

● ansiedad, depresión, somatizaciones

Definición funcional

Atención a las personas que demanden asistencia por síntomas de ansiedad y/o depresión (estén o no diagnosticadas de enfermedad psíquica o física) o síntomas somáticos que no se expliquen por enfermedad orgánica. La asistencia estará basada en los principios de buena práctica utilizando la evidencia científica disponible, usará los recursos del sistema con máxima eficiencia, evitará tanto la biologización de los problemas psíquicos como la psiquiatrización o psicologización del sufrimiento mental y generará autonomía y satisfacción en usuarios y profesionales.

La salida del paciente de la cadena asistencial del proceso se realizará cuando desaparezcan los síntomas, cuando la mejoría permita la realización de las actividades de su vida cotidiana de forma satisfactoria y/o cuando se transfiera el caso a otras estructuras sociales de contención o dispositivos asistenciales no sanitarios. En estas dos últimas situaciones se entiende que no son necesarias las actividades de contención de los Servicios de Salud. Se considera la posibilidad de pacientes que precisen tratamientos de larga duración y el apoyo simultáneo de otras estructuras e instituciones no sanitarias.

Normas de calidad del Modelo Organizativo

1. La atención a estos pacientes se basará en el establecimiento de un espacio de trabajo conjunto entre niveles asistenciales (modelo de cooperación) con las modalidades de tratamiento de supervisión, coterapia e interconsulta.
2. Se realizará evaluación inicial en AP que lleve a la identificación biopsicosocial y psicopatológica de la demanda, a su registro y al establecimiento, en todos los casos, de un plan terapéutico y de orientación personal, familiar y social.
3. Los recursos terapéuticos en el ámbito de la AP serán: ayuda psicológica (psicoterapia no reglada), medicación, grupos psicoeducativos y potenciación del uso de la red de apoyo social.
4. Deben ser tratados en el ámbito de la AP hasta la superación de los recursos terapéuticos propios los siguientes procesos:
 - Sensación de ansiedad, tensión o nerviosismo (crisis de angustia, trastorno de ansiedad generalizada, fobias sociales no generalizadas y que no produzcan limitación importante).
 - Pacientes que se descompensan por un evento vital estresante (trastornos adaptativos y estrés agudo).

[ansiedad, depresión, somatizaciones]

- Pacientes con quejas somatoformes sin comorbilidad psiquiátrica que justifique la transferencia del "caso".
 - Pacientes en proceso de duelo.
 - Pacientes con sensación o sentimientos depresivos.
 - Pacientes de la 3ª edad que acuden por descompensaciones psicopatológicas atribuibles a la vivencia del proceso de envejecimiento, en general con enfermedades orgánicas crónicas y situación psicosocial compleja (angustia familiar).
 - Miedo a padecer enfermedades.
5. Las situaciones clínicas que determinan el uso del modelo de cooperación en sus diferentes variantes serán:
- Supervisión de psicoterapia realizada por profesionales de AP.
 - Fobias sociales o agorafobias con conductas de evitación.
 - Distimias que no mejoran con tratamiento en AP.
 - Pacientes somatoformes que no mejoran con el tratamiento en AP.
 - Trastornos de ansiedad generalizada que no son candidatos a psicoterapia reglada en ESM.
 - Pacientes hipocondríacos sin comorbilidad psiquiátrica.
6. Las situaciones clínicas que determinan la transferencia de los pacientes a los profesionales de los Equipos de Salud Mental (ESM) serán:
- Agorafobias.
 - Fobias sociales generalizadas o que generan una disfunción importante.
 - Trastornos de ansiedad generalizada candidatos a psicoterapia reglada en los ESM.
 - Pacientes hipocondríacos con comorbilidad psiquiátrica.
 - Episodios depresivos con criterios de riesgo, o sin mejoría en un periodo de 3 meses de tratamiento en AP.
 - Trastornos adaptativos que no mejoran en procesos de coterapia y/o supervisión.
 - Distimias que no mejoran en procesos de coterapia y/o supervisión.
7. La atención a los pacientes en los ESM se atenderá a los siguientes principios organizativos:
- La fecha y hora de la primera cita será proporcionada por AP inmediatamente después de la decisión de derivar. No se asignará facultativo a menos que haya una petición explícita del paciente. La demora de la cita no podrá ser superior a los 15 días, teniéndose en cuenta las características clínicas que justifican la demanda (preferentes y urgentes).
 - Los informes de transferencia, primera visita y alta circularán por canales internos sin la participación del paciente.



[ansiedad, depresión, somatizaciones]

Normas de calidad de la atención en AP a la Depresión

1. La escucha activa y las técnicas adecuadas de entrevista, el esclarecimiento de los síntomas al paciente y su entorno de relaciones y la higienización de los estilos de vida son tratamientos básicos y útiles en todos los trastornos del ánimo que cursan con sentimientos depresivos (D).
2. El episodio depresivo leve puede ser tratado de forma efectiva con medicación o psicoterapia, los episodios moderados o graves requieren medicación que pueden combinarse con psicoterapia (A).
3. Entre el 65-70% de los pacientes responden al primer antidepresivo (A). Ningún fármaco antidepresivo ha demostrado ser superior a otro en eficacia o tiempo de respuesta. Su elección debe basarse en la respuesta previa del paciente al fármaco o en su perfil de efectos secundarios (A).
4. Son aconsejables visitas de seguimiento a la semana o las dos semanas del primer contacto para evaluar la respuesta a la intervención, y a las 4-6 semanas para evaluar la respuesta al tratamiento farmacológico (D).
5. La continuación de la terapia durante 4-9 meses después de la remisión de los síntomas iniciales disminuye la incidencia de recaídas del episodio depresivo (A). En grupos seleccionados de pacientes puede considerarse el mantenimiento indefinido de la medicación (B).

Normas de calidad de la atención en AP a la Ansiedad

1. Un diagnóstico preciso ante cualquier comienzo de un síndrome ansioso no explicado es la clave de un plan terapéutico de calidad. Deberá evaluarse si existen causas orgánicas, abuso de drogas o un trastorno mental específico (crisis de angustia, agorafobias, fobias sociales, ansiedad generalizada, trastorno adaptativo, trastorno obsesivo compulsivo, estrés agudo, estrés postraumático) (D).
2. La contención de la angustia del paciente a través de la escucha activa y las técnicas adecuadas de entrevista, el esclarecimiento de los síntomas al paciente y su entorno de relaciones, la higienización de los estilos de vida y la desmedicalización de los problemas mentales son tratamientos básicos y útiles en todos los trastornos del ánimo que cursan con sentimientos ansiosos (D).
3. Las técnicas que producen relajación han demostrado reducir los niveles generales de activación autonómica si se practican regularmente (A). El uso de grupos psicoeducativos que incluyan estas técnicas está especialmente indicado en la ansiedad generalizada. Las técnicas de resolución de problemas ayudan a resolver la fuente de estrés en pacientes que han experimentado recientemente un evento vital estresante (A). Las terapias cognitivo-conductuales han demostrado su efectividad en las crisis de angustia, agorafobias y trastorno obsesivo compulsivo (A).
4. El uso sistemático de medicación no es recomendable, especialmente en aquellos trastornos de intensidad leve, con buen soporte psicosocial, con tendencia a la remisión



[ansiedad, depresión, somatizaciones]

espontánea o altamente específicos, de forma que no interfieran con la vida cotidiana del paciente (D).

5. Si se usa medicación psicoactiva es conveniente seguir el principio de “comenzar poco a poco y seguir lentamente” (D). Han demostrado su efectividad en las crisis de angustia la imipramina (100-225 mg. durante 8-12 semanas), la paroxetina (10-60 mg. durante 10-12 semanas) la clomipramina (50-100 mg. durante 6-12 semanas) y el alprazolám (4-15 mg. durante 4-15 semanas) aunque este último conlleva un riesgo significativo de producir dependencia (A). No hay estudios que avalen el uso de medicación a largo plazo en la ansiedad generalizada.
6. Las benzodiacepinas son útiles como tratamiento sintomático de la presentación aguda de ansiedad o sus consecuencias. Sin embargo, aún en estos casos, es conveniente recordar que pueden generar dependencia física y síndrome de abstinencia si su retirada es brusca (D).

Normas de calidad de la atención en AP a las Somatizaciones

1. Son principios básicos y útiles en el tratamiento de este tipo de patologías: la contención de la angustia del paciente a través de la escucha activa y las técnicas adecuadas de entrevista, la higienización y el esclarecimiento de los síntomas, el uso racional de las pruebas diagnósticas y tratamientos médicos, evitando los diagnósticos “organificadores” del síntoma y el tratamiento con placebos y el diagnóstico de la comorbilidad psiquiátrica (D).

Anexo

Niveles de evidencia de las recomendaciones más significativas:

- A. Ensayos clínicos controlados y aleatorizados.
- B. Ensayos clínicos controlados no aleatorizados.
- C. Estudios observacionales.
- D. Opiniones de expertos.

Normas de calidad incluidas en el Contrato Programa Consejería S.A.S 2002

- Existencia de protocolos de intervención en crisis consensuados entre cada EBAP y el ESM correspondiente.
- Existencia de protocolos consensuados de derivación de episodios depresivos.



[ansiedad, depresión, somatizaciones]

REPRESENTACIÓN GRÁFICA

Modelo organizativo de cooperación

