

TRATAMIENTO COGNITIVO- CONDUCTUAL DEL TRASTORNO PSICÓTICO AGUDO ESTUDIO DE CASO

Aránzazu Jordá Jordá

Medicina y Salud



**TRATAMIENTO COGNITIVO-
CONDUCTUAL DEL TRASTORNO
PSICÓTICO AGUDO
ESTUDIO DE CASO**

Aránzazu Jordá Jordá



Editorial Área de Innovación y Desarrollo, S.L.

Quedan todos los derechos reservados. Esta publicación no puede ser reproducida, distribuida, comunicada públicamente o utilizada, total o parcialmente, sin previa autorización.

© del texto: **los autores**

ÁREA DE INNOVACIÓN Y DESARROLLO, S.L.

C/ Els Alzamora, 17 - 03802 - ALCOY (ALICANTE) info@3ciencias.com

Primera edición: **mayo 2019**

ISBN: **978-84-949985-6-0**

DOI: <http://dx.doi.org/10.17993/Med.2019.63>

ÍNDICE

CAPÍTULO I: ASPECTOS GENERALES SOBRE LA FARMACOLOGÍA DE LOS TRASTORNOS PSICÓTICOS	7
CAPÍTULO II: PANORAMA GENERAL DEL USO DE FÁRMACOS ANTIPSICÓTICOS EN ESPAÑA	9
2.1. ¿Cuál es la situación de prescripción de fármacos antipsicóticos en España?	9
2.2. ¿Cuáles son los fármacos antipsicóticos más utilizados?	9
2.3. ¿Qué otros fármacos pueden estar tomando los pacientes psicóticos?.....	10
CAPÍTULO III: ¿QUÉ DEBE TENER EN CUENTA EL PSICÓLOGO CLÍNICO AL TRATAR PACIENTES CON ALGÚN TIPO DE PROBLEMA PSICÓTICO O DE TIPO ESQUIZOFRÉNICO EN RELACIÓN A LA MEDICACIÓN ANTIPSICÓTICA?	11
3.1. Los efectos secundarios	11
3.1.1. <i>Risperidona</i>	11
3.1.2. <i>Olanzapina</i>	11
3.1.3. <i>Aripiprazol</i>	12
3.1.4. <i>Clozapina</i>	12
3.1.5. <i>Haloperidol</i>	13
3.2. El impacto de los efectos secundarios de la medicación antipsicótica en la terapia cognitivo-conductual.....	14
CAPÍTULO IV: CONSIDERACIONES ESPECIALES EN CUANTO AL USO DE PSICOFÁRMACOS EN NIÑOS Y ADOLESCENTES.....	15
4.1. Particularidades del desarrollo infantil y adolescentes	15
4.2. ¿Qué fármacos antipsicóticos están indicados para su uso en niños o adolescentes?	15
4.3. ¿Qué papel puede tener el psicólogo en relación a la medicación antipsicótica en niños y adolescentes?	16
CAPÍTULO V: META-ANÁLISIS SOBRE LA EFICACIA Y LA TOLERABILIDAD DE LOS ANTIPSICÓTICOS.....	17
5.1. Eficacia	17
5.2. Discontinuación/abandono del tratamiento.....	18
5.3. Efectos extrapiramidales	18
5.4. Sedación	19
5.5. Ganancia de peso	20
5.6. Hiperprolactinemia.....	20
5.7. Prolongación del intervalo Qtc (medida de afectación cardíaca).....	21
5.8. Conclusiones.....	21
CAPÍTULO VI: MECANISMOS DE ACCIÓN DE LOS ANTIPSICÓTICOS Y EFECTOS SOBRE LA PSICOTERAPIA	23
CAPÍTULO VII: ESTUDIO DE CASO: TRASTORNO PSICÓTICO AGUDO Y TRATAMIENTO COGNITIVO-CONDUCTUAL.....	25
7.1. HISTORIA BIOGRÁFICA.....	25
7.1.1. <i>Antecedentes personales médicos</i>	25
7.1.2. <i>Antecedentes personales psiquiátricos</i>	25

7.1.3. Antecedentes psiquiátricos familiares	26
7.2. Enfermedad actual	26
7.2.1. Exploración psicopatológica.....	26
7.2.2. Pruebas complementarias.....	27
7.2.3. Juicio diagnóstico y tratamiento	28
7.2.3.1. Diagnóstico diferencial	28
7.2.3.2. Tratamiento farmacológico	29
7.2.3.3. Tratamiento psicológico.....	29
7.3. Evolución en el ámbito ambulatorio	30
7.4. Discusión del caso	31
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	33

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Tipos de neurolépticos típicos y atípicos utilizados en el tratamiento farmacológico de los trastornos psicóticos	7
---	---

CAPÍTULO I: ASPECTOS GENERALES SOBRE LA FARMACOLOGÍA DE LOS TRASTORNOS PSICÓTICOS

La medicación por excelencia que se utiliza en los trastornos psicóticos son los neurolépticos. En la Tabla 1 hemos recogido los principales fármacos neurolépticos utilizados en este tipo de trastornos teniendo en cuenta si son típicos (primera generación) o atípicos (segunda generación).

Tabla 1. Tipos de neurolépticos típicos y atípicos utilizados en el tratamiento farmacológico de los trastornos psicóticos.

NEUROLÉPTICOS	
TÍPICOS	ATÍPICOS
Haloperidol	Risperidona
Flufenazina	Olanzapina
Amisulprida	Quetiapina
Sulprida	Ziprasidona
Clotiapina	Aripiprazol
Zuclopentixol	Clozapina
Levomepromazina	Sertindol
Periciazina	-
Tiaprida	-
Pimozida	-
Perfenazina	-
Clorpromazina	-
Pipotiazina	-
Trifluoperazina	-
Loxapina	-
Sulpirida	-
Tiopropazina	-
Tiorizadina	-

Fuente: elaboración propia.

CAPÍTULO II: PANORAMA GENERAL DEL USO DE FÁRMACOS ANTIPSICÓTICOS EN ESPAÑA

2.1. ¿Cuál es la situación de prescripción de fármacos antipsicóticos en España?

Según la Agencia Española de Medicamentos y Productos sanitarios (AEMPS, 2019):

- Los más utilizados actualmente, en general, son los atípicos, que han experimentado un aumento desde el año 1999 hasta el 2006. Mientras que los típicos han experimentado un descenso desde el 1999.
- Los atípicos más utilizados son, en orden, Risperidona (dosis diaria/1000 habitantes de 2,32), Olanzapina (1,92) y Quetiapina (0,77). El resto son mucho menos recetados y las dosis oscilan entre 0,26 (Ziprasidona) y 0 (Sertindol).
- Las dosis de los antipsicóticos atípicos en los últimos años, en general, ha ido a más, excepto para el Sertindol que ha ido a menos.
- En cuanto a los típicos, los más utilizados hoy en día son el Haloperidol (0,72), Flufenazina (0,33) y la Amisulprida (0,32). La dosis de los demás son mucho más bajas y oscilan entre 0,29 (Sulprida) y 0 (Tioridazina).
- Las dosis de los antipsicóticos típicos, en general, han ido a menos. De forma específica, se observan variaciones: algunos han ido a más (Amisulprida y Sulprida), otros se han mantenido (Haloperidol, clotiapina) y otros han decrecido (Flufenazina, Pericazina).

2.2. ¿Cuáles son los fármacos antipsicóticos más utilizados?

Según la Agencia Española de Medicamentos y Productos sanitarios (AEMPS, 2019):

Los más utilizados son la Risperidona (tendencia ascendente), la olanzapina (tendencia ascendente), el Haloperidol (tendencia descendente), la Flufenazina (tendencia descendente) y la Tioridazina (tendencia descendente).

- La Risperidona (Risperdal, Arketin, Diaforin, Ryspemylan) y la Olanzapina (Arenbil, Zyprexa) son los fármacos antipsicóticos más utilizados en España. Un paciente con algún tipo de trastorno psicótico que acuda a consulta es probable que esté en tratamiento

con alguno de estos fármacos.

- Dos fármacos relativamente recientes son:
 - o Aripiprazol (Abilify) introducido en 2004.
 - o Paliperidona (Invega): es el metabolito activo de la risperidona.
- La clozapina (Nemea, Leponex, Clozabrain) se usa solo cuando las otras opciones no dan resultado. Requiere un control médico debido a estar asociado a agranulocitosis.
- Con menos frecuencia, podemos encontrar pacientes en tratamiento con antipsicóticos convencionales-típicos (haloperidol, flufenazina, clorpromazina), pero sólo se da el caso cuando los efectos secundarios asociados a estos fármacos son bien tolerados por el paciente.

2.3. ¿Qué otros fármacos pueden estar tomando los pacientes psicóticos?

Dependiendo de otros problemas mentales asociados al trastorno psicótico, es probable que los pacientes también estén tomando:

- Antidepresivos (suelen ser ISRS).
- Ansiolíticos (suelen ser benzodiacepínicos).
- Estabilizadores del estado de ánimo (sales de litio o anticonvulsivantes).

CAPÍTULO III: ¿QUÉ DEBE TENER EN CUENTA EL PSICÓLOGO CLÍNICO AL TRATAR PACIENTES CON ALGÚN TIPO DE PROBLEMA PSICÓTICO O DE TIPO ESQUIZOFRÉNICO EN RELACIÓN A LA MEDICACIÓN ANTIPSICÓTICA?

3.1. Los efectos secundarios

Todos los tipos de antipsicóticos tienen efectos secundarios.

3.1.1. *Risperidona*

- Incremento de peso.
- Disfunción eréctil y disminución de apetito sexual.
- Galactorrea, ginecomastia y alteraciones menstruales.
- Insomnio, agitación, ansiedad.
- Cefalea.
- Síntomas extrapiramidales leves.
- Otros menos frecuentes: mareos, alteraciones de la concentración, fatiga, visión borrosa, estreñimiento, náuseas y vómitos, dispepsia, dolor abdominal, hiperbilirrubinemia, piaprismo, incontinencia urinaria, taquicardia, hipertensión, edema, erupción, rinitis, ACV, neutrocitopenia, trombocitopenia.
- Raras veces: convulsiones, hiponatremia, alteraciones en la regulación de la temperatura y epistaxis.

3.1.2. *Olanzapina*

- Los más frecuentes: aturdimiento, boca seca, acatisia e insomnio.
- Algo menos frecuentes: dispepsia, ansiedad, náuseas, temblor, hipotensión ortostática y diaforesis.
- Otros: efectos antimisericáricos transitorios, somnolencia, dificultad para hablar, exacerbación de la enfermedad de Parkinson, marcha anormal, alucinaciones, astenia, incremento del apetito, aumento de la temperatura, elevación de triglicéridos, edema, hiperprolactinemia, incontinencia urinaria, eosinofilia.

- Menor frecuencia: hipotensión, bradicardia, fotosensibilidad.
- Raramente: convulsiones, leucopenia, erupción.
- Muy raramente: tromboembolia, hipercolesterolemia, prolongación del intervalo QT, hipotermia, retención urinaria, priapismo, trombocitopenia, neutropenia, rabdomiólisis, hepatitis, pancreatitis.
- Aumento de peso importante (3,5-12 kg en dosis altas).
- En inyección: reacciones en el punto de inyección, paro sinusal, hipoventilación.

3.1.3. Aripiprazol

- Bajo riesgo de efectos adversos y extrapiramidales, sin aumento de peso.
- No presenta efectos psicosexuales (no afecta a la prolactina), ni altera metabolismos del colesterol, triglicéridos o glucosa.
- No presenta alteraciones del QT.
- Más frecuente: cefaleas, insomnio, agitación-ansiedad.
- Otros: náuseas, vómitos, dispepsia, estreñimiento, acatisia, somnolencia, temblor, astenia, visión borrosa.
- Más raramente: taquicardia, crisis convulsivas.
- Muy raramente: hipersialorrea, pancreatitis, dolor torácico, agitación, alteraciones del lenguaje, agarrotamiento, rabdomiólisis, priapismo y alteración de la regulación térmica.

3.1.4. Clozapina

- Se usa cuando hay resistencia a dos antipsicóticos de diferente familia.
- Uso contraindicado en pacientes con hipersensibilidad previa a la clozapina, historial de granulocitopenia/agranulocitosis, recuento leucocitario inferior a 3,500/mm, función alterada de la médula ósea, psicosis alcohólica, tóxica o estado comatoso, colapso respiratorio, depresión del SNC, enfermedad hepática, renal o cardíaca.

- Antes de iniciar el tratamiento se debe hacer un análisis de recuento y fórmula leucocitaria. Se realizan semanalmente estos recuentos (primeras 18 semanas) y luego mensual hasta fin de tratamiento.
- Pacientes deben ser advertidos para que informen de cualquier síntoma de fiebre o infección.
- Un paciente al que se le ha retirado el tratamiento con Clozapina por agranulocitosis no debe ser nunca más tratado con este fármaco.
- Los efectos adversos más frecuentes: sedación, aumento de peso, hipersalivación (estos tres se dan en casi todos los pacientes), taquicardia, hipotensión y fiebre.
- Otros: estreñimiento, sequedad bucal, náusea, vómitos, anorexia, cambios del ECG, hipertensión, somnolencia, cefalea, temblor, convulsiones, fatiga, alteraciones en la regulación de la temperatura, incontinencia y retención urinaria, leucopenia, eosinofilia, leucocitosis, visión borrosa, sudoración, agranulocitosis.
- Menor frecuencia: disfagia, hepatitis, ictericia colestática, pancreatitis, colapso circulatorio, arritmia, miocarditis, pericarditis, tromboembolismo, agitación, confusión, delirios, anemia.
- Muy raramente: hipertrofia parotídea, obstrucción intestinal, miocardiopatía, infarto de miocardio, depresión respiratoria, piaprismo, nefritis intersticial, trombocitopenia, trombocitemia, hiperlipidemia, glaucoma de ángulo estrecho, necrosis hepática fulminante, reacciones cutáneas.

3.1.5. Haloperidol

- Síntomas extrapiramidales (disonía y acatisia).
- Reacciones de pigmentación y fotosensibilidad raras.
- Pérdida de peso.
- Presenta menos efectos sedantes y antimuscarínicos o hipotensores respecto a otros antipsicóticos típicos.

3.2. El impacto de los efectos secundarios de la medicación antipsicótica en la terapia cognitivo-conductual

La terapia cognitivo-conductual en pacientes psicóticos requiere de varias estrategias cognitivas que pueden verse afectadas por el embotamiento cognitivo, la sedación y la somnolencia que pueden aparecer como efectos secundarios a la medicación. Además, los síntomas cognitivos de por sí son un conglomerado sintomático de gran importancia en la esquizofrenia y pueden afectar también al curso de la terapia.

La adherencia al tratamiento está en gran medida derivada de los efectos secundarios de los fármacos, se observa falta de adherencia al tratamiento farmacológico. Este aspecto debe ser tratado en las sesiones de terapia. Es importante hacer entender al paciente la necesidad del tratamiento médico, educarle sobre sus efectos secundarios (explicarle que muchos de ellos se pueden controlar ajustando las dosis o con una medicación coadyuvante). El tratamiento farmacológico se convierte a menudo en objeto de discusión durante la terapia, el objetivo es doble:

- Normalizar en la medida de lo posible los efectos secundarios y tratar de minimizar sus efectos negativos sobre el tratamiento psicológico.
- Explicar al paciente la necesidad de continuar el tratamiento médico a pesar de que se experimente una mejoría al menos durante un año para evitar recaídas.

La familia tiene un papel muy importante en el seguimiento de la medicación y en asegurar la adherencia, así como para identificar los síntomas prodrómicos y los avisos de una posible recaída.

CAPÍTULO IV: CONSIDERACIONES ESPECIALES EN CUANTO AL USO DE PSICOFÁRMACOS EN NIÑOS Y ADOLESCENTES

4.1. Particularidades del desarrollo infantil y adolescentes

Muchos de los sistemas de neurotransmisión sobre los que actúan los antipsicóticos no han madurado hasta la adolescencia. Un niño no es un pequeño adulto, tiene muchas particularidades fisiológicas y psicológicas que se deben considerar a la hora de pautar fármacos.

En la adolescencia la autoimagen y el sentido del yo adquiere un papel muy relevante para el desarrollo psicológico adecuado (el aumento de peso asociado a los antipsicóticos puede afectar mucho psicológicamente a esta edad).

Muchos de los primeros episodios antipsicóticos ocurren durante la adolescencia o la juventud temprana, bastante pasan desapercibidos y mucho tiempo sin ser tratados, lo que empeora el pronóstico.

4.2. ¿Qué fármacos antipsicóticos están indicados para su uso en niños o adolescentes?

Con respecto a los atípicos:

- No hay evidencias sólidas sobre el uso de antipsicóticos atípicos en menores de 5 años y no está permitido su uso en este rango de edad. Entre los 5 y 15 años sólo está autorizado la risperidona (para tratar la conducta perturbadora). Por encima de los 15 años (y hasta la edad adulta): aripiprazol, risperidona y clozapina (para tratar esquizofrenia).

Con respecto a los antipsicóticos típicos:

- Las fichas técnicas en cuanto a dosis en niños no son claras y varían mucho. En general están autorizados: haloperidol, clorpromazina (Largactil), levomepromazina (Sinogán), trifluoperazina (Eskazine), flufenazina y piomozida (Orap).

4.3. ¿Qué papel puede tener el psicólogo en relación a la medicación antipsicótica en niños y adolescentes?

- Informar a los padres sobre la necesidad del tratamiento y prevenirles sobre los efectos secundarios. Asegurar el cumplimiento terapéutico.
- Insistir a los padres que el trastorno del niño no se debe solamente a un desequilibrio químico que se arregla tomando fármacos, se debe explicar que existen muchos otros factores psicológicos y familiares implicados que deben ser el foco de la terapia.
- Hablar con el niño para evaluar sus sentimientos y actitudes hacia la medicación. Es especialmente importante porque muchos niños pueden pensar que están realmente locos o muy enfermos si necesitan tomar medicación.
- Estas discusiones pueden contribuir a instaurar actitudes positivas hacia los sistemas de salud mental, lo cual es importante si consideramos que muchos trastornos iniciados en la infancia o adolescencia son la antesala de trastornos más graves y crónicos en la edad adulta.

CAPÍTULO V: META-ANÁLISIS SOBRE LA EFICACIA Y LA TOLERABILIDAD DE LOS ANTIPSICÓTICOS

Los datos que se van a exponer a continuación se han obtenido del meta-análisis realizado por Leucht et al. (2013). En este estudio se realiza una comparación exhaustiva sobre los 15 antipsicóticos más frecuentemente utilizados en el tratamiento los trastornos psicóticos y se obtienen conclusiones en cuanto a su eficacia y sus efectos secundarios.

5.1. Eficacia

Todos los fármacos antipsicóticos son más efectivos que el placebo. Las diferencias observadas en la eficacia son pequeñas pero robustas (claras, pero no muy grandes en su magnitud).

Las diferencias en la eficacia mezclan a los fármacos típicos y atípicos, por lo que, en cuanto a eficacia, la distinción de fármacos según su generación no tiene sentido.

La jerarquía establecida en cuanto a eficacia, de más eficaces a menos, es la siguiente:

- | | |
|------------------|--------------------|
| 1. Clozapina. | 9. Aripipazol. |
| 2. Amisulprida. | 10. Sertindol. |
| 3. Olanzapina. | 11. Ziprasidona. |
| 4. Risperidona. | 12. Clorpromazina. |
| 5. Paliperidona. | 13. Asenapina. |
| 6. Zotepina. | 14. Lurasidona. |
| 7. Haloperidol. | 15. Iloperidona. |
| 8. Quetiapina. | |

Teniendo en cuenta esta lista, a partir de la Paliperidona hacia abajo no hay grandes diferencias de eficacia. Se distinguen, por tanto, cuatro grupos de eficacia:

1. Clozapina.
2. Amisulprida.
3. Olanzapina y risperidona.
4. De la paliperidona hacia abajo, teniendo en cuenta la lista inmediatamente anterior.

La razón por la que la Clozapina, a pesar de ser el fármaco con mayor eficacia, está en la última línea de tratamiento, se debe a los efectos secundarios de la misma (riesgo elevado de agranulocitosis).

5.2. Discontinuación/abandono del tratamiento

- | | |
|---|---|
| 1. Haloperidol: fármaco con mayor discontinuación/abandono y peor tolerancia (debido a efectos extrapiramidales). | 8. Clorpromazina. |
| 2. Sertindol. | 9. Quetiapina. |
| 3. Lurasidona. | 10. Aripripazol. |
| 4. Ziprasidona. | 11. Risperidona. |
| 5. Iloperidona. | 12. Paliperidona. |
| 6. Asenapina. | 13. Clozapina. |
| 7. Zotepina. | 14. Olanzapina. |
| | 15. Amisulprida:
fármaco con menor discontinuación y mejor tolerancia. |

En general el grupo es bastante homogéneo y las diferencias entre las diferentes sustancias son pequeñas.

5.3. Efectos extrapiramidales

- | | |
|---|------------------------------|
| 1. El Haloperidol es el fármaco que más efectos produce (y con diferencia). | 8. Ziprasidona. |
| 2. Zotepina. | 9. Amisulprida. |
| 3. Clorpromazina. | 10. Iloperidone. |
| 4. Lurasidona. | 11. Aripripazol. |
| 5. Risperidona. | 12. Quetiapina. |
| 6. Paliperidona. | 13. Olanzapina. |
| 7. Asenapina. | 14. Sertindol. |
| | 15. Clozapina: el que menos. |

La clozapina se considera el antipsicótico atípico por excelencia debido a ser el que menos efectos extrapiramidales genera, pero es la última línea de tratamiento debido a otros efectos más graves.

El medicamento con mayores síntomas extrapiramidales es el haloperidol, seguido de la zotepina y la clorpromazina, pero la clorpromazina no produce más efectos extrapiramidales que la mayoría de antipsicóticos atípicos.

Las dosis más bajas de haloperidol producen casi los mismos efectos extrapiramidales que las dosis altas.

Cinco de los antipsicóticos atípicos producen más efectos extrapiramidales que el placebo, por lo que el criterio de producción de síntomas extrapiramidales no sirve como criterio para realizar la clasificación que separa a los fármacos en típicos y atípicos. El clínico ha de saber qué fármaco utilizar, sea de primera o segunda generación, en función del paciente que tiene delante.

5.4. Sedación

- | | |
|---|---|
| 1. Clozapina: la que más sedación la produce. | 9. Risperidona. |
| 2. Zotepina. | 10. Lurasidona. |
| 3. Clorpromazina. | 11. Aripripazol. |
| 4. Ziprasidona. | 12. Iloperidona. |
| 5. Quetiapina. | 13. Sertindol. |
| 6. Clozapina. | 14. Paliperidona. |
| 7. Asenapina. | 15. Amisulprida: la que menos sedación produce. |
| 8. Haloperidol. | |

El primer grupo formado por la Clozapina, Zotepina y Clorpromazina, serían los que con diferencia mayor sedación generan, un segundo grupo estaría formado por todos los demás con pocas diferencias.

Todos los antipsicóticos típicos tienen un efecto sedante fuerte.

La sedación es uno de los motivos principales por los que se abandona la terapia. La clorpromacina y la clozapina son los más sedantes. La amisulprida tiene mejor perfil en este sentido ya que no bloquea los receptores histaminérgicos.

5.5. Ganancia de peso

En el incremento de peso empieza a haber diferencias significativas a partir del aripipazol.

Es la mayor problemática de los atípicos, siendo peores al respecto la olanzapina, zotepina y clozapina. Se suele descartar la Olanzapina como primera línea de tratamiento en pacientes con un primer brote psicótico debido a la ganancia de peso en pacientes adolescentes o jóvenes.

El haloperidol, ziprasidona y lurasidona no producen ganancia de peso.

Muchos fármacos típicos pueden causar ganancia de peso, la separación de primera generación (no causan ganancia) y de segunda (sí la causan) no tiene sentido tampoco.

5.6. Hiperprolactinemia

- | | |
|---|-------------------------------|
| 1. Olanzapina: la que mayor ganancia de peso produce. | 8. Risperidona. |
| 2. Zotepina. | 9. Paliperidona. |
| 3. Clozapina. | 10. Asenapina. |
| 4. Iloperidona. | 11. Amisulprida. |
| 5. Clorpromazina. | 12. Aripiprazol. |
| 6. Sertindol. | 13. Lurasidona. |
| 7. Quetiapina. | 14. Ziprasidona. |
| | 15. Haloperidol la que menos. |

****Amisulprida, Clozapina y Zotepina (no hay datos).**

La hipersecreción de prolactina puede producir amenorrea, galactorrea, disfunción sexual, osteoporosis y cáncer de mama. Se observa bastante diferencia entre fármacos, la paliperidona y la risperidona la incrementan bastante más (más de una DT que el placebo), mientras que el aripiprazol es capaz de reducir el nivel de prolactina respecto al placebo.

5.7. Prolongación del intervalo Qtc (medida de afectación cardíaca)

- | | |
|---|-------------------------------|
| 1. Sertindol el fármaco que mayor prolongación produce. | 8. Quetiapina. |
| 2. Amisulprida. | 9. Haloperidol.. |
| 3. Ziprasidona. | 10. Paliperidona. |
| 4. Iloperidona. | 11. Aripipazol. |
| 5. Asenapina. | 12. Lurasidona: el que menos. |
| 6. Risperidona. | |
| 7. Olanzapina. | |

** Zotepina, Clorpromazina y Clozapina (no hay datos).

El Sertindol está en un solo grupo, después la Amisulprida en otro grupo, posteriormente todos los demás y el último grupo sería solamente la Lurasidona.

Hay gran variabilidad en los efectos en el intervalo Qtc. El sertindol es de los fármacos que más lo prolongan, mientras que otros (Lurasidona) apenas producen efectos.

5.8. Conclusiones

Todos los antipsicóticos son eficaces y producen diversos efectos secundarios, pero difieren entre ellos según el tipo de efecto secundario que generan con mayor o menor frecuencia y en su nivel de eficacia. Estos resultados cuestionan la clasificación de antipsicóticos de primera y segunda generación (típicos y atípicos), ya que ninguna generación está exenta de síntomas secundarios, por lo que se recomienda, en su lugar, establecer jerarquías en los distintos síntomas secundarios y en la eficacia, de forma que éstas puedan resultar como herramientas útiles para poder elegir el fármaco más eficaz y que mejor se ajuste en base a los efectos secundarios más probables para determinado fármaco y al perfil del paciente.

A medida que más antipsicóticos de segunda generación pierden su patente protección (sí se ha visto que tienen efectos extrapiramidales y de otros tipos), el debate sobre los costos de los antipsicóticos atípicos se vuelve menos importante.

Los fármacos antipsicóticos difieren en muchas propiedades y, por lo tanto, no pueden clasificarse en grupos de primera o segunda generación. Las jerarquías sugeridas en 7 dominios, según eficacia y síntomas secundarios, deberían ayudar a los médicos a adaptar la elección del fármaco a las necesidades del paciente individual.

CAPÍTULO VI: MECANISMOS DE ACCIÓN DE LOS ANTIPSICÓTICOS Y EFECTOS SOBRE LA PSICOTERAPIA

Existen 4 vías dopaminérgicas relacionadas con el funcionamiento de los fármacos antipsicóticos. Dos de estas vías son claves en la sintomatología psicótica (mesolímbica y mesocortical) y las otras dos se relacionan con los efectos adversos de los fármacos antipsicóticos (vía nigroestriatal y vía tuberoinfundibular).

- La vía mesolímbica (azul): la teoría dopaminérgica postula que los síntomas positivos tales como delirios, alucinaciones y alteraciones formales del pensamiento podrían estar causadas por una hiperactividad de esta vía.
- La vía mesocortical (rojo): Actualmente hay investigaciones que sugieren que una disfunción de la vía mesocortical podría ser parte de la neurobiología de los síntomas negativos y cognitivos.
- Vía nigroestriatal: su bloqueo produce síntomas extrapiramidales.
- Vía tuberoinfundibular: su bloqueo produce hiperprolactinemia.

Una activación excesiva de la vía mesolímbica está relacionada con los síntomas positivos, mientras que los síntomas negativos y cognitivos podrían estar causados por disfunción mesocortical. Al reducir la transmisión de dopamina, no sólo se afectan las vías relacionadas con la sintomatología esquizofrénica reduciéndola, sino que también se afectan las otras dos vías produciendo síntomas secundarios.

Todos los antipsicóticos reducen la neurotransmisión dopaminérgica, pero algunos de ellos lo hacen en las cuatro vías dopaminérgicas y otros son más selectivos y lo hacen solo en algunas de ellas. Hay dos posibilidades para actuar en estas vías:

- A través del antagonismo D2, tanto los antipsicóticos de primera como segunda generación bloquean los receptores D2.
- A través de agonismo parcial, por el momento el único antipsicótico de segunda generación que tiene propiedades de agonista parcial D2 es el aripiprazol.

Los antipsicóticos de primera generación o típicos son antagonistas D2, reducen la neurotransmisión en las 4 vías dopaminérgicas, y también bloquean los receptores de histamina 1, muscarínicos 1 y los adrenérgicos alfa 1, produciendo más síntomas secundarios.

Los antipsicóticos de segunda generación o atípicos son también antagonistas D₂, pero reducen la neurotransmisión en mayor medida en las vías mesolímbica y mesocortical, y en menor medida en las otras dos vías, reduciendo así los síntomas extrapiramidales generados por la reducción de dopamina en la vía nigroestriatal y los síntomas producidos al reducir la dopamina en la vía tuberoinfundibular (hiperprolactinemia)

CAPÍTULO VII: ESTUDIO DE CASO: TRASTORNO PSICÓTICO AGUDO Y TRATAMIENTO COGNITIVO-CONDUCTUAL

7.1. HISTORIA BIOGRÁFICA

Mujer de 19 años que convive en el domicilio familiar con sus padres y con sus dos hermanos menores. Sin actividad laboral actual, jugadora de fútbol en segunda división. Finaliza graduado escolar (ESO) con un expediente académico excelente, posteriormente intenta cursar bachillerato y módulo de formación profesional pero no logra terminar y abandona ambos estudios por iniciativa propia.

Describe una infancia cargada de responsabilidades y exigencias con respecto a los estudios y el deporte, exigencias impuestas sobre todo por sus padres por los que nunca se ha llegado a sentir valorada. Describe a su padre como un padre ausente y despreocupado que pocas veces le ha dedicado tiempo y cariño, y a su madre como una persona muy perfeccionista y exigente que siempre le ha exigido el máximo en los estudios. Ella refiere que, el hecho de sentir la presión de tener que ser el modelo a seguir para sus hermanos, y de demostrar que siempre vale en todo lo que hace, le ha causado mucha ansiedad y malestar general. Siempre se ha sentido con la obligación de destacar entre sus hermanos, y con la obligación de probar su capacidad intelectual en el colegio.

7.1.1. Antecedentes personales médicos

Sin alergias conocidas, no reacciones adversas medicamentosas conocidas, sufrió meningitis viral en lactante, sufrió un traumatismo craneoencefálico (TCE) leve en 2015, con dudosa amnesia retrógrada, que fue diagnosticada inicialmente como síntomas conversivos. Niega consumo de tipo tóxico ilegal y de tabaco, sí existe consumo de alcohol de forma ocasional.

7.1.2. Antecedentes personales psiquiátricos

En julio 2015 fue diagnosticada de Ansiedad y Trastornos Fóbicos. El cuadro consistía en una sintomatología ansiosa de tipo evitativa en las situaciones sociales al sentirse observada por los demás. El mismo mes acude a urgencias por gesto autolítico, la paciente había mezclado varios comprimidos de Diazepam con alcohol, según ella, sin ideación autolítica. En agosto del mismo año acude por gesto autolítico, mezclando de nuevo medicación con alcohol, niega ideación autolítica. En septiembre del mismo año es diagnosticada de síntomas conversivos tras el TCE sufrido. Sin ingresos hasta la actualidad en Unidades de Hospitalización Psiquiátrica (UHP).

7.1.3. Antecedentes psiquiátricos familiares

Antecedentes familiares de esquizofrenia, trastorno bipolar y suicidio en familiares cercano por parte del padre. Sin antecedentes familiares de interés por parte de madre y/o familia cercana materna.

7.2. Enfermedad actual

La trae la familia a urgencias por haber ingerido 7 comprimidos de Lyrica y 10 comprimidos de Celebrex de manera impulsiva tras disgustarse por un mensaje que lee a través de aplicación para móviles WhatsApp. Refiere la familia que, después del consumo de los fármacos, sale con amigos y además ingiere alcohol.

En la entrevista psiquiátrica la paciente refiere inicio de sintomatología autorreferencial y depresiva en el último año tras haber dejado el equipo de fútbol y los estudios porque se sentía muy mal debido a haber bajado su rendimiento y a sentir miedo escénico y vergüenza por lo que pudiesen pensar los demás de ella. Describe cuadro de autorreferencialidad, sentimientos de tristeza, vacío, inutilidad y baja autoestima. Se le diagnostica Gesto Autolesivo y se deriva a Unidad de Salud Mental de Adultos (USMA).

Durante el seguimiento por la USMA, la paciente refiere que desde hace más de un año comienza a creer que la gente pueda estar pensando que ella juega mal al fútbol y, posteriormente, ha estado creyendo que la gente puede estar pensando que ella huele mal, sea cual sea la actividad que lleve a cabo. Por otro lado, piensa que en su propia casa pueden estar observándola y espiándola hasta el punto de sentirse despreciada. Cree que pueden haber puesto cámaras en los focos de la luz para espiarla y burlarse de ella. Por ello tiene miedo a que la vean ducharse y decide ducharse de noche con la luz apagada. Del mismo modo también está convencida de que le han hackeado el teléfono móvil y la Tablet para poder espiarla. También refiere que todo el mundo habla mal de ella, aunque sean desconocidos de la calle, incluso ha llegado a interrumpir los estudios y su actividad deportiva a causa del malestar que le ocasiona el sentirse observada y despreciada por los demás. No parece haber acontecimientos vitales estresantes de forma reciente, a excepción de su aparente reducción en el rendimiento académico y deportivo.

7.2.1. Exploración psicopatológica

Consciente y orientada en las tres esferas. Adecuada y colaboradora durante las entrevistas. Presenta buen aspecto general. Discurso fluido y coherente en el que relata ideación autorreferencial y de perjuicio que describe como pensamientos

egosdistónicos e ideas de referencia olfativa corporal con aislamiento social. Contacto adecuado, capacidad introspectiva. Niega alteraciones sensorio-perceptivas, no refiere síntomas psicóticos de primer rango, no se observan trastornos del movimiento, presenta conciencia parcial de enfermedad mental.

Describe sintomatología ansiosa en forma de ahogo, taquicardia, dolor estomacal y mareos, así como sintomatología depresiva de tipo ánimo bajo con tristeza, sentimientos de inutilidad y vacío, inestabilidad de la autoimagen, apatía, insomnio de inicio y de mantenimiento, astenia y cansancio extremo, labilidad afectiva, aislamiento social e hiperfagia. Niega ideas de muerte y planes autolíticos contextualizando su sobreingesta de fármacos y alcohol en un intento de dormir y descansar.

Personalidad premórbida base de tipo introvertida, insegura, frágil, muy vulnerable a los comentarios de los demás, tendencia a la rumiación y a la autocrítica, perfeccionismo, miedo al rechazo, tendencia al aislamiento, presencia de rasgos obsesivos y a no expresarse emocionalmente, baja autoestima.

7.2.2. Pruebas complementarias

Durante el seguimiento se realiza una analítica sanguínea con un hemograma, bioquímica, coagulación y hormonas tiroideas dentro de la normalidad. Del mismo modo se realiza TAC craneal sin encontrar hallazgos clínicos.

Se pasan las siguientes escalas psicométricas para evaluar el tipo de personalidad base de nuestra paciente, así como el nivel de interferencia de su problema actual con la vida cotidiana:

Inventario Clínico Multiaxial de Millon- II (MCMI-II, Millon, 1999): Sus 175 elementos de respuesta verdadero-falso evalúan las siguientes escalas: 4 de fiabilidad y validez, 10 básicas de la personalidad, 3 de personalidad patológica, 6 síndromes clínicos de gravedad moderada y 3 síndromes de gravedad severa. Los resultados obtenidos en nuestro caso son válidos y fiables. Se observa una elevación significativa en las escalas básicas de personalidad Esquizoide, Dependiente y Evitativa. En cuanto a los síndromes clínicos se observa una elevación significativa en la escala que mide Trastorno Delirante.

State-Trait Anxiety Inventory (STAI; Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1982): Evalúa el nivel actual de ansiedad y la predisposición de la persona a responder al estrés. En nuestro caso la paciente obtiene una puntuación de ansiedad estado elevada, situándose en el percentil 89. Sin embargo, la puntuación en la escala de ansiedad rasgo es no es tan elevada, situándose en el percentil 65.

Inventario de Depresión de Beck- II (BDI-II; Beck, Steer y Brown, 1996). La prueba, que consta de 21 ítems, tiene como objetivo identificar y medir la gravedad de síntomas típicos de la depresión en adultos y adolescentes a partir de 13 años. Los ítems del BDI-II son consistentes con los criterios recogidos en el DSM-IV para el diagnóstico de los trastornos depresivos. En nuestro caso la paciente obtiene una puntuación de 28, que se corresponde con una depresión grave.

7.2.3. Juicio diagnóstico y tratamiento

7.2.3.1. Diagnóstico diferencial

- F22.0 Trastorno delirante (297.1), según la DSM-IV-TR: No se cumplen las características de las ideas delirantes (credibilidad, sistematización y persistencia) necesarias para el diagnóstico. Además, no se cumple el criterio C, puesto que la actividad psicosocial de la paciente sí se ha deteriorado de forma significativa llegando a aparecer comportamientos extraños.
- F60.1 Trastorno esquizoide de la personalidad (301.20), según la DSM-IV-TR: el sujeto con una personalidad de este tipo es insensible a la crítica, lo que le impide tener relaciones sociales es la falta de deseo de tenerlas.
- F20.09 Esquizofrenia Tipo paranoide (295.30), según la DSM-IV-TR: no se cumple el criterio A, la única sintomatología presente son las ideas delirantes (no hay alucinaciones, lenguaje desorganizado, comportamiento catatónico o gravemente desorganizado ni síntomas negativos).
- F21 Trastorno esquizotípico de la personalidad (301.22), según la DSM-IV-TR: no se cumplen los suficientes criterios para su diagnóstico y su duración no llega a los dos años de duración como exige la CIE-10.
- F60.6 Trastorno de la personalidad por evitación (301.82), según la DSM-IV-TR actualmente este tipo de trastorno de la personalidad es el que más se asemejaría a la personalidad sensitiva descrita por Krestchmer. No obstante, no se recoge la sintomatología paranoide presente en el caso.

- F23.3 Otro trastorno psicótico agudo con predominio de ideas delirantes, según los criterios de la CIE-10: Se podría realizar este diagnóstico, aunque no recoge por sí mismo las características de personalidad típicas de la personalidad sensitiva que presenta la paciente.

7.2.3.2. Tratamiento farmacológico

Se inicia tratamiento con Risperdal, cambiándose posteriormente por Seroxat y Abilify. Más tarde se retira Seroxat y se prescribe Frosinor.

7.2.3.3. Tratamiento psicológico

Se realiza un programa de tratamiento de tipo cognitivo-conductual de 25 sesiones, con frecuencia de una sesión por semana y una duración de una hora cada una. La intervención psicológica se dedica principalmente a la reestructuración cognitiva de ideas irracionales y al encapsulamiento del delirio. Del mismo modo también son objetivos importantes del tratamiento el retomar un nivel de actividad, y un contacto social, propio para la edad y las características de nuestra paciente, el establecimiento de metas y objetivos a medio y largo plazo, el repasar las circunstancias de los intentos autolíticos, la psicoeducación sobre la enfermedad, la exposición a las situaciones generadoras de ansiedad, la planificación de recursos con los que la paciente pueda contar en caso de presentarse una nueva crisis y la prevención de recaídas.

Para la consecución de dichos objetivos se utilizan las siguientes técnicas y procedimientos:

1. Realización del análisis funcional del síntoma psicótico y los intentos autolíticos, y desarrollo de recursos cognitivos y conductuales que mejoren la situación clínica y el funcionamiento personal.
2. Psicoeducación sobre la ansiedad, los delirios y el estado de ánimo, así como de la medicación neuroléptica y la necesidad de tomarla.
3. Se planifica un plan de actividades a realizar entre semana y en el fin de semana, se organiza el tiempo libre del que dispone la paciente con objetivo de disminuirlo y establecer unas rutinas adaptativas.
4. Trabajar y flexibilizar las creencias disfuncionales desarrolladas sobre sí mismo, el mundo, los demás, y sobre los delirios. Las creencias se analizan desde un punto de vista empírico, lógico y funcional, y se llevan a cabo

experimentos conductuales que tratan de examinar su validez. Se presta especial importancia al significado personal que tienen los delirios, así como el poder atribuido a los agentes perseguidores.

5. Técnicas de exposición en imágenes. Debido a que el miedo producido por las creencias delirantes es tan intenso que interfiere el desarrollo de la reestructuración cognitiva. Se utiliza la técnica de exposición masiva, en imágenes, a los contenidos temidos que se expresan en los delirios. Esto ayuda a aliviar el sufrimiento emocional y facilitar la terapia cognitiva.
6. Exposición gradual en vivo a las situaciones sociales que le generan ansiedad a la paciente, y a las que responde evitándolas o abandonándolas. Se realiza a partir de una jerarquía de situaciones generada a partir de las situaciones que va narrando la paciente.
7. Entrenamiento en habilidades sociales y resolución de problemas.
8. Se trabaja la toma de decisiones y el establecimiento de posibles metas y objetivos plausibles a medio y largo plazo, según los intereses y la capacidad de la paciente.
9. Sesiones de seguimiento y apoyo psicológico, junto a las llamadas sesiones de recuerdo (de lo aprendido durante la terapia) que se intensifican en los momentos de incremento del estrés o ante la aparición de francas recaídas psicopatológicas.

7.3. Evolución en el ámbito ambulatorio

Durante el tratamiento, progresivamente, van disminuyendo las ideas delirantes, va mejorando la afectividad y la paciente va adquiriendo mayor conciencia de enfermedad. En las sucesivas entrevistas de mantenimiento, nuestra paciente se muestra adecuada, con actitud y aspecto habituales, y realiza crítica completa de las ideas delirantes de tipo paranoide. No ha habido otros episodios de trastornos conductuales ni gestos autolíticos. En posteriores consultas nos comenta haber aumentado sus relaciones sociales, retomando antiguas amistades y el fútbol lo que, según dice, le está ayudando a mejorar su autoestima, aunque sigue siendo bastante sensible al rechazo social. Mantiene una actitud positiva con esperanza de recuperarse completamente y numerosos planes de futuro. Decide prepararse para las pruebas de acceso a la universidad y volver a un nivel de actividad normal para su edad. En las últimas revisiones nuestra paciente permanece estable y sin ningún tipo de ideas delirantes, nos confirma que aprobó las pruebas de acceso a la universidad y que actualmente está estudiando una carrera universitaria. En la última

sesión, antes de proceder al alta terapéutica, volvemos a administrar a la paciente las pruebas psicométricas que ya cumplimentó al inicio del tratamiento. Se observa una disminución significativa en cuanto a los niveles de ansiedad y depresión. En el STAI obtiene una puntuación de ansiedad estado equivalente al percentil 15, siendo evidente la disminución de la sintomatología ansiosa que en la anterior ocasión se situaba en el percentil 89, y una puntuación de ansiedad rasgo que no ha variado apenas situándose en el percentil 58. En cuanto a la sintomatología depresiva, en la nueva administración del BDI-II obtiene una puntuación de 7, que se corresponde con un estado anímico eutímico o normal, contrastando con su anterior puntuación que correspondía a una sintomatología depresiva grave. En cuanto al MCM-II no ha habido variaciones significativas en las puntuaciones de las escalas, si bien las puntuaciones obtenidas para la escala básica de personalidad Esquizoide, y para la escala de síndrome clínico Trastorno delirante, han sido más bajas.

7.4. Discusión del caso

El caso que hemos descrito impresionaría de un F23.3 trastorno psicótico agudo con predominio de ideas delirantes, según los criterios de la CIE-10, aunque este diagnóstico por sí mismo no recoge las características de personalidad de nuestra paciente. En cambio, encuadra a la perfección en el conjunto de síntomas definidos como Delirio de Referencia Sensitivo de Kretschmer, tanto en la forma de su sintomatología, como en sus desencadenantes. Así mismo, los rasgos de personalidad de la paciente coinciden con la llamada personalidad sensitiva, son persistentes en el tiempo y afectan a la cognición, afectividad y a la actividad interpersonal, llegando a ocasionar un deterioro social y laboral significativo en ciertos momentos de su vida como definen los criterios actuales de trastorno de la personalidad. Su pronóstico es favorable, la remisión de los síntomas en su totalidad ha sido posible en un corto periodo de tiempo y no ha causado ningún deterioro cognitivo significativo.

Por todo esto, con la personalidad sensitiva de la paciente, predisponente en este tipo de delirios referenciales, el deterioro emocional, social y laboral consecuente, la evolución de la paciente y, descartando los diagnósticos de Trastorno de Ideas Delirantes, Trastorno Esquizoide de la personalidad, Esquizofrenia y Trastorno Esquizotípico, realizamos el diagnóstico del episodio como Delirio de Referencia (o de relación) Sensitivo, según la terminología dada por Kretschmer, que entiendo como más ajustada teniendo en cuenta la forma y el curso de la sintomatología.

Las personalidades sensitivas existen, y como ya dijo Ordoñez (2011), obedecen a una combinación de rasgos obsesivos, evitativos, depresivos y dependientes. De las

características de personalidad descritas por Millon (1996), nuestra paciente cumple, de las personalidades obsesivas, su tendencia a la organización y al perfeccionismo con propensión a alterarse ante situaciones nuevas. De las personalidades dependientes comparte la típica expresión afectiva pacífica con calidez y ternura, evitando tímidamente la tensión social y los conflictos interpersonales. Con las personalidades evitativas es con quienes más rasgos comparte nuestra paciente, mostrando la eterna búsqueda de aceptación, el miedo a implicarse, la inseguridad en la toma de decisiones o en las situaciones desconocidas, la necesidad de mantener la distancia y la privacidad por miedo a sentirse humillada o avergonzada. Y de las personalidades depresivas comparte su tendencia a sentirse culpable y a cuestionarse su autoestima.

El delirio de referencia sensitivo siempre se ha visto como una patología rara y poco frecuente. No obstante, la revisión bibliográfica realizada indica que es mucho más frecuente de lo que se pensaba, existiendo numerosos casos que se podrían encuadrar perfectamente en la categoría. Con todo esto, me parece importante resaltar la necesidad de incluir este cuadro en las principales Clasificaciones Diagnósticas Internacionales actuales (DSM y CIE), no porque se diferencie únicamente en la forma y/o aparición de su sintomatología, sino debido al buen pronóstico que presentan este tipo de pacientes, con la posibilidad de retomar completamente su vida social y laboral, sin deterioros cognitivos consecuentes, y porque son pacientes que se pueden beneficiar mucho del tratamiento psicológico debido a sus características de personalidad, a diferencia de otros trastornos psicóticos más severos en los que el tratamiento psicológico se dirige únicamente a normalizar la patología asociada y a trabajar pautas de conducta y habilidades sociales para lograr la integración sociolaboral de los pacientes en la comunidad.

Una futura línea de investigación en este tema podría ser la posibilidad de estudiar cómo pueden influir los tratamientos psicológicos, dirigidos a fomentar las características de personalidad que parecen favorecer el pronóstico de este cuadro, en personas que se encuentren en población de riesgo para el desarrollo de trastornos de tipo psicótico más severo (como puede ser la esquizofrenia o el trastorno delirante) e incluso en personas ya con estos diagnósticos. El fomentar la introspección y la autocritica, la ambición en los proyectos vitales, la conciencia en sí mismos, la cordialidad y la actividad social podría favorecer el trabajo terapéutico que es esencial para la recuperación de estos cuadros y para mejorar el pronóstico general.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Agencia Española de Medicamentos y Productos sanitarios (AEMPS).** (2019). *Boletín anual de la AEMPS sobre medicamentos de uso humano*. Recuperado de <https://www.aemps.gob.es/home.htm>
- American Psychiatric Association.** (2014). *DSM-5. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Editorial Médica Panamericana.
- Beck, A. T., Steer, R. A., y Brown, G. K.** (1996). *Manual for the Beck Depression Inventory-II*. San Antonio: Psychological Corporation.
- Leucht, S., Cipriani, A., Spineli, L., Mavridis, D., Örey, D., Richter, F., et al.** (2013). Comparative efficacy and tolerability of 15 antipsychotic drugs in schizophrenia: a multiple-treatments meta-analysis. *Lancet*, 382, pp. 951-62.
- Millon, T.** (1996). *Trastornos de la personalidad. Más allá de la DSM-IV*. Barcelona: Masson.
- Millon, T.** (1999). *MCMI-II. Inventario Clínico Multiaxial de Millon. Manual*. (2ª edición Revisada). Madrid: TEA.
- Ordoñez, M. P.** (2011). La paranoia benigna. Recordando a los clásicos. *Revista Clínica de Medicina Familiar*, 4, pp. 132-139.
- Organización Mundial de la Salud.** (1992). *CIE-10 Décima revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades. Trastornos mentales y del comportamiento*. Madrid: Meditor.
- Spielberger C. D., Gorsuch, R. L., y Lushene, R. E.** (1982). *Cuestionario de Ansiedad Estado/Rasgo*. Madrid: TEA.

Medicina y Salud

