

NO HACER **EN SALUD MENTAL**

© 2023, **Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria**

Diputació, 320
08009 Barcelona
www.semfy.com

Queda prohibida la reproducción parcial o total de esta obra por cualquier medio o procedimiento, sea este electrónico, mecánico, por fotocopia, por grabación u otros métodos, sin el permiso previo y por escrito del titular del *copyright*.

Coordinación y dirección editorial:

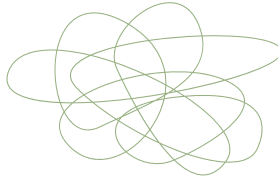
Congresos y ediciones semFYC

Carrer del Pi, 11, 2.ª planta, of. 13
08002 Barcelona
ediciones@semfy.com

Diseño: Falcó

ISBN: 978-84-126903-4-7
Depósito legal: B-7585-2023

Printed in Spain



NO HACER EN SALUD MENTAL

Coordinadora

Luz de Myotanh Vázquez Canales

Revisoras y revisores

Enric Aragonès Benaiges

Javier Ramírez Gil

Luz de Myotanh Vázquez Canales

Autoras y autores

Antonieta Also Fontanet

Mounir Diouri Nair

Víctor Expósito Duque

Virginia Fuentes Leonarte

Victoria García Espinosa

Juan Antonio López Rodríguez

Javier Ramírez Gil

Helena Riera Íñiguez

María Auxiliadora Rodríguez Tejada

Pedro Ruiz Asensio

Juan Manuel Téllez Lapeira

Encarna Torruz Yuste

Luz de Myotanh Vázquez Canales

Agradecimientos

Rosana Corral Márquez

Mayte Serrat López



Índice

Prólogo	7
1. No utilizar etiquetas diagnósticas de manera inicial ante un paciente que consulta por malestar emocional	9
2. No abordar problemas de salud mental sin contextualizar los determinantes sociales de la salud para evitar medicalizar cuestiones de base social	11
3. No medicalizar el duelo no complicado	13
4. No minimizar los síntomas y su repercusión en la salud mental de la población infantojuvenil	15
5. No obviar el consumo de sustancias en la anamnesis del paciente que consulta por un problema de salud mental	17
6. No omitir el abordaje de la ideación suicida en personas que consultan por síntomas depresivos	19
7. No diagnosticar un problema de salud mental sin haber descartado previamente las causas orgánicas	21
8. No utilizar psicofármacos de forma exclusiva en el tratamiento de los problemas de salud mental	23
9. No prolongar situaciones de incapacidad temporal por trastornos depresivos esperando una remisión completa de los síntomas	25
10. No prescribir benzodiazepinas sin antes considerar su semivida y el perfil clínico del paciente	27
11. No prescribir antidepresivos de forma sistemática en el tratamiento inicial del trastorno depresivo leve	29
12. No tratar cuadros de insomnio en ausencia de depresión con antidepresivos de perfil sedante	31
13. No subestimar el riesgo cardiovascular del paciente tratado con antipsicóticos	33
14. No mantener tratamientos con psicofármacos indefinidamente sin revisar sus criterios de prescripción y la situación del paciente	35
15. No deprescribir antidepresivos de forma abrupta para evitar el síndrome de discontinuación	37

Prólogo

Ángela me consulta después de medio año sin hacerlo y me alegra con su visita. El alcohol ha hecho mella en su rostro: hunde sus mejillas, con la piel más pegada al hueso de lo que yo recordaba, y su pelo es menos brillante, su sonrisa menos verdadera; he temido por su vida. Quiere que la ayude a remontar. Me retiro del teclado, doy un empujón a mi silla con ruedas y hago brotar mi cara lejos de la pantalla. Para que no vuelva a abandonar las citas, me digo, voy a exigirle menos que nunca. Esta vez voy a estar callada hasta que acabe. Tiene que vaciarse, tiene que notar que en esta consulta el tiempo se detiene mientras la escucho. Hay una pausa larga hasta que empieza a hablar: ha tocado fondo. Asiento, callo, me muerdo la lengua cuando pienso en una analítica con B_{12} y en volver a la olanzapina o el Antabus; lo pienso mucho antes de preguntarle si me ha buscado por eso, si piensa volver a tomar las pastillas o simplemente sabía que podía contarme todo eso y yo no me pondría en marcha como un juguete mecánico. No empezaré con el «Tú lo que tienes que hacer...», «Tú deberías...», «Uno cada doce horas...» o «Ya te lo dije».

Qué difícil se hace a veces revertir esta educación que recibimos en la facultad y entre boxes o sesiones clínicas, la del diagnóstico en cinco minutos, la analítica en diez, el recetario en quince. Ángela odia que la medicación le quite la capacidad de llorar, pero yo odio sentirme impotente, con las manos atadas, fracasada como médica. La enfermedad y la muerte, entendí, se combaten con una retahíla de intervenciones ágiles, con buenos reflejos, con movimientos engrasados; la soledad, con una verborrea técnica que retumba más que el silencio. Pero la muerte y la enfermedad siguen llevándonos la delantera en este pulso nuestro; la soledad, también. ¿Qué hicimos mal?

Este documento semFYC con recomendaciones «No hacer» en Salud Mental nos educa en el bienestar a través de la espera, la sanación que trae el acompañamiento reflexivo y pausado, la no intervención razonada. Nadie nos enseñó tal cosa. El largo plazo no está de moda. La hiperactividad es el mal del siglo y no contagia solo los ámbitos sanitarios: empezó siendo lucrativa en los supermercados y se extendió como un cáncer a las escuelas, los parques, los hogares de jubilados, los destinos turísticos. Hoy es un pulso del que es difícil sustraerse incluso en los espacios íntimos, en los encuentros familiares, en el diálogo con uno mismo. Pero un médico que no solo vende curas, decía John Berger en *Un hombre afortunado*, es hoy en día inestimable.

Ojalá hubiera más guías «No hacer» fuera del ámbito clínico. Todo el nervio que nos atraviesa fuera de la consulta es histeria que se multiplica dentro de ella. Por ejemplo, guías «No hacer» de burocracia kafkiana, de comida precocinada, de compra inteligente, de relaciones tóxicas... Hace tres años una pandemia mundial nos dejó clavados en la salita de nuestras casas. La consigna era «No hacer». ¿Alguien ha retenido algo de aquel ralenti?

Le acerco los pañuelos a Ángela mientras me pregunto cómo hacer de la consulta un lugar a su medida, un lugar al que no tarde medio año en volver. Cómo cancelar el ruido febril del teclado y dejar de exigirle cosas que luego no pueda cumplir y la llenen de culpa, la enmudezcan, la dejen más sola, si es que se puede estar más sola de lo que está ya ella. A veces se consigue, y no es llenando la mesa de propuestas como un mercader de telas o de planes de ahorro. Entre los golpes de recetario y el ronroneo de la impresora se abren grietas, contagios, instantes de comunicación genuina en los que se puede uno zafar de sí mismo y de su bata blanca y bajar las manos. Se puede ser alguien ahí, delante de ella, con coraje, sin parapetos, intrigado por conocerla, intrigado por llegar a su verdad. Sin prisa para ir a la siguiente consulta, aquella en la que un paciente grave nos busque otra vez, nos incluya en su mundo. Vuelve uno a sentirse más médico de lo que se había sentido en mucho tiempo.

Dra. Rosana Corral Márquez

Escritora y médica especialista en Psiquiatría

NO HACER en salud mental

1

No utilizar etiquetas diagnósticas de manera inicial ante un paciente que consulta por malestar emocional

El diagnóstico supone un acto médico que puede conllevar yatrogenia. Sus beneficios potenciales deben ser contrastados con el daño que pueden ocasionar en las personas y en los colectivos.

En la Atención Primaria, debido a su accesibilidad, a su cercanía y a la propia mercantilización de la salud y de la vida, se valoran numerosas consultas relacionadas con problemas de la vida cotidiana (sufrimiento emocional y malestar psíquico) que en el pasado se resolvían fuera del ámbito del sistema sanitario.

La etiqueta diagnóstica impone un marco interpretativo médico-tecnológico, el cual inicia una cascada de procedimientos diagnóstico-terapéuticos que pueden generar yatrogenia por el estigma y la dependencia del sistema. Además, favorece una solución individual que puede responsabilizar al individuo y desarticular soluciones colectivas que se establecen fuera del sistema sanitario. En este sentido, se estima que hasta una de cada cuatro personas derivadas a centros de Salud Mental no reúnen criterios diagnósticos de trastorno mental¹. Sin embargo, el hecho de ser remitidos genera en los pacientes la impresión de que sus propios recursos, o los comunitarios, no son válidos para resolver su sufrimiento. Ello no significa que desde Atención Primaria no se deba abordar su problemática: escuchando, dando apoyo, orientando y evitando la medicalización/psiquiatrización.

En salud mental, la citada etiqueta influye enormemente, ya que dificulta la búsqueda o mantenimiento del empleo, la percepción de éxito social o familiar y las relaciones interpersonales plenas, con un importante efecto en el propio autoconcepto. Existe el riesgo de acabar dando entidad y peso a los trastornos que se pretenden aliviar, al amplificar la vulnerabilidad del individuo e incluso limitar sus posibilidades de recuperación. Algunos estudios sugieren que el modelo psiquiátrico basado en el diagnóstico no ha supuesto una clara mejora en el pronóstico de los trastornos². Ciertamente,

los diagnósticos pueden convertirse en una herramienta que disminuye la incertidumbre, el sentimiento de responsabilidad y la ansiedad asociada, moviliza recursos sociales o laborales como bajas o ayudas a la discapacidad, activa la instauración de tratamientos o aumenta la esperanza de mejoría.

El primer nivel asistencial debe cuidar lo colectivo, fomentar los activos comunitarios salutogénicos a través del activismo social y las políticas públicas de mejora de la calidad de vida y reducción de las desigualdades. Además, debe así asumir una función de contención que funcione como prevención cuaternaria y anteponga al diagnóstico una atención centrada en las personas y sus narrativas con perspectiva comunitaria. Por tanto, es en este contexto donde los profesionales deberían mantener una actitud expectante (esperar y ver) a través de una pausada reflexión acerca de aquellos pacientes que no se beneficiarán de ser etiquetados, tratados o derivados³.

Bibliografía

1. Ortiz-Lobo A, González RG, Salvanés FR. La derivación a Salud Mental de pacientes sin un trastorno psíquico diagnosticable. *Aten Primaria*. 2006;38(10):563-9. doi:10.1157/13095928
2. Ortiz A, Ibáñez V. Iatrogenia y prevención en salud mental. *Rev Esp Salud Pública*. 2011;85(6):513-25. doi: 10.1590/S1135-57272011000600002
3. Gérvas Camacho J, Pérez Fernández M. Uso y abuso del poder médico para definir enfermedad y factor de riesgo, en relación con la prevención cuaternaria. *Gac Sanit*. 2006;20(3):66. doi: 10.1157/13101092

2

No abordar problemas de salud mental sin contextualizar los determinantes sociales de la salud para evitar medicalizar cuestiones de base social

Abordar una situación de sufrimiento psíquico desde una perspectiva predominantemente individual y biomédica puede resultar ineficiente, dañino e inequitativo.

Es evidente que cualquier malestar psíquico hunde sus raíces en unas condiciones socioeconómicas, culturales e históricas, y se manifiesta en forma de síntomas singulares de la persona. En esta expresión no resulta siempre fácil discernir qué es enfermedad, al no ser las categorías diagnósticas en salud mental entidades claramente definidas, en especial en una sociedad que medicaliza el sufrimiento y las dificultades existenciales¹. Esta tendencia a dar una orientación médica a circunstancias que antes no recibían este enfoque, con la subsiguiente necesidad de intervención, es una responsabilidad que recae sobre profesionales sanitarios, pacientes y toda la sociedad en general². En el terreno de la salud mental, supone que las personas consulten con mayor frecuencia ante malestares vitales que antes eran abordados en otros espacios sociales o con otras herramientas culturales³.

Se puede entender el malestar como una expresión del impacto sobre los cuerpos y las vidas de dinámicas colectivas de organización social, política y económica³. No existe un trastorno aislado que haya que explicar y donde el contexto sea una influencia adicional, sino que este forma parte indisoluble del problema⁴. Por ello, y desde nuestra responsabilidad deontológica, la atención en salud mental tiene unas implicaciones sociopolíticas que no nos pueden resultar ajenas³.

El riesgo de redefinir estas demandas de malestares derivados de problemas de base social como trastorno mental ofreciendo una intervención excesivamente individualizada es el de soslayar el contexto y una mirada colectiva que pueden ayudar a explicar el sufrimiento de manera más completa y útil. Pero al mismo tiempo se puede amenazar la capacidad de las personas para afrontar las adversidades cotidianas y ofrecer soluciones técnicas como tratamientos psicofarmacológicos o abordajes psicoterapéuticos, no exentas de un potencial riesgo yatrogénico³ y fácilmente influenciadas por conflictos de interés². Es

más, semejante abordaje puede constituir un ejercicio de legitimación del daño y de cronificación⁴, y se corre el peligro de crear y perpetuar los trastornos mentales que pretendemos aliviar³.

A pesar de que el contexto clínico en el que se desenvuelven las demandas en Salud Mental es íntimo y personal, resulta inevitable y necesario ampliar el foco más allá del ámbito biográfico, abriéndolo al contexto sociocultural y político mediante un planteamiento colectivo y de salud pública que aspire a vínculos transformadores desde las infraestructuras sociales y activos en salud de la comunidad.

Bibliografía

1. Retolaza A. Salud Mental y Atención Primaria: Entender el malestar. Madrid: Editorial Grupo 5; 2013.
2. Prescrire Rédaction. Médicamentation de la société: l'affaire de tous - Tous acteurs, tous prescripteurs. Rev Prescrire. 2017;37(406): 593-638.
3. Ortiz-Lobo A. ¿En qué puedo ayudarle? Entre la solución individual tecnológica y la metaperspectiva sociopolítica. Rev Asoc Esp Neuropsiq. 2022;42(141):17-30. doi: 10.4321/S0211-57352022000100002
4. Padilla J, Carmona M. Malestamos: Cuando estar mal es un problema colectivo. Madrid: Capitán Swing; 2022.

3

No medicalizar el duelo no complicado

El duelo es una respuesta emocional normal ante cualquier tipo de pérdida. El papel fundamental de los profesionales sanitarios en el abordaje del duelo no complicado es el acompañamiento. Se debe prestar atención a la existencia de factores de riesgo y circunstancias que pueden condicionar un duelo patológico.

El duelo se puede definir como una respuesta emocional ante cualquier tipo de pérdida. Es una reacción normal de tristeza que todas las personas experimentan en algún momento de su vida, aunque suele ser más importante cuando se trata del fallecimiento de un ser muy querido¹. La escala de Holmes y Rage puntúa entre los primeros cinco acontecimientos vitales más estresantes la muerte del cónyuge y la de un familiar cercano. Las fases del duelo clásicas según Kübler Ross son negación, ira, negociación, depresión y aceptación. Su duración es variable; cada individuo puede desarrollarlas con una cronología diferente (incluso en diferido) y en ocasiones pueden superponerse entre ellas².

El 90% de los pacientes logran superar el proceso de duelo sin complicaciones: se recuperarán, se adaptarán con el tiempo y no requerirán asistencia, lo que se denomina «duelo no complicado»³. Ante esta situación, únicamente precisarán del apoyo informal de sus familiares, amigos y conocidos. Las intervenciones sanitarias estructuradas dirigidas a los dolientes, lejos de demostrar eficacia, incluso pueden resultar nocivas⁴. Sin embargo, algunos duelos pueden llegar a complicarse y prolongarse. Los factores de riesgo para desarrollar un duelo complicado dependen, entre otros, de características personales (edad, sexo, antecedentes de enfermedad física o mental, rasgos de personalidad), relación con la pérdida y circunstancias de esta (repentina, esperada, etc.) y otros aspectos sociales (existencia de red de apoyo, etc.)³.

En el abordaje del duelo no complicado la intervención llevada a cabo por los profesionales sanitarios debe ser mínima. Se sugiere seguir durante la entrevista el modelo REFINO (relación, escucha, facilitación, información, normalización y orientación)⁴. Por el contrario, en los duelos complicados se debería optar por una intervención selectiva e individualizada a las necesidades del paciente. En todo caso, se valorará la oportunidad de contactar para interesarse por su estado, necesidades y responder a cuestiones o dudas. Se debe informar sobre la evolución habitual del duelo, normalizar comporta-

mientos, evitar sentimientos de culpabilidad, aconsejar no tomar decisiones precipitadas e irreversibles, preguntar por posibles signos de complicación (incluyendo ideaciones autolíticas) y dejar la puerta abierta ante cualquier posible futura consulta. En definitiva, realizar una labor de acompañamiento al doliente⁴.

Bibliografía

1. Espinosa JA, et al. Guía clínica: seguimiento del duelo en cuidados paliativos. España: Observatorio Regional de Cuidados Paliativos de Extremadura; 2010. [Acceso 20 de enero de 2023] Disponible en: <https://saludextremadura.ses.es/paliex/duelo>
2. Kübler-Ross E, Kessler D. Sobre el duelo y el dolor. 1.^a ed. Barcelona: Grup Editorial; 2016.
3. Losantos S. Guía de duelo adulto para profesionales sociosanitarios [Internet]. [Acceso: 20 de enero de 2023] Disponible en: <https://www.fundacionmlc.org/wp-content/uploads/2020/03/Guia-Duelo-Adulto-FMLC.pdf>.
4. Fisterra. Guía de cuidados primarios del duelo [Internet]. [Acceso: 20 de enero de 2023] Disponible en: <https://www.fisterra.com/guias-clinicas/cuidados-primarios-duelo/>

4

No minimizar los síntomas y su repercusión en la salud mental de la población infantojuvenil

Los trastornos mentales en la infancia y la adolescencia son frecuentes y, sin embargo, a veces no reciben el tratamiento adecuado o lo reciben parcialmente. La forma de presentación de los síntomas y las peculiaridades de la entrevista clínica son algunas de las causas que pueden retrasar el diagnóstico y la atención en materia de salud mental en esta población.

La OMS estima que entre un 10 y 20% de menores y adolescentes experimenta un trastorno mental. A pesar de la existencia de criterios diagnósticos específicos en estas edades, los familiares, allegados, profesores y profesionales de la salud en ocasiones tardan en reconocer la presencia de posible patología de salud mental en esta población. Las situaciones vitales y sociales de la población infantojuvenil, así como las de sus familias, afectan a su funcionalidad y pueden llegar a ser constitutivas de patología.

Aunque existen investigaciones que abordan el sobrediagnóstico de trastornos mentales en menores y adolescentes, algunos estudios apuntan a las dificultades en el diagnóstico debido a diversas causas: la ambigüedad de determinados síntomas, las formas atípicas de presentación en esta población, el uso de heurísticos, la no realización de un amplio y adecuado diagnóstico diferencial o la interpretación discrepante de criterios por parte de los clínicos¹.

Revisiones sistemáticas han concluido que las principales razones por las que los jóvenes no buscan ayuda profesional y no acceden a ella son el miedo al estigma, la vergüenza, la falta de conocimientos sobre salud mental y las percepciones negativas de la búsqueda de ayuda².

La colaboración entre los centros educativos y los servicios de Salud Mental es esencial para que los y las menores, jóvenes y sus familias puedan acceder a un apoyo dentro de entornos que minimicen las barreras logísticas. Desde Atención Primaria también se debe ofrecer a los jóvenes diferentes formas de acceder a la ayuda por sí mismos, incluido el uso de herramientas digitales, que tienen el potencial de facilitar la actitud ante la búsqueda de ayuda y promover la autonomía de los jóvenes². Es importante educar y promover herramientas de inteligencia emocional para detectar y conocer las emociones

propias y ajenas, generar una adecuada autoestima, mayor resiliencia y, a largo plazo, favorecer el autoconocimiento y la madurez personal³.

Bibliografía

1. Merten EC, Cwik JC, Margraf J, Schneider S. Overdiagnosis of mental disorders in children and adolescents (in developed countries). *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*. 2017;11(1):5. doi: 10.1186/s13034-016-0140-5
2. Radez J, Reardon T, Creswell C, Lawrence PJ, Evdoka-Burton G, Waite P. why do children and adolescents (not) seek and access professional help for their mental health problems? A systematic review of quantitative and qualitative studies. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2021;30(2):183-211. doi: 10.1007/s00787-019-01469-4
3. Torres K, Solis S, Herrera V. Inteligencia emocional en adolescentes de escuelas públicas: una revisión sistemática. *Dataísmo*. 2022;2(7):68-7. <https://doi.org/10.53673/data.v1i6.30>

5

No obviar el consumo de sustancias en la anamnesis del paciente que consulta por un problema de salud mental

Dada la creciente frecuencia del consumo de sustancias en nuestra sociedad y la relación bidireccional existente con los trastornos mentales, es prioritario realizar una correcta identificación de ambos trastornos para poner en marcha las herramientas necesarias para su intervención.

Se denomina «patología» o «trastorno dual» a la comorbilidad en un mismo individuo de, por lo menos, un trastorno por consumo de sustancias y otro trastorno mental o psiquiátrico. Independientemente de su orden de aparición, los pacientes duales presentan mayor gravedad que los sujetos que solo presentan un tipo de trastorno, tanto desde la perspectiva clínica como social¹. Durante la entrevista clínica puede ser difícil su identificación, ya que uno de los diagnósticos puede quedar oculto al interpretar sus síntomas como parte del otro^{1,2}.

Mientras que en el hombre las adicciones más frecuentes asociadas a trastorno mental son el consumo de tabaco, cocaína, heroína y cannabis, en la mujer son más prevalentes la adicción al alcohol y a los tranquilizantes. La mujer es, además, susceptible de sufrir violencia de género y tiene mayor riesgo de exclusión social que el hombre^{2,3}. Los problemas de salud mental que se asocian con mayor prevalencia a estas adicciones son: la fobia social, el TDAH, el trastorno obsesivo compulsivo, la personalidad límite, las psicosis y otras conductas marcadas por la impulsividad. Hasta el 40% de las personas con patología dual presenta ideas suicidas².

Ante la sospecha de patología mental en la consulta de Atención Primaria, debemos preguntar de forma sistemática sobre el consumo de sustancias. Conductas poco coherentes, baja adherencia a tratamientos previos, cambios repentinos del comportamiento, absentismo, pérdida o exceso de apetito, hiperactividad o somnolencia y anhedonia son algunos de los indicadores de sospecha². Además, existen diversos instrumentos de apoyo diagnóstico, entre ellos MINI (International Neuropsychiatric Interview) y PRISM (Psychiatric Research Interview for Substance and Mental Disorders), entrevistas estructuradas de breve y media duración, respectivamente^{3,4}.

La detección de patología dual constituye un desafío, siendo esencial crear una relación médico-paciente basada en el respeto y la confianza, evitando juicios de valor o etiquetas. Se recomienda una anamnesis detallada (antecedentes familiares, cronología del proceso, sintomatología durante períodos de abstinencia y relación con consumos), la utilización de entrevistas semiestructuradas y el uso de marcadores biológicos como apoyo (enzimas hepáticas, metabolitos en orina, entre otros)⁴.

Bibliografía

1. Torrens Mèlich M. Patología dual: situación actual y retos de futuro. *Adicciones*. 2008;20(4):315-20.
2. Confederación de Salud Mental de España. Apuntes sobre Patología Dual: Propuestas de la Red de Salud Mental en España [Internet]. Madrid: Confederación Salud Mental de España; 2020. [Acceso: 20 de enero de 2023] Disponible en: <https://www.consaludmental.org/publicaciones/Apuntes-patologia-dual.pdf>
3. Pereiró C. Manual de adicciones para médicos especialistas en formación [Internet]. *Socidrogalcohol*. 2018. [Acceso: 20 de enero de 2023] Disponible en: <https://socidrogalcohol.org>
4. Pascual F, Fernández JJ, Díaz S, Sala C, Ochoa E, Seijo P, et al. Comorbilidad psiquiátrica en adicciones [Internet]. *Socidrogalcohol*. 2017. [Acceso: 20 de enero de 2023] Disponible en: <https://codajic.org/category/adicciones>

6

No omitir el abordaje de la ideación suicida en personas que consultan por síntomas depresivos

El suicidio es la primera causa de muerte externa, accidental o «no natural» en España. Es imprescindible incluir en la exploración psicopatológica las ideas de autolisis o muerte en el paciente con sospecha o confirmación de sintomatología depresiva.

Según datos del Instituto Nacional de Estadística, en España, el suicidio es la causa más frecuente de muerte externa (accidentes, suicidios, homicidios y agresiones) y, por tanto, constituye un problema de salud pública que requiere de especial atención en nuestra labor de promoción y prevención de la salud¹. Casi el 50% de las personas que consumaron un suicidio había contactado en el mes anterior con su médico de familia, de las cuales un 25% había acudido a la consulta de Primaria en la semana previa².

Los factores vitales estresantes de diferente índole (médicos, sociales, laborales o familiares) pueden llegar a generar *per se*, o en asociación a patología psicológica o psiquiátrica, una clínica de angustia que puede promover la ideación de muerte como única alternativa resolutive posible. Por distintos motivos, es frecuente que el paciente oculte deliberadamente la verbalización directa de su propósito, por lo que es primordial prestar atención a signos indirectos que alerten de la presencia de este factor estresante y su magnitud (aumento de demanda por síntomas somáticos inespecíficos, solicitud de medicación ansiolítica *de novo* o presencia de tristeza vital), así como de factores de riesgo suicida con la finalidad de reorientar la entrevista clínica y abordar específicamente las ideas de muerte³.

Cuando, mediante el diálogo y la empatía, se objetivan factores de riesgo de ideación suicida, las guías de práctica clínica recomiendan preguntar abiertamente a estos pacientes si han llegado a pensar en suicidarse; la entrevista puede realizarse de un modo escalonado: preguntar inicialmente por ideas de desesperanza, muerte, ideación autolítica y, por último, por ideación estructurada. Aunque no validadas en España, las escalas SAD PERSONS o IS PATH WARM pueden ser de utilidad por su facilidad de implementación. La primera consta de diez ítems de respuesta afirmativa o negativa, y en función del resultado establece cuatro niveles de riesgo que permiten programar la

intervención más adecuada para el paciente (desde el seguimiento ambulatorio, la derivación a Salud Mental o la necesidad de ingreso)⁴.

Al detectar estos factores de riesgo y la ideación suicida, se realiza una importante barrera de prevención mediante el encuadre de la propuesta suicida hacia otras opciones y soluciones terapéuticas adecuadas y proporcionadas a la situación vital, cumpliendo de ese modo el objetivo de evitar la materialización del suicidio o intento autolítico⁴.

Bibliografía

1. Observatorio del Suicidio en España 2021. Prevención del suicidio [Internet]. [Acceso: 20 de enero de 2023] Disponible en: <https://www.fsme.es/observatorio-del-suicidio-2021>
2. España A, Fernández C. Protocolo de urgencias hospitalarias ante conductas suicidas [Internet]. [Acceso: 20 de enero de 2023] Disponible en: <https://es.scribd.com/document/524160462/1380097721>
3. Sobre la atención de pacientes con ideación autolítica en Urgencias: aspectos legales [Internet]. [Acceso: 20 de enero de 2023] Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352016000200003
4. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Guías de Práctica Clínica en el SNS: Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida, 2011 (revisada 2020) [Internet]. [Acceso: 20 de enero de 2023] Disponible en: https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2020/09/gpc_481_conducta_suicida_avaliat_herram_modif_2020.pdf

7

No diagnosticar un problema de salud mental sin haber descartado previamente las causas orgánicas

Es necesario realizar una evaluación médica básica de los pacientes con síntomas psiquiátricos para descartar una posible organicidad subyacente.

Muchas enfermedades orgánicas, tanto relativamente habituales como extremadamente raras, pueden manifestarse con síntomas psiquiátricos (confusión, delirio, alucinaciones, alteraciones cognitivas, depresión, ansiedad, euforia, manía), bien como único síntoma de inicio o como síntoma predominante. El diagnóstico diferencial que hay que tener en cuenta es amplio. Entre otras muchas etiologías, existen enfermedades neurológicas (como la demencia o tumores del sistema nervioso central), endocrinas (alteraciones tiroideas, feocromocitoma, síndrome de Cushing, enfermedad de Addison, hipopituitarismo), infecciosas (VIH, sífilis, encefalitis), autoinmunes (lupus eritematoso sistémico, esclerosis múltiple), déficits vitamínicos (síndrome de Wernicke, síndrome de Korsakoff, déficit de B₁₂), metabolopatías (porfiria aguda intermitente, enfermedad de Wilson) o alteraciones electrolíticas. Asimismo, se pueden presentar síntomas psiquiátricos debido a efectos secundarios de numerosos fármacos (como corticoides o antivirales) y drogas recreativas.

Se desconoce el porcentaje de diagnóstico incorrecto en pacientes con condiciones orgánicas que se presentan de inicio con síntomas psiquiátricos. Sin embargo, se ha descrito que el paciente psiquiátrico es más vulnerable a sufrir una negligencia en el diagnóstico de una enfermedad física (los estudios muestran que entre el 19 y el 80% de los pacientes psiquiátricos padece una patología médica subyacente que contribuye a la sintomatología), por lo que es importante que este amplio abanico de diagnósticos diferenciales esté presente en la valoración que realiza el profesional¹.

Se recomienda como evaluación una historia clínica completa, un examen físico que incluya signos vitales y una evaluación mental, siendo preferible una breve valoración cognitiva que incluya la atención, orientación, funciones ejecutivas y memoria reciente. Existe controversia con respecto al empleo de pruebas de laboratorio de manera generalizada. Se recomienda su estudio en

pacientes con un primer episodio de síntomas psiquiátricos, en personas mayores y en pacientes con historia clínica o examen físico que hagan sospechar una patología orgánica². También se pueden plantear pruebas complementarias de laboratorio y neuroimagen en personas con síntomas cualitativamente diferentes o imprevistos, en inmunodeprimidos o en personas en situación de exclusión social. No obstante, es necesaria más evidencia en la literatura para establecer de manera más clara estas recomendaciones³.

Bibliografía

1. Anderson EL, Nordstrom K, Wilson MP, Peltzer-Jones JM, Zun L, Ng A, Allen MH. American Association for Emergency Psychiatry Task Force on Medical Clearance of Adults Part I: Introduction, Review and Evidence-Based Guidelines. *West J Emerg Med.* 2017;18(2):235-42. doi: 10.5811/westjem.2016.10.32258
2. Wilson MP, Nordstrom K, Anderson EL, Ng AT, Zun LS, Peltzer-Jones JM, Allen MH. American Association for Emergency Psychiatry Task Force on Medical Clearance of Adult Psychiatric Patients. Part II: Controversies over Medical Assessment, and Consensus Recommendations. *West J Emerg Med.* 2017;18(4):640-6. doi: 10.5811/westjem.2017.3.32259
3. Chennapan K, Mullinax S, Anderson E, Landau MJ, Nordstrom K, Seupaul RA, Wilson MP. Medical Screening of Mental Health Patients in the Emergency Department: A Systematic Review. *J Emerg Med.* 2018;55(6):799-812. doi: 10.1016/j.jemermed.2018.09.014

8

No utilizar psicofármacos de forma exclusiva en el tratamiento de los problemas de salud mental

El tratamiento no farmacológico (intervenciones sobre estilos de vida, apoyo psicológico, social y comunitario) es un pilar fundamental en salud mental como tratamiento de elección, en unos casos, y como adyuvante a la terapia farmacológica, en otros.

Existe evidencia de que las intervenciones psicológicas, psicoeducativas y de ejercicio físico son efectivas en la prevención y tratamiento de los problemas de salud mental más frecuentes en Atención Primaria. También han demostrado su efectividad cuando se implementan mediante nuevas tecnologías como programas autoguiados o mínimamente guiados, dado que son accesibles, de bajo coste y pueden introducirse en diferentes contextos¹.

La terapia cognitivo-conductual es la terapia de elección en los trastornos de ansiedad, depresión, de la conducta alimentaria y de personalidad, entre otros. Se pueden utilizar técnicas tanto conductuales como cognitivas en combinaciones diferentes según la sintomatología que se ha de abordar: relajación y respiración, entrenamiento autógeno, reestructuración cognitiva, exposición en vivo y diferida, detención del pensamiento o resolución de problemas². Las intervenciones comunitarias también son efectivas para mejorar la salud mental: la prescripción social remite al paciente a los recursos comunitarios, como la realización de ejercicio físico adaptado o actividades basadas en la naturaleza (jardinería, paseos por espacios verdes o naturales)³.

En la enfermedad mental grave es importante la intervención temprana sobre estilos de vida para prevenir el deterioro de la salud física. Se recomienda la indicación sistemática de intervenciones psicológicas para los pacientes y sus familiares. Esto favorece los grupos de apoyo mutuo y fomenta un enfoque colaborativo que apoye tanto a los pacientes como a sus cuidadores. También se recomienda realizar intervenciones sobre las redes de apoyo social, en las relaciones interpersonales y ocupacionales⁴.

Bibliografía

1. Bellón JA, Conejo-Cerón S, Rodríguez-Bayón A, Ballesta-Rodríguez MI, Mendive JM, Moreno-Peral P. Enfermedades mentales comunes en Atención Primaria: dificultades diagnósticas y terapéuticas, y nuevos retos en predicción y prevención. Informe SESPAS 2020. *Gac Sanit.* 2020;34:20-6. doi: 10.1016/j.gaceta.2020.05.013
2. Zhang A, Borhneimer LA, Weaver A, Franklin C, Hai AH, Guz S, Shen L. Cognitive behavioral therapy for primary care depression and anxiety: a secondary meta-analytic review using robust variance estimation in meta-regression. *J Behav Med.* 2019; 42(6):1117-41. doi: 10.1007/s10865-019-00046-z
3. Castillo, EG, Ijadi-Maghsoodi, R, Shadravan, S, et al. Community Interventions to Promote Mental Health and Social Equity. *Curr Psychiatry Rep* 2019;21(5)35. doi: 10.1007/s11920-019-1017-0
4. NICE. Psychosis and Schizophrenia in Adults: Treatment and Management: Updated Edition 2014. NICE clinical guidelines [CG 178]. London: National Institute for Health and Care Excellence (UK); 2014.

9

No prolongar situaciones de incapacidad temporal por trastornos depresivos esperando una remisión completa de los síntomas

Una correcta valoración de la situación de incapacidad laboral por trastornos del estado de ánimo incluye la programación de la reincorporación laboral como parte del proceso terapéutico. Dicha planificación, en el marco de la activación conductual, fomenta la recuperación funcional del paciente.

Los procesos de incapacidad temporal por trastornos mentales comunes son, tras los trastornos músculo-esqueléticos, los que con más frecuencia ocasionan bajas laborales prolongadas. Entre ellos, los trastornos depresivos a menudo dan lugar a procesos de baja de larga duración¹. Una incapacidad laboral prolongada puede conllevar para el paciente una disminución de la calidad de vida, con deterioro en las áreas social, familiar y laboral, mayor riesgo de incapacidad permanente e incluso de pérdida del empleo. Asimismo, genera costes económicos sociosanitarios, públicos y privados, que tratan de suplir deficiencias del sistema, y gastos de apoyo doméstico, familiar o social derivados de la situación de incapacidad^{1,2}.

Para un adecuado abordaje de los procesos de incapacidad laboral temporal por trastornos del estado de ánimo desde Atención Primaria es preciso disponer de una completa información de los procesos, conocer del tipo de trabajo y realizar una programación realista para la reincorporación laboral como parte del plan terapéutico, dentro de lo que se conoce como «activación conductual del individuo»¹.

La oportuna reincorporación laboral se asocia de forma positiva con la mejoría funcional en los pacientes con depresión. El abordaje de las expectativas de los pacientes desde el inicio del proceso de incapacidad laboral es un aspecto que hay que tener en cuenta, y puede contribuir a identificar los factores de riesgo de incapacidades prolongadas³.

Las intervenciones sobre el ámbito de trabajo, la reincorporación parcial o gradual o la adaptación del puesto de trabajo deberían formar parte del programa de reintegración laboral. Se necesitan más intervenciones, tanto

de tipo preventivo como de abordaje temprano, para prevenir bajas laborales prolongadas por trastorno mental común y promover la reincorporación laboral, así como más estudios para investigar su efectividad⁴.

Bibliografía

1. Vicente Pardo JM. La gestión de la incapacidad laboral: algo más que una cuestión económica. *Med Segur Trab.* 2018;64(251):131-60.
2. Vicente Pardo JM. Reflexión sobre los problemas a la reincorporación laboral tras incapacidades médicas largas. *Med Segur Trab.* 2016;62(242):49-65.
3. Hong JP, Lee CH, Lee YH, Escorpizo R, Chiang YC, Liou TH. Functional status and return to work in people with major depression: a 3-year national follow-up study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2022;57(6):1179-88. doi: 10.1007/s00127-022-02240-y
4. De Vries H, Fishta A, Weikert B, Rodríguez Sánchez A, Wegewitz U. Determinants of Sickness Absence and Return to Work Among Employees with Common Mental Disorders: A Scoping Review. *J Occup Rehabil.* 2018;28(3):393-417. doi: 10.1007/s10926-017-9730-1

No prescribir benzodicepinas sin antes considerar su semivida y el perfil clínico del paciente

En caso de prescribir tratamiento con benzodicepinas, se debe adecuar el principio activo (teniendo en cuenta especialmente su semivida y metabolismo) al perfil del paciente, considerando las particularidades clínicas de pacientes mayores, con hepatopatía, en caso de embarazo o antecedente de adicciones.

Las benzodicepinas son fármacos con acción ansiolítica, miorrelajante y anticonvulsivante. En el ámbito de la Salud Mental se utilizan principalmente en el tratamiento de trastornos de insomnio o ansiedad. En España existe un aumento incesante en la prescripción y consumo de ansiolíticos: los datos de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS) confirman que la DHD (dosis diaria definida por 1.000 habitantes/día) se ha incrementado de 50,88 en 2012, a 58,09 en 2022. Para el uso correcto de benzodicepinas, según su ficha técnica, se recomienda no superar 2-4 semanas de tratamiento en el caso del insomnio, y 8-12 semanas en trastornos de ansiedad, lo que incluye el tiempo de retirada gradual del fármaco. No obstante, las últimas guías recomiendan no superar las 4 semanas en ambos casos, utilizarlas en monoterapia (para disminuir los efectos secundarios) y a la mínima dosis efectiva¹.

Estos fármacos se pueden clasificar según su semivida: corta (menos de 6 horas: como midazolam y triazolam), media (de 6 a 24 horas: como alprazolam, lorazepam, lormetazepam u oxazepam) y larga (más de 24 horas, como clonazepam, clorazepato dipotásico o diazepam). Sus principales efectos secundarios son sedación con incremento de riesgo de caídas, fracturas y de accidentes de tráfico, riesgo de deterioro cognitivo, tolerancia, dependencia y síndrome de abstinencia². Aunque todas ellas tienen el mismo perfil de efectos adversos, los principios activos de semivida corta conllevan mayor riesgo de dependencia y abstinencia, mientras que los de mayor vida media incrementan en mayor medida el riesgo de sedación excesiva y sus consecuencias².

Se debe tener en cuenta su vía de metabolización, especialmente en pacientes ancianos o con hepatopatía, ya que aquellas que se metabolizan por oxidación se acumulan y su dosis habitual debe ser reducida a la mitad. En este caso,

serían de elección aquellas que se metabolizan por conjugación (lorazepam, lormetazepam, oxazepam y loprazolam). En el embarazo se deben evitar, ya que se asocian a malformaciones en el primer trimestre y a síntomas de abstinencia en el recién nacido a término³.

La retirada de benzodiazepinas debería plantearse en todos los pacientes con tratamientos prolongados más allá del tiempo recomendado, aunque este proceso no logra ser siempre exitoso⁴. Existen diferentes estrategias para la deprescripción, como la retirada gradual con la misma benzodiazepina (reducir de un 10 a un 25% la dosis diaria total y mantenerla en períodos de 2 a 3 semanas) o bien su sustitución por una dosis equivalente de diazepam (tiene menor potencia, semivida más larga, y existen más presentaciones disponibles que facilitan su reducción progresiva).

Bibliografía

1. Ministerio de Sanidad, Gobierno de España. Consumo de medicamentos en recetas médicas dispensadas en oficinas de farmacia con cargo al SNS según clasificación ATC. [Acceso: 20 de enero de 2023] Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/profesionales/farmacia/ConsumoRecetasATC/home.htm>
2. Dassanayake T, Michie P, Carter G, Jones A. Effects of benzodiazepines, antidepressants and opioids on driving: a systematic review and meta-analysis of epidemiological and experimental evidence. *Drug Saf.* 2011;34(2):125-56. doi: 10.2165/11539050-000000000-00000
3. NHS Grampian. Guidance for the safe prescribing of benzodiazepines and Z drugs and management of dependence in NHS Grampian [Internet]. NHS. 2022. [Acceso: 20 de enero de 2023] Disponible en: https://www.nhsgrampian.org/globalassets/foi/foi-public-documents1---all-documents/NHSG_BenzoZnovls.pdf
4. Socías I, Leiva A, Pombo-Ramos H, Bejarano F, Sempere-Verdú E, Rodríguez-Rincón RM, et al. Evaluating the implementation of a multicomponent intervention consisting of education and feedback on reducing benzodiazepine prescriptions by general practitioners: Benzored hybrid type i cluster randomized controlled trial. *Int J Environ Res Public Health.* 2021;18(15):7964. doi: 10.3390/ijerph18157964

11

No prescribir antidepresivos de forma sistemática en el tratamiento inicial del trastorno depresivo leve

La evidencia disponible muestra que es poco probable que haya beneficios clínicamente relevantes en el uso de antidepresivos frente a placebo en personas con episodio depresivo menor. Por ello, no se puede recomendar su uso sistemático como tratamiento de primera línea en episodios depresivos leves.

A diferencia de los episodios moderados y graves, los episodios depresivos leves, si bien cumplen los criterios diagnósticos establecidos, tienen menor impacto en la funcionalidad del individuo. La entrevista clínica comprensiva e integradora es la herramienta principal para el diagnóstico, la cual puede apoyarse en escalas estandarizadas (como Goldberg, GADS; Hamilton, HDRS 17; Montgomery Asberg, MADRS 10, o PHQ 9) para evaluar la gravedad del episodio.

La mayoría de los pacientes con cuadros depresivos son evaluados y tratados en el ámbito de la Atención Primaria por médicos de familia, y es conocido el uso frecuente de antidepresivos como forma de tratamiento inicial¹. Sin embargo, la evidencia disponible cuestiona esta estrategia de intervención como primera línea de tratamiento. En este sentido se posicionan tanto la Guía española del manejo de la depresión en el adulto² como la Guía NICE (actualizada en 2022)³. Del análisis de la bibliografía científica, incluidas revisiones sistemáticas y metaanálisis con ensayos no publicados que comparan antidepresivos frente a placebo, se puede concluir que la eficacia de los fármacos antidepresivos en la mayoría de las formas de depresión es limitada^{1,4}. En todo caso, el beneficio se observa fundamentalmente en las presentaciones como mínimo moderadas-graves. Además, están bien establecidos los efectos adversos de los antidepresivos, que en algunos casos pueden afectar de forma importante a la calidad de vida de los pacientes.

Por todo ello, en adultos con episodio depresivo leve no se recomiendan los fármacos antidepresivos como primera opción de tratamiento, ya que presentan una relación riesgo-beneficio desfavorable. Solo debe considerarse su empleo en caso de que no haya respuesta a otras estrategias terapéuticas, comorbilidad asociada o antecedentes de depresión moderada o grave^{1,4}.

Bibliografía

1. Lyness JM, Roy-Byrne PP, Solomon D. Unipolar minor depression in adults: Management. Waltham (MA): UpToDate; 2022 [Internet]. [Acceso: 20 de enero de 2023] Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/unipolar-minor-depression-in-adults-management?search=unipolar-major-depression-in-adults-choosing-initial-treatment>
2. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Guías de Práctica Clínica en el SNS: Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto [Internet]. [Acceso: 20 de enero de 2023] Disponible en: <https://portal.guiasalud.es/gpc/depresion-adulto/>
3. NICE. Depression in adults: treatment and management. NICE clinical guidelines [NG 222]. London: National Institute for Health and Care Excellence (UK); 2022.
4. Barbui C, Cipriani A, Patel V, Ayuso-Mateos JL, van Ommeren M. Efficacy of antidepressants and benzodiazepines in minor depression: systematic review and meta-analysis. *Br J Psychiatry*. 2011;198(1):11-6, sup 1. doi: 10.1192/bjp.bp.109.076448

No tratar cuadros de insomnio en ausencia de depresión con antidepresivos de perfil sedante

El abordaje terapéutico inicial del insomnio debe basarse en medidas no farmacológicas. Los antidepresivos de perfil sedante, como trazodona y mirtazapina, tienen indicación únicamente en el tratamiento del insomnio en el contexto de un cuadro depresivo.

El insomnio requiere un abordaje terapéutico individualizado y multidisciplinar, siendo la base del tratamiento métodos no farmacológicos que hagan hincapié en la higiene del sueño y en medidas generales sobre hábitos de vida, dieta y ejercicio¹. El tratamiento farmacológico puede ser eficaz en ciertas ocasiones, pero presenta limitaciones que hay que considerar relacionadas con el paciente (edad, estado general, comorbilidades) y los fármacos empleados (efectos adversos, polifarmacia, interacciones, etc.).

Algunos antidepresivos tienen acción sedante, aunque carecen de indicación en la ficha técnica para el tratamiento del insomnio. La trazodona es un antidepresivo de estas características (con capacidad de inhibición de la recaptación de la serotonina en la presinapsis, bloqueo de los receptores serotoninérgicos 5-HT_{2A} en la postsinapsis, y antagonismo de los receptores histamínicos H₁ y α -1-adrenérgicos). Su empleo como hipnótico en pacientes no deprimidos no se recomienda, ya que su relación beneficio/riesgo es desfavorable respecto a los hipnóticos convencionales y produce tolerancia tras la primera semana de tratamiento^{2,3}.

De igual modo, la mirtazapina es un antidepresivo de perfil sedativo (con capacidad de bloqueo de los receptores 5-HT₂ y 5-HT₃ de la serotonina, y H₁ de la histamina). A dosis bajas puede ser útil en el tratamiento de la depresión en los pacientes en los que predominan síntomas de insomnio y que, además, pueden beneficiarse de una ganancia ponderal. A dosis altas, sin embargo, produce estimulación noradrenérgica que puede contrarrestar dicho efecto sedante⁴.

Cualquier tratamiento farmacológico en casos de insomnio debe adecuarse al paciente y seguir las indicaciones autorizadas, teniendo en cuenta su relación beneficio/riesgo, efectos adversos, influencia sobre el estado de alerta matutina y síntomas de abstinencia.

Bibliografía

1. Ministerio de Sanidad y Política Social. Guías de Práctica Clínica en el SNS: Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Insomnio en Atención Primaria, 2018 [Internet]. [Acceso: 20 de enero de 2023] Disponible en: https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2018/12/GPC_465_Insomnio_Lain_Entr_compl.pdf
2. Sateia MJ, Buysse DJ, Krystal AD, Neubauer DN, Heald JL. Clinical Practice Guideline for the Pharmacologic Treatment of Chronic Insomnia in Adults: An American Academy of Sleep Medicine Clinical Practice Guidelin. *J Clin Sleep Med.* 2017;13(2):307-49. doi: 10.5664/jcsm.6470
3. Everitt H, Baldwin DS, Stuart B, Lipinska G, Mayers A, Malizia AL, Manson CC, Wilson S. Antidepressants for insomnia in adults. *Cochrane Database Syst Rev.* 2018;5(5): CD010753. doi: 10.1002/14651858.CD010753.pub2
4. Everitt H, McDermott L, Leydon G, Yules H, Baldwin D, Little P. GPs' management strategies for patients with insomnia: a survey and qualitative interview study. *Br J Gen Pract.* 2014;64(619):e112-9. doi: 10.3399/bjgp14X677176

No subestimar el riesgo cardiovascular del paciente tratado con antipsicóticos

Los fármacos neurolépticos se asocian a incremento del riesgo cardiovascular y mortalidad global. En pacientes en tratamiento se debe realizar un seguimiento estrecho y actuar sobre aquellos factores de riesgo que resulten modificables.

El consumo de fármacos neurolépticos ha aumentado de forma global y en el tratamiento de pacientes con síntomas conductuales asociados a cuadros de demencia. Su uso está justificado ante síntomas psicóticos, agitación o agresividad graves, pero deben tenerse presentes sus potenciales efectos adversos, realizar un seguimiento estrecho de los pacientes y actuar sobre aquellos factores de riesgo que resulten modificables.

El perfil de efectos adversos depende del principio activo en concreto: los antipsicóticos clásicos producen con mayor frecuencia síntomas extrapiramidales, como sedación, ortostatismo y caídas; en antipsicóticos de nueva generación resulta característico el aumento del riesgo de síndrome metabólico y obesidad. De forma global, estas moléculas aumentan el riesgo cardiovascular: se ha observado mayor riesgo de tromboembolismo venoso¹, accidente cerebrovascular² y muerte súbita de origen cardíaco³ (especialmente asociada a prolongación del intervalo QT) en pacientes en tratamiento respecto a la población no expuesta.

La literatura científica concluye que existe aumento de la mortalidad global en pacientes tratados con antipsicóticos. Un metaanálisis estimó que el riesgo relativo de mortalidad por todas las causas se encuentra en torno a 2 (HR = 1,9 - 2,19), es dosis-dependiente y mayor en los primeros 6 meses tras el inicio del tratamiento. Si bien existen pequeñas diferencias de riesgos entre antipsicóticos típicos y atípicos, es similar entre pacientes con y sin demencia⁴.

En conclusión, antes prescribir antipsicóticos se debe valorar su adecuación, ponderar riesgos y beneficios, y realizar una selección razonada en función del perfil del paciente. Su uso debería quedar reservado a patologías muy concretas, como esquizofrenia, episodios maníacos o depresión con síntomas psicóticos. En el tratamiento del paciente con demencia y síntomas conductuales deben priorizarse siempre las medidas no farmacológicas.

Bibliografía

1. Di X, Chen M, Shen S, Cui X. Antipsychotic use and Risk of Venous Thromboembolism: A Meta-Analysis. *Psychiatry Res.* 2021;296:113691. doi: 10.1016/j.psychres.2020.113691
2. Zivkovic S, Koh CH, Kaza N, Jackson CA. Antipsychotic drug use and risk of stroke and myocardial infarction: a systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry.* 2019;19(1):189. doi: 10.1186/s12888-019-2177-5
3. Zhu J, Hou W, Xu Y, Ji F, Wang G, Chen C, Lin C, Lin X, Li J, Zhuo C, Shao M. Antipsychotic drugs and sudden cardiac death: A literature review of the challenges in the prediction, management, and future steps. *Psychiatry Res.* 2019;281:112598. doi: 10.1016/j.psychres.2019.112598
4. Ralph SJ, Espinet AJ. Increased All-Cause Mortality by Antipsychotic Drugs: Updated Review and Meta-Analysis in Dementia and General Mental Health Care. *J Alzheimers Dis Rep.* 2018;2(1):1-26. doi: 10.3233/ADR-170042

No mantener tratamientos con psicofármacos indefinidamente sin revisar sus criterios de prescripción y la situación del paciente

El incremento del uso de psicofármacos en nuestro medio hace necesario el establecimiento de estrategias que eviten la perpetuación de tratamientos en el tiempo con el objetivo de mejorar la adecuación y la seguridad de los tratamientos.

En las últimas dos décadas en España se ha incrementado de forma notoria el consumo de fármacos como benzodiacepinas, antidepresivos y antipsicóticos. A excepción de estos últimos, la mayor parte de psicofármacos se prescriben en el ámbito de la Atención Primaria¹. En términos generales, la prevalencia de pacientes polimedcados (aquellos que consumen de forma crónica cinco o más medicamentos) se ha triplicado en la última década, y no es infrecuente que entre estos principios activos se encuentre, al menos, un psicofármaco².

En Atención Primaria, la psicoterapia utilizada para el abordaje de los trastornos mentales comunes leves-moderados ha demostrado mejorar la calidad de vida, sin necesidad de emplear medicamentos. En el caso de la depresión leve, el balance riesgo-beneficio del uso de antidepresivos no es favorable, y en el caso del manejo de la ansiedad es necesario investigar las causas y plantear el uso de técnicas de relajación (como el método Jacobson), respiración y meditación antes de pautar ansiolíticos. En caso de que se decida el empleo de psicofármacos es necesaria una adecuada entrevista clínica, en la que el profesional sanitario analice la situación, el perfil clínico del paciente, y establezca una alianza y un plan terapéuticos. Al inicio del tratamiento se deben explorar las expectativas, explicar al paciente posibles efectos secundarios e interacciones, y hacerle participe en la toma de decisiones^{3,4}.

No obstante, algunos de los principales problemas que aparecen en el empleo de psicofármacos no suceden al inicio del tratamiento, sino que tienen lugar en el momento de plantear su suspensión. Algunas barreras son la aparición de dependencia en el caso de benzodiacepinas, o síndrome de discontinuación en el empleo de antidepresivos a largo plazo, que pueden generar rechazo a la retirada por parte del paciente. Ello, sumado, entre otras cuestiones, a la falta de pautas concretas de actuación en los procesos de depres-

cripción (que no tienen plena efectividad), contribuye a que los tratamientos se prolonguen *sine die*. La retirada de un tratamiento psicofarmacológico se debería plantear, siempre previa valoración facultativa, en caso de mejoría clínica sostenida, ineffectividad, baja adherencia, por petición del paciente o en caso de aparición de efectos adversos³.

En suma, la revisión farmacológica continuada, la selección del fármaco basada en la mejor evidencia disponible, la toma de decisiones compartidas y la relación de confianza entre el médico y el paciente son los puntos clave que hay que tener en cuenta para evitar prescripciones innecesarias, prolongadas en el tiempo o que no aportan beneficio clínico⁴.

Bibliografía

1. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. Ministerio de Sanidad, Gobierno de España. Informes publicados. [Acceso: 20 de enero de 2023] Disponible en: <https://www.aemps.gob.es/medicamentos-de-uso-humano/observatorio-de-uso-de-medicamentos/informes/>
2. Hernández-Rodríguez MÁ, Sempere-Verdú E, Vicens-Caldentey C, González-Rubio F, Miguel-García F, Palop-Larrea V, et al. Evolution of polypharmacy in a spanish population (2005-2015): A database study. *Pharmacoepidemiol Drug Saf.* 2020;29(4):433-43. doi: 10.1002/pds.4956
3. Goñi O. Guía de uso seguro, deprescripción y cambio entre antidepresivos. *Bol Inf Farmacoter Navar.* 2021;29(4):1-23. <https://doi.org/10.54095/BITN20212904>
4. Escuela Andaluza de Salud Pública, Centro Andaluz de Documentación e Información de Medicamentos (CADIME). Polimedición y deprescripción: recomendaciones prácticas. [Acceso 20 de enero de 2023] Disponible en: <https://www.cadime.es/bta/bta-2-0-publicados/852-polimediaci%C3%B3n-y-deprescripci%C3%B3n-recomendaciones-pr%C3%A1cticas.html>

No deprescribir antidepressivos de forma abrupta para evitar el síndrome de discontinuación

Cuando está indicada, la deprescripción de antidepressivos debe realizarse siempre de forma gradual, especialmente tras tratamientos prolongados y a dosis elevadas.

En los últimos años ha aumentado notablemente el número de pacientes que consumen antidepressivos¹. Si bien el uso indefinido de estos fármacos no está justificado, las dificultades que entraña su deprescripción son una de las causas que contribuyen a perpetuar su uso. En este sentido, una revisión sistemática mostró que entre el 27 y 86% de los pacientes había experimentado síndrome de retirada al suspender un tratamiento de este tipo, en ocasiones con sintomatología grave².

El llamado «síndrome de discontinuación» (o «retirada») que acontece en el cese de la toma de estos fármacos, no difiere del síndrome de abstinencia clásico a una sustancia. Este cuadro clínico, más frecuente de lo que suele ser diagnosticado, puede ser confundido con una recaída de la clínica que motivó su prescripción, hecho que contribuye a prolongar su consumo de manera innecesaria. Los síntomas que origina pueden ser inespecíficos (como cefalea, dolor corporal, astenia, sudoración, temblores, palpitaciones, náuseas, dolor abdominal, anorexia), neurosensoriales (mareos, parestesias, acúfenos, alteraciones visuales) o psiquiátricos (ansiedad, alteraciones del sueño, ataques de pánico, impulsividad, agresividad o incluso ideación suicida)³.

La frecuencia e intensidad de la sintomatología dependen del principio activo, su semivida, la posología, la duración del tratamiento y la velocidad a la cual se reduce la dosis. Si bien se ha descrito en todos los grupos de antidepressivos, se ha observado más frecuentemente en el caso de paroxetina, duloxetine, venlafaxina y desvenlafaxina^{3,4}. Es más probable que acontezca con el uso de fármacos de semivida corta, a dosis altas, tras períodos largos de tratamiento, o al plantear lapsos de retirada de menos de 4 semanas. Asimismo, se ha observado un mayor riesgo de aparición de este cuadro en mujeres con edades comprendidas entre los 18 y los 44 años³.

Para aumentar la probabilidad de éxito en el proceso de deprescripción debe plantearse un esquema individualizado de reducción progresiva. Algunos expertos sugieren que deberían realizarse descensos graduales del 5 al 10% de la dosis inicial, en períodos de entre 1 y 4 semanas. En la práctica puede ser complejo realizar reducciones tan paulatinas cuando se utilizan comprimidos, por lo que puede ser útil el empleo de presentaciones en forma de solución oral, si están disponibles. En conjunto, el período hasta la retirada completa del fármaco no debería ser inferior a 10 semanas³.

Bibliografía

1. Ministerio de Sanidad, Gobierno de España. Consumo de medicamentos en recetas médicas dispensadas en oficinas de farmacia con cargo al SNS según clasificación ATC. [Acceso: 20 de enero de 2023] Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/profesionales/farmacia/ConsumoRecetasATC/ATC_2022.htm
2. Davies J, Read J. A systematic review into the incidence, severity and duration of antidepressant withdrawal effects: are guide-lines evidence-based?. *Addict Behav.* 2019;97:111-21. doi: 10.1016/j.addbeh.2018.08.027
3. Prescrire. Stopping antidepressant therapy: plan tapered withdrawal. *Prescrire Int.* 2021;30(229):215-6.
4. Quilichini JB, et al. Comparative effects of 15 antidepressants on the risk of withdrawal syndrome: A real-world study using the WHO pharmacovigilance database. *J Affect Disord.* 2022;297:189-93. doi: 10.1016/j.jad.2021.10.041