeros momentos de un duelo será considerado "normal").

El diagnóstico diferencial con los *trastornos de ansiedad* reviste, a veces, cierta dificultad. En primer lugar es muy frecuente encontrar que coexistan cuadros de ansiedad y trastornos del humor. Hasta el punto que el borrador de la 10ª edición del capítulo quinto de la *Clasificación Internacional de Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud* contempla la inclusión de una categoría de depresión ansiosa o angustia-depresión. Es frecuente que la sintomatología ansiosa sea más aparente que la afección del humor, y ésta pueda pasar desapercibida para el clínico. El diagnóstico -y el tratamiento- está indicado siempre que el síndrome exista y, por ello, el estado de ánimo debe ser explorado siempre que exista un trastorno por ansiedad. Aunque es más frecuente en la forma de ansiedad generalizada, lo dicho procede igualmente con otras formaciones neuróticas, como las *obsesiones*. El diagnóstico diferencial con los *trastornos esquizofrénicos* es problemático cuando se asocia un humor depresivo con síntomas psicóticos no congruentes con el estado de ánimo y debe realizarse en función de la historia anterior (en cualquier caso, éste es un buen motivo de interconsulta con el nivel especializado). La *catatonia inhibida* puede ser difícil de diferenciar en ocasiones del estupor depresivo, pero se trata de cuadros infrecuentes y que justifican la interconsulta.

Los cuadros depresivos en las edades avanzadas adquieren frecuentemente formas pseudodemenciales (por las quejas sobre rendimientos mnésicos y capacidad de desempeño) y son diagnosticados erróneamente de *demencia*. Los test más frecuentes para la detección de las alteraciones cognitivas propias de estos cuadros también se ven afectados por la escasa capacidad de

atención y concentración subsecuente a los trastornos del humor. La presencia de síntomas de alteración del humor puede ser puesta de manifiesto por una exploración cuidadosa; los referentes a la esfera cognitiva deben ser reevaluados con el paciente eutímico. La asociación de demencia con depresión es, por supuesto, no sólo posible sino frecuente.

Ante un síndrome depresivo completo debe descartarse la posibilidad de encontrarse ante alguna de las *patologías orgánicas* que frecuentemente se asocian a la depresión (tabla 2.8) o algunos de los *fármacos* para los que se ha descrito la misma asociación como son los hipotensores (reserpina,  $\alpha$ -metil-dopa, clonidina, propanolol), corticosteroides, anovulatorios o barbitúricos.

### Tratamiento en Atención Primaria

**Consideraciones generales.** La primera consideración a tener en cuenta es que la mera indicación del tratamiento correcto puede ser inútil dado que, con frecuencia, este tipo de pacientes no aceptan el diagnóstico o, aún si lo hacen, rechazan el tratamiento o, cuando lo inician, lo abandonan antes de haber obtenido algún resultado. El proceso de devolución al paciente del diagnóstico, resignificando los síntomas que nos ha referido y discutiéndolo con él hasta llegar a un "acuerdo" sobre el mismo es, pues, tan importante o más para el éxito del tratamiento que, por poner un caso, la elección del fármaco adecuado.

Se trata, en primer lugar, de comunicar al paciente la naturaleza psíquica del cuadro, resignificando y reordenando a la luz de esa hipótesis cada uno de los síntomas por él referidos. Esto debe ser expuesto con claridad y seguridad pero no de manera tan tajante que impida al pacien

te exponer su opinión y los sentimientos que tal diagnóstico despiertan en él. Hay que evitar alguna de las lecturas que frecuentemente el paciente o sus familiares hacen de estos diagnósticos. Para empezar, la afirmación de la naturaleza psicológica del cuadro no significa ni que al paciente "no le pase nada en realidad" ni que pueda controlar o evitar lo que le pasa por un acto de voluntad. El paciente sufre un trastorno que, precisamente porque es real y porque ocurre contra la voluntad del paciente y más allá de su control, requiere tratamiento. En segundo lugar, no puede dejarse abierto el equívoco que este diagnóstico despeja en un sentido esperada o inesperadamente simple el problema del tratamiento. Con frecuencia, la reacción despertada en los familiares o acompañantes se traduce en un "¿Lo ves, lo que tienes que hacer es poner de tu parte?" que, inmediatamente, de no ser desmentida, situaría nuestra intervención en el mismo lugar que la que, sin duda, ha venido repetidamente fracasando cuando ha sido ensayada por sus allegados (aconsejándole que se anime o indicándole qué actividades debe hacer para ello). Precisamente porque el paciente no puede "poner de su parte", y porque el apoyo, el cariño y el ánimo de sus allegados no bastan, decimos que padece un trastorno y requiere tratamiento médico. Hay que tener en cuenta que la incapacidad de seguir los consejos de sus familiares y de responder a sus desvelos es vivida frecuentemente de forma autoinculpadora, lectura a menudo reforzada por las explícitas atribuciones que acaban haciendo estos mismos familiares, de su reiterado fracaso a la falta de voluntad, desinterés o desidia del paciente. Los intentos desesperados de entretener al paciente o interesarlo por actividades que, en otro momento le gustaron, pueden tener el efecto de confrontarlo más con sus sentimientos de incapacidad y su anhedonia, así como aumentar su sensación de deuda impagable con las personas a las que causa tantos desvelos. Por ello, una reformulación del problema como la que venimos proponiendo puede proporcionar, sin más, una importante sensación de alivio. A la hora de solicitar uno u otro tipo de contribución al cuidado o tratamiento del paciente por parte de sus allegados, es fundamental asegurarse de que la intervención que se pide es comprendida y aceptada por ellos y de que no es tenida como una incriminación o reproche, o como una toma de partido que hace el médico en conflictos o enfrentamientos en curso. Por ello, debe ser muy discutida en la consulta. Si se va a prescribir un psicofármaco, hay que

**TABLA 2.8 Enfermedades orgánicas frecuente asociadas con cuadros depresivos**

---

<i>Enfermedades neurológicas</i>
Enfermedad de Parkinson
<i>Enfermedades del sistema endocrino</i>
Hipotiroidismo
Hipo o hiperparatiroidismo
Enfermedad de Adison
<i>Enfermedades metabólicas</i>
Anemia perniciosa
Porfiria
Enfermedad de Wilson
<i>Neoplasias</i>
Tumores intracraneales
Carcinoma de páncreas

---

advertir al paciente sobre el efecto que cabe esperar de él y los plazos de tiempo en que puede aparecer, así como sobre los posibles efectos secundarios y modo de proceder ante ellos. Si se prevé una evolución del trastorno a largo plazo, hay que considerar cuidadosamente ventajas e inconvenientes de la introducción de psicofármacos que pueden producir dependencia y/o tolerancia (como las benzodiazepinas). Si se teme un uso de la medicación prescrita con fines autolíticos, puede ser conveniente hablar abiertamente de ello.

Cuando en la primera entrevista se han detectado áreas de conflicto que consideramos necesitan más discusión o elaboración, conviene delimitarlas y acordar su formulación con el paciente y puede formalizarse un "contrato terapéutico" estableciendo un número de visitas con determinada periodicidad para abordarlas y evaluar su evolución. Como señalan Goldberg y Huxley, el objetivo de esta terapia, que puede ser explicitado al formalizar el "contrato", es que el paciente llegue a ser autónomo al final de la misma. Por ello, está indicado para trastornos donde se prevé una corta duración. Estos autores recomiendan explicitar el acuerdo de que si el paciente no mejora con un número determinado de sesiones, el médico deberá derivarlo a otro lugar. Esta aseveración conlleva el mensaje implícito de que el procedimiento de mantener y cuidar el vínculo con el médico consiste en mejorar, y no en permanecer enfermo para asegurarse un motivo de consulta. Se trata de un instrumento para evitar el imperceptible deslizamiento hacia una relación cronificada y carente de objetivos en la que el médico está llamado a sustituir ilusoriamente relaciones y apoyos de los que el paciente carece.

Cuando se trata de trastornos que parece tendrán un curso largo y sostenido, se corre el riesgo de despertar expectativas que luego el médico no va a poder cubrir u ofrecer disponibilidades —de tiempo de atención— que quizás van a devenir insostenibles. Por ello, es preciso delimitar cuál es el campo al que el médico va a circunscribir su intervención, recomendando el uso de otros recursos (de servicios sociales, de apoyo socio-comunitario...) para cubrir las necesidades que MU trastorno crónico o las discapacidades resultantes del mismo pueden originar. Deben establecerse y explicitarse objetivos modestos para cada intervención de modo que puedan reconocerse los logros habidos.

### Tratamiento psicofarmacológico

**Generalidades.** Desde que en 1.957 se utilizaron por primera vez un IMAO y un tricíclico para tratar a sujetos deprimidos y se demostró su utilidad, se han realizado numerosos estudios que la corroboran, así como investigaciones en busca de nuevos fármacos. Hacia 1.970 aparecieron antidepresivos sin efecto IMAO ni estructura tricíclica, que se denominaron "nuevos" o

"de segunda generación", por sus diferencias con los anteriores, y que vinieron a introducir una importante heterogeneidad entre estas sustancias. Si bien no se ha logrado superar la capacidad antidepresiva de la imipramina y amitriptilina, sí se han encontrado sustancias que la igualan con menos efectos secundarios.

### Clasificación química

- 1) Antidepresivos tricíclicos: imipramina (Trofranil®), amitriptilina (Tryptizol®), desimipramina, clorimipramina (Anafranil®), Trimipramina (Surmontil®), nortriptilina (Martimil®).
- 2) Segunda generación: amineptino (Survector®), amoxapina (Demolox®)
- 3) IMAO: iproniazida (Iproniacida®), fenelcina (Nardelzine®), tranilcipromina (Parnate®), Pirlindol (Lifril®) (IMAO A específico), nialamida (Niamid®), metfendracina (H-M-II®).
- 4) Antidepresivos no tricíclicos y no IMAO: maprotilina (Ludomil®), viloxacina (Vivarin®), mianserina (Lantanón®), tradozona (Deprax®), fluvoxamina (Dumirox®), fluoxetina (Prozac® 20) (Adofen®) (Reneuron®).

Vamos a referirnos fundamentalmente a los antidepresivos tricíclicos ya que, por ser los más conocidos, consideramos de primera elección.

**Farmacocinética.** Son fármacos que se absorben muy bien por *vía oral*. Como su vida media es larga, pueden usarse en toma única, sobre todo con dosis iguales o menores al equivalente de 150 mg. de imipramina. Puede practicarse la administración por *vía intramuscular* si la *vía oral* no es viable o si se presupone una mala absorción. En este caso la dosis debe ser aproximadamente la mitad que si se utiliza la *vía oral*.

Las *concentraciones plasmáticas máximas* se alcanzan entre las 2-8 horas tras la administración por *vía oral*, aunque pueden tardar más. Por *vía intramuscular* se llega al nivel máximo entre 30 y 60 minutos.

Si se administra por *vía oral* aproximadamente la mitad (entre el 30 y el 70%) del fármaco se metaboliza en el hígado antes de pasar a la circulación.

Esta variación es característica de cada individuo, así como lo es la velocidad de excreción, y

explica que se encuentren marcadas diferencias interindividuales en los niveles plasmáticos tras administrar la misma dosis.

Se trata de fármacos muy liposolubles, por lo que se difunden ampliamente, uniéndose con fuerza a las proteínas plasmáticas y a los tejidos, por consiguiente, presentan bajas concentraciones plasmáticas. Pasan con facilidad la barrera hematoencefálica y placentaria, y pueden pasar a la leche materna (lo hace la imipramina, pudiendo producir en el recién nacido agitación, temblor e insomnio; pero no se detecta amitriptilina en leche tras la toma del fármaco por la madre). Se metabolizan, fundamentalmente, en el hígado y se caracterizan por tener metabolitos activos (desimipramina en el caso de la imipramina, nortriptilina en el de la amitriptilina).

La inactivación y eliminación de los antidepresivos tricíclicos dura varios días y sigue un tiempo de eliminación biexponencial; la mitad de la dosis se elimina en los primeros dos o tres días, el resto tarda aproximadamente una semana, aunque hay importantes variaciones.

La existencia de correlaciones entre las concentraciones sanguíneas de los antidepresivos tricíclicos y la respuesta y/o toxicidad no está dilucidada. Tampoco se ha encontrado para todos ellos una 'ventana terapéutica', siendo con frecuencia la aparición de determinados efectos indeseables lo que condiciona que no se pueda seguir aumentando la dosis en un momento dado.

Sí se ha demostrado que existen umbrales terapéuticos para el efecto antidepresivo, que no aparece si la cantidad de fármaco que se utiliza es insuficiente (menor de 75-150 mg/día, con unos niveles de 100-300 mg/ml.).

*Administración, dosis y protocolos de control.* Consideramos la amitriptilina como el antidepresivo de primera elección.

La dosis terapéutica se suele encontrar entre 75-150 mg. y se puede elevar a 300 mg. si no aparecen efectos antidepresivos tras 15 días de tomar 150 mg. diarios (con más frecuencia mejoran el insomnio y la anorexia). Si después de 15-30 días tomando esta dosis, sigue sin haber mejoría, o si los efectos secundarios son intolerables debemos reevaluar la situación y, probablemente, cambiarse el fármaco (figura 2.2).

Al instaurar el tratamiento, y al menos una vez al año si se prescriben de manera continuada, debe realizarse una anamnesis cuidadosa y una exploración, más completa en los sujetos mayores de 50 años, que comprenda tanto los aparatos cuyo buen funcionamiento es necesario para el normal metabolismo y excreción del fármaco como aquellos que pueden alterarse con su uso (tablas 2.9 y 2.10).

Cuando remite la sintomatología depresiva conviene mantener la dosis terapéutica al menos durante otros dos meses, y la mitad de esta dosis durante tres o cuatro meses más, retirándolos después lentamente (en pacientes con trastorno bipolar puede ser necesario que el especialista co-

---

**TABLA 2.9 Protocolo de control en el tratamiento con tricíclicos (menos de 50 años)**

---

*Anamnesis.* Existencia de antecedentes de alteraciones de:

- Aparato cardiocirculatorio
- Digestivo (función hepática y gástrica)
- Función renal -sistema urinario (prostatismo)
- Sistema endocrino (tiroides, diabetes, etc.)
- Sistema nervioso central (epilepsia, ACV, etc.)
- Oftalmológicos (glaucoma)

*Exploración*

- Auscultación cardíaca
- Tensión arterial

*Uso de otros fármacos*

---

**TABLA 2.10 Protocolos de control de tratamiento con tricíclicos (mayor de 50 años)**

---

*Anamnesis.* Existencia de antecedentes de alteraciones de

- Aparato cardiocirculatorio
- Digestivo (función hepática, alteración gástrica, etc)
- Función renal-sistema urinario (prostatismo)
- Sistema endocrino (tiroides, diabetes, etc.)
- Sistema nervioso central (epilepsia, ACV, enfermedad de Parkinson, etc.)
- Oftalmológicos (glaucoma)

*Exploración*

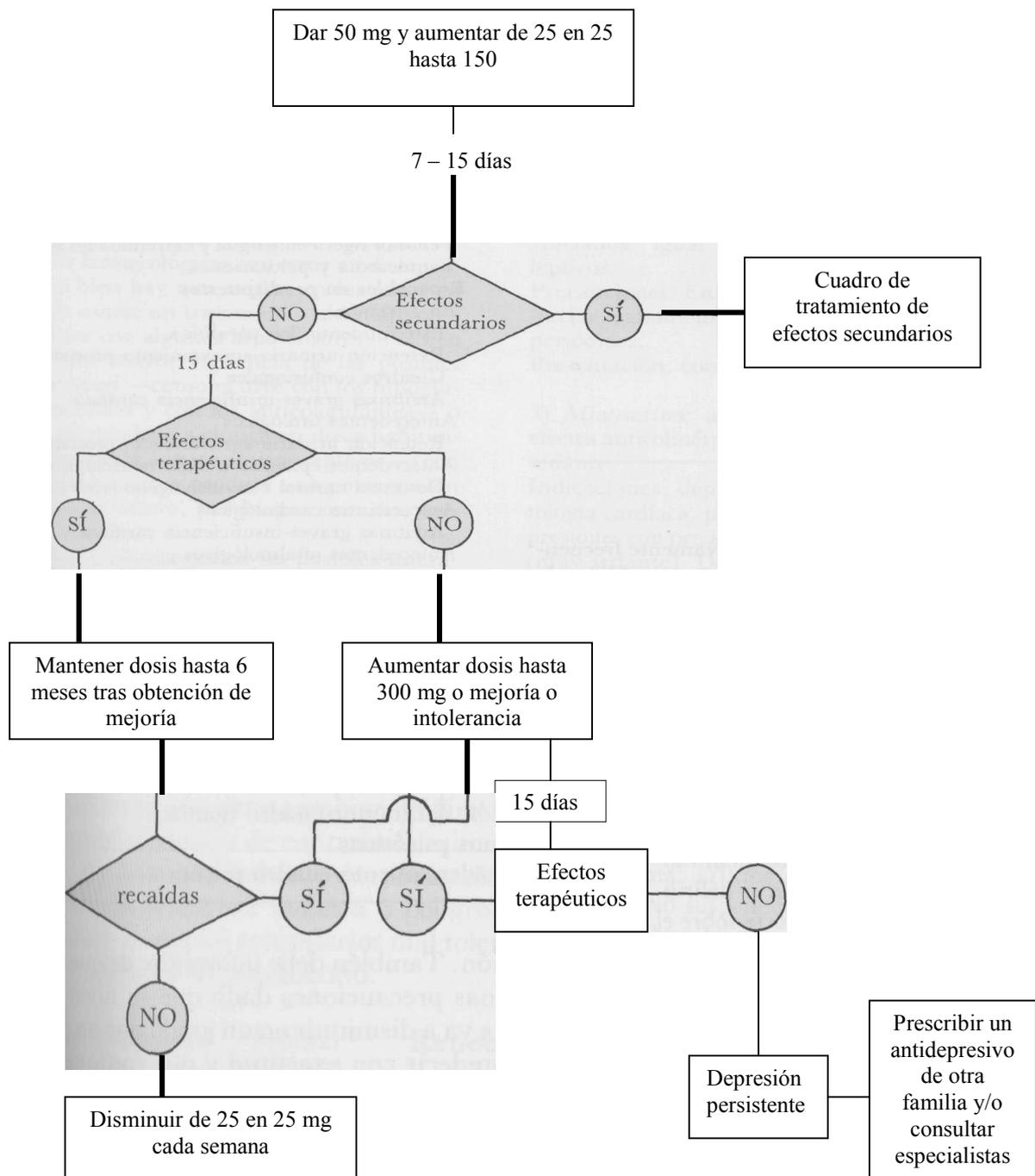
- Auscultación cardíaca
- Tensión arterial

*Exploración complementarias*

- Función hepática
- Colesterol
- Fosfatasa alcalina
- Bilirrubina
- GOT, GPT
- Función renal
- Urea
- Creatina
- Albúmina en orina
- Función cardíaca ECG

*Uso de otros fármacos*

---



**Figura 2.2.** Protocolo de administración de amitriptylina

mience el tratamiento con litio. Si se presentan depresiones recurrentes, también deberá consultarse al psiquiatra sobre la conveniencia o no de prescribir litio o de mantener el tratamiento con antidepresivo).

Las suspensiones bruscas del tratamiento farmacológico pueden desencadenar síntomas de rebote colinérgico a nivel del sistema nervioso central o periférico, con aparición de alteraciones somáticas generales con ansiedad; trastorno del sueño caracterizados por insomnio de inicio o medio y sueño intranquilo; acatisia y exaltación del humor.

**Contraindicaciones.** La única contraindicación absoluta para los antidepresivos es el infarto -o angina- de miocardio reciente. Las contraindicaciones relativas obligan en unos casos a ser muy cuidadoso en la instauración de la dosis eficaz y a tener un control frecuente de las posibles complicaciones y en otros a utilizar otro fármaco menos peligroso para el sujeto. Al hablar del tratamiento de los efectos secundarios señalaremos las recomendaciones a seguir, cuándo aparecen y como en el caso de las contraindicaciones relativas, cuándo hay más riesgo de que surjan (tabla 2.11).

**TABLA 2.11** Contraindicaciones de los antidepresivos tricíclicos

*Absolutas*

Infarto de miocardio reciente *Relativas*  
 Cardiopatía y trastorno del ritmo  
 Hipertrofia prostática  
 Glaucoma ángulo agudo  
 Epilepsia  
 Hepatopatía  
 Nefropatía  
 Hipertensión arterial  
 Diabetes  
 1<sup>er</sup> trimestre embarazo  
 Estado tóxico confusional  
 Toxicomanías  
 En ancianos

*Efectos secundarios.* Son relativamente frecuentes (aparecen en el 15% de los casos, obligando a retirar el fármaco en el 5%).

En gran parte se deben a los efectos anticolinérgicos de estos fármacos que pueden provocar la aparición de sequedad de boca, sabor agrio, dificultades gástricas, estreñimiento, mareos, taquicardia, palpitaciones, pérdida de acomodación visual y aumento de tensión intraocular, retención urinaria, confusión o delirio. Pueden tener también toxicidad directa sobre el corazón y el hígado. Otros efectos secundarios posibles son: temblor, náuseas, somnolencia, aumento de peso, hipersudación, hipotensión ortostática, modificaciones hemodinámicas, alteraciones sexuales con disminución de la libido y, en el varón, impotencia.

En la tabla 2.12 se señalan los efectos secundarios más frecuentes en la población general y en las personas predispuestas.

Saber detectar la aparición de efectos secundarios, valorar su importancia y conocer su tratamiento es fundamental para el profesional de Atención Primaria, al que, con frecuencia, van a llevar su queja los sujetos en tratamiento antidepresivo, sin, a veces, relacionarla con la medicación. En algunos casos, el problema puede ser resuelto en este nivel de atención, en el caso contrario hay que consultar o derivar al especialista.

Conviene, por otra parte, advertir al usuario de alguna de las molestias más frecuentes que pueden aparecer al inicio del tratamiento, tales como estreñimiento, hipotensión ortostática, temblor, sequedad de boca y aumento de sudación, para evitar que se alarme o interrumpa la

**TABLA 2.12** Efectos secundarios de los antidepresivos tricíclicos

*Esperable en general*

Sequedad de boca  
 Somnolencia  
 Mareos-vértigos-hipotensión ortostática  
 Alteraciones de la visión-visión borrosa (midriasis)  
 Temblor ligero en lengua y extremidades superiores  
 Taquicardia y palpitaciones

*Esperables en predispuestos*

En ancianos  
 Estreñimiento-íleo paralítico  
 Retención urinaria-agravamiento prostatismo  
 Cuadros confusionales  
 Arritmias graves-insuficiencia cardíaca  
 Antecedentes urológicos  
 Retención urinaria-agravamiento prostatismo  
 Antecedentes epilepsia o daño neurológico  
 Descenso umbral convulsivógeno-crisis cardíaca  
 Antecedentes cardiológicos  
 Arritmias graves-insuficiencia cardíaca  
 Antecedentes oftalmológicos  
 Agravamiento o desencadenamiento glaucoma  
 Antecedentes digestivos  
 Empeoramiento hernia de hiato  
 Diabéticos  
 Hipoglucemia  
 Trastorno afectivo bipolar  
 Inversión del humor-cuadro maníaco  
 Trastornos psicóticos  
 Desencadenamiento cuadro psicótico

medicación. También debe informarse de que tome algunas precauciones dado que su nivel de vigilancia va a disminuir en un grado que no podemos predecir con exactitud y que consulte si consume ciertos medicamentos —o drogas—; en pacientes bipolares debe tenerse en cuenta que es posible un viraje del humor.

Normalmente, los efectos secundarios disminuyen en intensidad tras administración continuada, debido a que se desarrolla tolerancia a los efectos anticolinérgicos y la hipotensión ortostática.

*Interacciones medicamentosas.* Es necesario evitar, en lo posible, las asociaciones medicamentosas que favorecen la sedación o potencian la sintomatología anticolinérgica.

La asociación con ansiolíticos o hipnóticos debe reservarse a los casos en los que existe ansiedad o insomnio importantes y, a menudo, puede retirarse cuando los antidepresivos comienzan a tener efecto terapéutico. Las asociaciones con neurolépticos se justifican fundamentalmente en las depresiones con ideas delirantes o agitación psicomotriz y en las depre-

siones atípicas de los esquizofrénicos.

Desaconsejamos el uso de comprimidos que incluyan varios fármacos, prefiriendo que, cuando sea necesaria la utilización de más de una sustancia, se realice con distintos preparados, lo que permite el mejor control de la dosis en cada uno de ellos.

Por otra parte, hay que valorar las múltiples interacciones farmacológicas con otros medicamentos que, o bien hay que evitar, en los casos en que puede usarse un tratamiento alternativo — como ocurre con algunos hipotensores— o bien obliga a una mayor vigilancia de las posibles complicaciones —como ocurre con los hipogluemiantes orales y con los anticoagulantes— o no tiene trascendencia clínica en dosis habituales—como ocurre con los anticonceptivos—; con los anticolinérgicos se produce una potenciación mutua de este efecto, por lo que conviene evitarlos.

En la tabla 2.13 recogemos las posibles interacciones que, por su gravedad o por su frecuencia, nos han parecido más importantes.

*Nuevos antidepresivos.* En ocasiones, como hemos visto antes, no puede usarse el antidepresivo tricíclico o conviene cambiar de fármaco, ya sea por la existencia de contraindicaciones relativas; por uso concomitante de medicación cuya interacción puede ser molesta o peligrosa, por aparición de efectos secundarios mal tolerados o por resistencia al tratamiento.

1) *Fluoxentina*: Prozac® Reneuron® Adulen® . desinhibidor selectivo de la recaptación de la serotonina; poco sedante, es *desinhibidor*, indicaciones: a) depresiones inhibidas, b) en trastornos bipolares invierte fase hipomanía/manía, c) me-nos efectos anticolinérgicos y cardiotoxicos: difícil cuantificar con la actual literatura en ancianos (no ha sido evaluado). Posología: 1 compr/d por la mañana (aumenta «)lo si después de varias semanas no hay mejoría): 2 compr/d en dos dosis. Dosis máxima :80 mg/d

Presentación: cápsulas de 20 mg.

Precauciones: en insuficiencia renal o hepática.

Dejar al menos cinco semanas sin tratamiento si se requiere indicar tratamiento con IMAO.

Si se asocia *Diazepam* prolonga su vida media (la del diazepam): no usar en epilépticos.

2) *Fluvoxamina* (Dumirox® ) Inhibidor recaptación de serotonina

Indicaciones: a) depresión inhibida, b) bien tolerados en

pacientes geriátricos, c) menos efectos anticolinérgicos y cardiotoxicos que otros antidepresivos: difícil cuantificar con la actual literatura

Dosis: 100-200 mg/d. dosis máxima 300 mg/d. (dosis máxima por la noche) Ancianos: igual posología. No usar en epilépticos.

Precauciones: En insuficiencia hepática o renal: iniciar tratamiento en dosis bajas con controles periódicos.

Presentación: comprimidos entéricos de 50 mg.

3) *Mianserina*: antidepresivo tetracíclico. Sin efectos anticolinérgicos, no cardiotoxico, bastante sedante.

Indicaciones: depresiones en pacientes con patología cardíaca, prostáticos, glaucomatosos. Depresiones con predominio de ansiedad e insomnio (muy sedante). De primera elección en pacientes con patología orgánica que contraindique uso de ADT. Dosis 30 mg/d. (1 comprimido lantanon 30 mg/noche) dosis inicial. Dosis media recomendada: 60-90 mg/d. (1 comprimido lantanon por la tarde y 2 en una sola toma por la noche) durante 2-3 meses. Dosis mantenimiento: 30-60 mg/d. durante 6-9 meses. Dosis máxima: 120 mg/d.

No suspender bruscamente la medicación.

Presentación: Lantanon 10 mg.; Lantanon 30 mg. (comp.)

Asociado a discrasias sanguíneas.

4) *Doxepina*: (sinecuan® ) actividad adrenérgica. Semejante a los tricíclicos.

Indicaciones: depresión-ansiedad en pacientes con patología cardíaca. Posee *efectos anticolinérgicos* contraindicado en pacientes con glaucoma y prostáticos.

¡Cuidado en pacientes geriátricos!

Dosis: 25 hasta 30 mg/d.

Dosis media recomendada: 75-150 mg.

No suspender bruscamente.

Presentación: cápsulas de 25 mg.

5) *Viloxacina*: (vivarint 100® ) acción similar a timolépticos. Es psicoestimulante.

Indicaciones: pacientes con historia de epilepsia o daño cerebral (no potencial proconvulsiónante). No cardiotoxico.

Posología: 1 comp/tres veces al día (comprimidos = 100mg).

¡Cuidado: aumentan toxicidad de fenitoína!

Efectos secundarios: gastrointestinales (náuseas, vómitos, pesadez estómago...) al inicio del tratamiento.

Tabla 2.13 Interacciones de los antidepresivos tricíclicos

FÁRMACO INTERACTUANTE	EFEECTO	RECOMENDACION
Alcohol Antipsicóticos	Sedación Aumento de niveles plasmáticos de antidepresivo Potenciación de efectos sedante, anticolinérgico y antihistamínico	Desaconsejar su consumo
Benzodiazepinas	Disminución de los niveles de ADT Reacción tóxica	Vigilar la eficacia Evitar administración conjunta
IMAO Litio Antiepilépticos Fenitoína Carbamacepina Barbitúricos	Aumenta el temblor Potenciación recíproca	Vigilar
Aminas simpaticomiméticas directas Metilfenidato Simpaticomiméticos indirectos Anticolinérgicos	Alteran niveles plasmáticos de ADT Crisis hipertensivas	Vigilar Evitar administración conjunta
Antihistamínicos	Crisis hipertensivas Disminuye su eficacia	Evitar administración conjunta Evitar administración conjunta
Antihipertensivos Periféricos Guanetidina Bretilio Betanidina Debrisoquina Centrales Clonidina Metildopa Reserpina Tetrabenecina	Potenciación del efecto anticolinérgico Aumenta efecto antihistamínico y anticolinérgico Disminuye acción hipotensora	Vigilar. Si aparece toxicidad, cambiar el ADT por mianserina Vigilar y controlar dosis Evitar administración conjunta Pautar otros antidepresivos
Aspirina fenilbutazona	Aumenta niveles plasmáticos de ADT	Vigilar y controlar dosis
Hipoglucemiantes orales Estrógenos, anticonceptivos orales	Potenciación efecto antidiabético Aumenta niveles ADT	Vigilar glucemia Vigilar efectos secundarios Controlar dosis
Anticoagulantes orales	Aumenta la acción anticoagulante	Vigilar efectos y controlar dosis Evitar
Derivados de nitroglicerina o nitritos	Hipotensión brusca	Evitar

6) *IMAO*: los IMAO deben ser utilizados, preferentemente, por especialistas, por lo que nos limitamos a señalar las contraindicaciones, efectos secundarios e interacciones medicamentosas que nos parece útil que conozcan los profesionales de Atención Primaria.

*Contraindicaciones*: mayores: hepatopatías (hepatitis infecciosa, cirrosis, ictericia). Menores: alcoholismo,

hipertensión arterial, enfermedad de Parkinson, diabetes, insuficiencia cardíaca, enfermedad celíaca.

*Efectos secundarios más frecuentes asociados al uso de IMAO*: insomnio, sedación diurna, sequedad de boca, disminución de la libido, irritación gástrica, aumento del apetito/peso, edema, hipotensión ortostática y vértigo postural.

#### Interacciones *medicamentosas*

Son múltiples, y, en caso de duda, conviene consultar al psiquiatra. Entre las más importantes se encuentran las reacciones tóxicas con aminorérgicos simpaticomiméticos y con antianorexígenos, las alteraciones en la acción de algunos hipotenso-res, la potenciación de anticoagulantes, de anticolinérgicos y de antiparkinsonianos, de antiepilépticos, de hipoglucemiantes, de analgésicos y de anestésicos. Si el paciente está en tratamiento con antidepresivos tricíclicos conviene dejar pasar de siete a catorce días sin esta medicación antes de prescribir IMAO.

#### Interacciones *con alimentos*

Es bien conocida la potencial peligrosidad de consumir concomitantemente alimentos que contengan tiramina, tales como alcohol, vísceras, habas, quesos fermentados, etc.

#### Intoxicación *aguda y su tratamiento*

La toma excesiva de antidepresivos puede ser una complicación grave e incluso mortal. El riesgo está en función de las dosis ingeridas y de los niveles en sangre. Síntomas de intoxicación pueden aparecer ya con dosis de 1,5-2 mg. o niveles plasmáticos mayores de 500-700 mg./ml hay riesgo para la vida.

La intoxicación aguda se manifiesta por un cuadro complejo, en el que dominan los síntomas neuropsiquiátricos (agitación, incoordinación motora, hiperreflexiva, confusión, manifestaciones delirantes tóxicas; más adelante puede entrar en coma); síntomas cardiovasculares (taquicardia sinusal e hipotensión arterial, arritmias; puede sobrevenir colapso); depresión respiratoria y síntomas anticolinérgicos. El tratamiento debe hacerse en un centro hospitalario, al que se derivará para evaluación a cualquier sujeto que haya ingerido recientemente una sobredosis de antidepresivos, aún cuando no presente síntomas clínicos.

#### **Derivación especializada**

La depresión puede, habitualmente, ser tratada en Atención Primaria. Debe derivarse en algunas situaciones en las que el tratamiento es más complicado, ya sea por la gravedad del cuadro, ya por la falta de cooperación o soporte social. Los casos en que debe remitirse el enfermo depresivo, son fundamentalmente: contraindicaciones al tratamiento farmacológico por enfermedad orgánica concomitante; aparición de efectos secundarios mal tolerados y difíciles de controlar; depresiones resistentes al tratamiento; falta de soporte social; negativa a tomar medicación; depresiones

delirantes; depresiones con gran agitación; alto riesgo de suicidio; depresiones muy recurrentes y depresiones en trastornos bipolares en los que puede estar indicado un tratamiento de mantenimiento.

De la atención especializada puede esperarse que realice precisiones diagnósticas y que dé nuevas pautas de tratamiento; que se haga cargo del paciente utilizando con él instrumentos psicofarmacológicos o psicoterapéuticos propios de este nivel de atención; y que si valora necesario el ingreso hospitalario lo realice.

#### **2.3.2 Trastornos con exaltación del humor**

Son trastornos mucho menos frecuentes que los depresivos. Son relativamente fáciles de detectar. El tratamiento de los trastornos bipolares debe realizarse en atención especializada, dada su gravedad y la necesidad de valorar la instauración de farmacoterapia de mantenimiento.

#### **Diagnóstico**

Siguiendo el DSM-III-R, se denomina *episodio maniaco* o un período delimitado y persistente durante el cual hay un estado de ánimo anormalmente elevado, expansivo o irritable, y aparecen al menos tres o cuatro de los síntomas siguientes: autoestima excesiva o grandiosidad, disminución de la necesidad de dormir, el paciente está más hablador de lo habitual, fuga de ideas o experiencia subjetiva de que los pensamientos se suceden a gran velocidad, distraibilidad excesiva, incremento de actividad o agitación psicomotora; gran implicación en actividades cuyas consecuencias puedan ser negativas, sin que esto sea reconocido por el sujeto (tabla 2.3). Si esta alteración es lo suficientemente grave como para provocar un notable deterioro en la vida laboral o social, o como para requerir hospitalización se considera un episodio maniaco; en caso contrario, hipomaniaco. Por otra parte, es necesario descartar otros trastornos, que no pueden estar superpuestos, como son el esquizoafectivo, esquizofreniforme, delirante o psicótico no especificado y la esquizofrenia.

Siempre que aparece, o haya aparecido, un episodio maniaco, aún cuando nunca haya existido un episodio depresivo se considera que estamos ante un *trastorno bipolar*.

Cuando el trastorno consiste en una alteración crónica del estado de ánimo, de dos años de duración como mínimo, con episodios hipomaníacos y períodos con estado de ánimo deprimido,

sin que tenga una duración ni gravedad suficientes para cumplir los criterios de un episodio maníaco o depresivo, se considera que el trastorno es una *ciclotimia*.

#### **Diagnóstico diferencial**

El DSM-III-R señala los siguiente para el episodio maníaco: a) síndromes orgánicos, ya sean secundarios al uso de sustancias, ya a alguna enfermedad concomitante; b) en el trastorno por hiperactividad con deficiencia de atención es difícil precisar el momento de inicio, y el estado de ánimo no es anormalmente elevado ni expansivo; c) en la esquizofrenia paranoide pueden aparecer síntomas muy similares a los del episodio maníaco, del que en algunas ocasiones es difícil diferenciarla; d) en los episodios hipomaniacos el deterioro laboral y social no es tan importante, y no se requiere hospitalización.

#### **Tratamiento**

No debe comenzarse en Atención Primaria, pues es conveniente que el psiquiatra valore el cuadro, las posibilidades de tratamiento y la conveniencia de que éste se realice a nivel ambulatorio u hospitalario. El tratamiento psicofarmacológico ambulatorio puede iniciarse con haloperidol, en dosis crecientes desde 9 mg diarios hasta que el cuadro se controle. En atención especializada se suele prescribir litio en dosis altas.

Cuando un sujeto que ha tenido un episodio maníaco se deprime, hay que vigilarle estrechamente, por el posible

viraje del humor tras la toma de antidepresivos.

Tras el episodio maníaco es necesario valorar, en función de su gravedad o su tendencia a las recaídas la utilización de fármacos preventivos, entre los que se encuentran litio, depamide y tegretol.

#### **Derivación a atención especializada**

Debe realizarse en todos los casos, nada más detectarse y preferentemente antes de iniciar el tratamiento de un episodio maníaco. De la atención especializada puede esperarse que realice un diagnóstico preciso, valore el tratamiento más adecuado y la necesidad o no de ingreso. En principio y mientras dure el episodio, que se haga cargo del sujeto, y más adelante que valore la instauración o no de tratamiento preventivo. En caso de que consideren necesario prescribir litio, debe pedírsele información sobre los cuidados y precauciones precisos.

#### **BIBLIOGRAFÍA**

Gelder M, Cath D, Mayou R. Oxford Textbook of Psychiatry 2<sup>nde</sup> Oxford medical publications. Oxford 1989.

Goldberg D, Huxley F. Enfermedad mental en la comunidad Nieva 1990.

Bueno JA, Sabanés F, Salvador L, Gascón J. Psicofarmacología clínica. Salvat, 1985.

Loo H, Davy JP, Zarifian E. "Les antidepresseurs". Encycl. Med, Chi (París, France), Psychiatrie, 37860B70, 12, 1987.

American Psychiatric association. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales Masson 1988.