

# Signos de alarma y complicaciones de consultas frecuentes

## Director:

**José Luis Almodí Alegre**

Coordinador del Centro de Salud de Peñafiel (Valladolid). Presidente del Colegio de Médicos de Valladolid



Este curso está acreditado por el Consell Català de Formació Continuada de les Professions Sanitàries-Comisión de Formación Continuada del Sistema Nacional de Salud con **2,3 créditos**



**AULAIMAYO**

Aula Mayo acredita tu formación

[www.aulamayo.com](http://www.aulamayo.com)

Los temas del curso y sus **casos clínicos** disponibles en: [www.sietediasmedicos.com](http://www.sietediasmedicos.com)

**TEMA 1**  
Patología respiratoria aguda

Febrero

**TEMA 2**  
Dermatología

Abril

**TEMA 3**  
Alteraciones del estado de ánimo

Mayo

**TEMA 4**  
Oftalmología

Julio

**TEMA 5**  
Patología digestiva

Octubre

**TEMA 6**  
Patología genitourinaria

Diciembre

## Tema 3: Alteraciones del estado de ánimo

**Trastornos de ansiedad**

**Trastornos adaptativos**

**Insomnio**

**Trastornos afectivos**

**María Irigoyen Otiñano<sup>1</sup>, Margarita Puigdevall Ruestes<sup>2</sup>**

Especialistas en Psiquiatría. Servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario Santa María de Lérida. <sup>1</sup>Responsable de la Consulta de Prevención de Riesgo Suicida. <sup>2</sup>Responsable de Procesos Asistenciales. Grupo de Fonaments Biològics dels Trastorns Mentals del Institut de Recerca Biomèdica. Lleida

### OBJETIVOS DE APRENDIZAJE

- Realizar un repaso teórico con utilidad práctica de todas las patologías agudas de origen psiquiátrico atendidas más frecuentemente en las consultas de atención primaria (AP).
- Definición de conceptos teóricos con los tratamientos de primera elección que pueden ser iniciados y evaluados por los médicos de AP.

Se estima que, en España, el 2,5-3% de la población adulta padece un trastorno mental grave, lo que representa aproximadamente más de 1 millón de personas. Si sumamos el resto de patologías psiquiátricas, este porcentaje se incrementa actualmente hasta el 9%, y se prevé que hasta el 15% de la población presentará en algún momento de su vida un problema de salud mental. Cabe destacar que el 80% de los pacientes psiquiátricos atendidos en la red de Salud Mental han sido derivados

desde AP. Por ello, es primordial fomentar los conocimientos sobre estas patologías para realizar una correcta identificación, así como fomentar las herramientas para el manejo terapéutico.

A continuación, se exponen las patologías psiquiátricas agudas más prevalentes en las consultas de AP; también incluimos un repaso teórico de las mismas y, finalmente, un algoritmo de decisión terapéutica.

## TRASTORNOS DE ANSIEDAD

Los trastornos de ansiedad son patologías relacionadas con la estructura biológica y las experiencias vitales del paciente, y suelen tener una alta incidencia familiar. La ansiedad es una sensación de aprensión difusa, desagradable y vaga, que se acompaña de los siguientes síntomas:

<b>Síntomas autónomos</b>
Palpitaciones, diaforesis, temblor, sequedad de boca, urgencia urinaria, etc.
<b>Síntomas torácicos y abdominales</b>
Disnea, dolor precordial, sensación de ahogo, náuseas, malestar abdominal, etc.
<b>Síntomas psíquicos</b>
Sensación de mareo, inestabilidad, desrealización (sentir extrañeza de lo que le rodea) o despersonalización (sentir extrañeza de uno mismo), fobia de impulsión (miedo a perder el control), temor a una muerte inminente, etc.
<b>Síntomas generales</b>
Sofocos, escalofríos, aturdimiento, hormigueo, etc.

Se estima que hasta el 11,8% de la población presenta a lo largo de 1 año algún episodio de ansiedad, y hasta un 11% refiere síntomas de ansiedad asociados a una enfermedad somática. A continuación se indican algunas patologías médicas que cursan con ansiedad, con el fin de establecer un correcto diagnóstico diferencial:

<b>Trastornos neurológicos</b>
Procesos oncológicos intracraneales, traumatismo cerebral, síndrome posconfusional, enfermedades cerebrovasculares, hemorragias subaracnoideas, migraña, encefalitis, neurosífilis, esclerosis múltiple, enfermedad de Wilson, enfermedad de Huntington, epilepsia
<b>Patologías tóxicas</b>
Abstinencia de alcohol y otros tóxicos (anfetaminas, cannabis, cafeína...), simpaticomiméticos, agentes vasopresores, penicilina, sulfamidas, mercurio, arsénico, fósforo, organofosforados, disulfuro de carbono, benceno, intolerancia a la aspirina
<b>Enfermedades sistémicas</b>
Hipoxia, patología cardiovascular, arritmias, insuficiencia respiratoria, anemia
<b>Patología endocrina</b>
Disfunción hipofisaria, alteración tiroidea, hipo/hiperglucemia, disfunción suprarrenal, feocromocitoma
<b>Patología inflamatoria</b>
Lupus eritematoso, artritis reumatoide, poliarteritis nudosa, arteritis temporal
<b>Estados deficitarios</b>
Déficit de vitamina B <sub>12</sub> , pelagra
<b>Patologías diversas</b>
Síndrome carcinoide, neoplasias malignas, síndrome premenstrual, fiebre, enfermedades crónicas, porfiria, mononucleosis infecciosa, encefalopatía hepática, uremia

Por tanto, ante un paciente con ansiedad, en una consulta de AP se deben seguir las siguientes recomendaciones:

- Descartar organicidad. Como se ha señalado, existen diversas patologías médicas potencialmente mortales que cursan con un cuadro ansioso y pueden quedar enmascaradas (infarto agudo de miocardio, arritmia cardíaca, insuficiencia respiratoria, tromboembolia pulmonar, anemia, intoxicaciones o abstinencia de tóxicos, etc.).
- Identificar y diagnosticar el trastorno de ansiedad específico mediante una correcta anamnesis y una exploración psicopatológica.
- Establecer un tratamiento y redefinir el proyecto terapéutico según la evolución psicopatológica del paciente mediante la revisión de los síntomas.

Existen distintos tipos de ansiedad, cada uno con sus propias características, como se expondrá posteriormente.

### Crisis de angustia o trastorno de pánico

Son episodios breves de intensa ansiedad que aparecen de forma súbita y suelen desaparecer al cabo de 1 hora. En ocasiones, las primeras crisis no se identifican como tal, al referirse por el paciente como síntomas físicos con elevada preocupación respecto a su intensidad y severidad. La primera crisis puede ser espontánea, o suceder en un contexto de excitación, ejercicio físico, trauma, actividad sexual, etc. Predominan el temor a morir y los síntomas físicos, como la taquicardia, las palpitaciones, la disnea y la diaforesis. Los pacientes pueden presentarse algo confusos e incluso experimentar fenómenos de despersonalización. Entre las crisis, estos pacientes pueden sufrir una ansiedad anticipatoria ante la posibilidad de un nuevo ataque, por lo que es preciso realizar un diagnóstico diferencial con el trastorno de ansiedad generalizada.

Por tanto, para cumplir los criterios diagnósticos de angustia, al menos los dos primeros ataques deben ser inesperados y aclararse cualquier situación o hábito que preceda a la crisis:

- Consumo de alcohol, cafeína, nicotina u otras sustancias tóxicas.
- Patrón de sueño o alimentación irregular.
- Estresores ambientales.

Los ataques no se limitan a ninguna situación particular o circunstancias y, por tanto, son impredecibles.

### Agorafobia

Es la ansiedad generada al encontrarse en lugares o situaciones de difícil escapatoria o en las que, en caso de presentar una crisis de ansiedad inesperada, pueda no disponer de ayuda. La manifestación clínica fundamental son los ataques recurrentes de ansiedad grave, entre los que predominan los síntomas físicos, y existe un temor secundario a morir, perder el control o volverse loco. Antes de enfrentarse al estímulo fóbico, estos pacientes suelen presen-

tar una ansiedad anticipatoria y pueden desarrollar conductas evitativas.

El tratamiento de la crisis de angustia y de la agorafobia se basa en los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) (citalopram, escitalopram, fluoxetina, paroxetina, sertralina y fluvoxamina) y en los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina y noradrenalina (ISRSN) (venlafaxina, desvenlafaxina y duloxetina), a los que se recomienda asociar durante 2-3 semanas una benzodicepina, que se retirará progresivamente una vez se logre la acción óptima del antidepresivo escogido. Es conveniente mantener el tratamiento entre 6 y 12 meses, y después retirarlo paulatinamente, con la finalidad de evitar recaídas y detectar reagudizaciones, en cuyo caso conviene prolongarlo. Una posible estrategia complementaria sería la terapia cognitivo-conductual.

### Trastorno de ansiedad generalizada

Afecta al 2,6% de la población de 18-54 años de edad, y es más habitual en mujeres. Se define como una ansiedad y una preocupación excesivas por diferentes sucesos la mayoría de los días durante, al menos, un periodo de 6 meses. Los síntomas son: ansiedad generalizada y persistente, no limitada ni asociada a ningún estresor ambiental, tensión motora, hiperactividad autónoma y alerta cognoscitiva (irritabilidad), que interfieren con la funcionalidad del paciente. En cambio, los síntomas cardiocirculatorios, respiratorios y de temor a una muerte inminente son más atenuados que en la crisis de angustia o el trastorno de pánico.

Dado que el trastorno de ansiedad generalizada no siempre es leve, y a veces tiende a la cronicidad, es recomendable emplear tratamiento antidepresivo con ISRS o ISRN (en dosis más bajas que para la depresión, ya que los primeros días puede intensificarse la ansiedad y el paciente lo puede interpretar como una mala tolerabilidad al fármaco), y así

evitar las complicaciones del tratamiento exclusivo únicamente con benzodicepinas (alteraciones de memoria, tolerancia, dependencia, abstinencia, etc.). Otra alternativa es iniciar gabapentina o pregabalina de modo progresivo en dosis ascendentes, en monoterapia o como estrategia potenciadora ante respuestas incompletas a los tratamientos previamente señalados.

### Fobias simples

La fobia es el miedo irracional que produce la evitación consciente del objeto, actividad o situación temidos. Tanto la presencia como la anticipación de la entidad fóbica provocan un estrés severo en el paciente que, aun reconociendo lo excesivo de su respuesta, puede acabar interfiriendo en su funcionalidad. Las fobias pueden ser únicas o múltiples, discretas o globales, y también puede variar el grado de discapacidad que producen. El tratamiento se instaurará en función de la capacidad que tenga el paciente de evitar el estímulo fóbico o, en caso de no poder evitarlo, del grado de ansiedad que le genere la exposición. El tratamiento combinará fármacos ISRS y terapia cognitivo-conductual.

### Trastorno por estrés postraumático

El trastorno por estrés postraumático es un conjunto de síntomas que el paciente desarrolla tras haber estado expuesto a un suceso traumático. Reacciona ante esta experiencia con miedo, impotencia, reviviendo persistentemente el suceso e intentando evitar que se lo recuerden. Los síntomas deben estar presentes durante 1 mes, como mínimo, e interferir en áreas funcionales del paciente. La prevalencia es del 7% a lo largo de la vida, pero en individuos expuestos a situaciones extremas (guerras, supervivientes, bomberos, etc.) la prevalencia se eleva hasta el 25%. El tratamiento con antidepresivos (ISRS o ISRSN) mejora el ánimo y reduce la ansiedad, contribuyendo a normalizar las posibles alteraciones del sueño.

	Crisis	Ansiedad/intercrisis	Evitación	Síntomas	Ánimo depresivo
Trastorno de angustia	Espontáneas	Sí	No	Mareo, visión borrosa, palpitaciones	Posible
Agorafobia	Espacios abiertos	No	Sí	Debilidad, disnea, mareos	Posible
TAG	No	Sí	No	Temblores, inquietud	Frecuente
Fobia	Estímulo fóbico	No	Situaciones específicas	Rubor, sudor, tensión muscular	Posible
TEPT	Recuerdos del trauma	No	Evocación del trauma	Hipervigilancia, insomnio, anhedonia	Frecuente

TAG: trastorno de ansiedad generalizada; TEPT: trastorno por estrés postraumático.

## TRASTORNOS ADAPTATIVOS

A pesar de su frecuencia, algunos estudios<sup>1</sup> señalan que hasta en un 73,7% de las ocasiones, los trastornos adaptativos se diagnostican erráticamente como cuadro depresivo grave, distimia, trastorno de ansiedad, etc. Se estima que, del total de visitas por causa psíquica atendidas en AP, el 9,5-13,5% son trastornos adaptativos<sup>2</sup>.

En definitiva, este trastorno se define fundamentalmente como una alteración del estado de ánimo, que se manifiesta con síntomas emocionales o del comportamiento en respuesta a un factor estresante psicosocial reconocible. Es fundamental que el médico de AP pueda identificar el estresor psicosocial mediante una entrevista centrada en el paciente y basándose en el modelo biopsicosocial del proceso de enfermar. A continuación, se relacionan los subtipos y sus características:

<b>Depresivo</b>
Llanto, desesperanza
<b>Ansioso</b>
Nerviosismo, preocupación, inquietud
<b>Mixto (ansioso-depresivo)</b>
Mezcla síntomas de depresión y ansiedad
<b>Con alteración del comportamiento</b>
Hay violación de derechos o de las normas sociales propias de la edad
<b>Mixto y con alteración del comportamiento</b>
Tanto síntomas emocionales como alteraciones conductuales
<b>No especificado</b>
Reacciones desadaptativas a factores estresantes que no son clasificables en los otros subtipos

## INSOMNIO

A pesar de incluirse varias entidades de la clasificación de los trastornos del sueño (insomnio, trastornos del sueño relacionados con la respiración, hipersomnias de origen central, trastornos del sueño relacionados con alteraciones del ritmo circadiano, parasomnias, trastornos del movimiento durante el sueño, síntomas aislados y variantes de la normalidad, otros trastornos del sueño...), en este apartado nos centraremos únicamente en el insomnio no orgánico.

### Insomnio no orgánico

Se caracteriza por una cantidad o calidad de sueño no satisfactoria que persiste en el tiempo. En general, la latencia del sueño no debe ser superior a 30-45 minutos y/o la duración total del sueño inferior a 6 horas, más de 3 noches por semana durante un periodo mínimo de 1 mes. Se acompaña de afectación diurna con sensación de fatiga, irritabilidad y bajo rendimiento. Es más frecuente en mujeres, personas de edad avanzada y pacientes con trastorno mental.

El diagnóstico diferencial se establece con el insomnio transitorio, el insomnio relacionado con un trastorno orgánico y el insomnio relacionado con un trastorno psiquiátrico.

El tratamiento debe incluir métodos no farmacológicos relacionados con una mejora en los hábitos de sueño, el incremento del ejercicio físico, una dieta saludable, etc., así como la administración de hipnóticos cuando sea preciso:

- La psicoterapia puede ser individual o grupal, y en ella cabe destacar las técnicas de relajación, las técnicas de con-

trol de impulsos, la psicoterapia cognitivo-conductual, las técnicas paradójicas o la terapia de restricción de sueño.

- Empleo de hipnóticos:
  - Benzodicepinas. Su elección depende del tipo de insomnio, la vida media del fármaco y el tiempo de inicio de su acción. Están contraindicadas en el síndrome de apnea-hipopnea del sueño y no se recomiendan en ancianos, por el posible daño cognitivo y psicomotor que puedan provocar.

### Insomnio de conciliación

Vida media corta: rápido inicio de acción y evitar somnolencia diurna (lormetazepam 1-2 mg, flunitrazepam 1 mg)

### Insomnio de mantenimiento

Vida media intermedia (lorazepam 1-2 mg) o larga (diazepam 5-10 mg, clonazepam 0,5-1 mg o clorazepato 15-25 mg)

- Hipnóticos no benzodicepínicos. No son miorelajantes ni ansiolíticos. Hay riesgo de que provoquen alucinosis y síndrome confusional (p. ej., zolpidem 10 mg, Zopiclona 7,5 mg, zaleplón 10 mg).
- Antidepresivos sedativos. Útiles en el insomnio crónico y la depresión, especialmente en el insomnio de mantenimiento y despertar precoz (p. ej., trazodona 100 mg, mianserina 10-30 mg, mirtazapina 15-30 mg).
- Melatonina. De acción retardada, 2 mg. Útil en mayores de 55 años.
- Agomelatina, 25 o 50 mg en toma única. Actúa como cronorregulador; útil en pacientes depresivos, ya que mejora la calidad subjetiva del sueño.

## TRASTORNOS AFECTIVOS

El episodio depresivo mayor se caracteriza por la presencia de 5 o más de los siguientes síntomas durante un periodo mínimo de 2 semanas, y representa una interferencia en la funcionalidad previa:

- Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, y casi todos los días de la semana.
- Disminución del interés o el placer por casi todas las actividades.
- Pérdida importante de peso o aumento sin hacer dieta (variación del 5%).
- Insomnio o hipersomnia.
- Agitación o retraso psicomotor.
- Fatiga o pérdida de energía.
- Sentimientos de inutilidad o culpabilidad excesivos.
- Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse.
- Pensamientos de muerte recurrentes.

Es relevante conocer los síntomas para establecer el diagnóstico, ya que otro tipo de sintomatología (trastorno físico, conducta histriónica, exacerbación de otras patologías psiquiátricas, ideas hipocondriacas, deterioro cognitivo y abuso de alcohol o sustancias) puede enmascarar el cuadro depresivo real.

El episodio depresivo puede ser leve, moderado, grave o incluso presentar síntomas psicóticos.

La prevalencia general es del 2-5%, y de hasta el 10% en los centros de AP. A pesar de la variabilidad poblacional, se han descrito tasas de hasta un 10-20% a lo largo de la vida, con una proporción doble para las mujeres. Los factores etiológicos son genéticos, las experiencias propias de la infancia y/o los factores estresores vitales, los rasgos de personalidad, sobre todo el carácter ansioso e impulsivo, y la enfermedad física limitante. En cuanto a la comorbilidad, se estima que la presentan hasta dos tercios de los pacientes, sobre todo el consumo de alcohol o sustancias y los trastornos de personalidad o ansiosos.

Los criterios de riesgo para valorar la indicación de ingreso hospitalario se relacionan con el riesgo suicida (este tema se desarrollará a continuación), el riesgo para terceros, el abandono, la sintomatología grave o aparición de clínica psicótica, la falta de contención externa que permita el manejo ambulatorio, la depresión resistente o la comorbilidad severa. Si el seguimiento del paciente es ambulatorio, la revisión debe realizarse de forma periódica para evaluar intensamente su evolución clínica e identificar las posibles complicaciones. A la hora de escoger un antidepresivo se deben considerar los factores del paciente (edad, sexo, enfermedad somática, etc.), la tolerabilidad y la experiencia previa al respecto, y la sintomatología prevalente (insomnio, anergia, ansiedad, pensamientos suicidas, etc.). Ante un primer episodio, es conveniente que el tratamiento eficaz se

mantenga entre 6 y 12 meses después de la remisión completa y que, ante la recurrencia, se reanude el mismo tratamiento que resultó eficaz. La retirada del fármaco debe ser gradual. En los episodios recurrentes o de elevada severidad, se valorará mantener el tratamiento durante 5 años o de modo indefinido por el riesgo de recaídas.

### Guía de tratamiento antidepresivo

El empleo de antidepresivos mejora la depresión moderada y grave, por lo que se considera un tratamiento de primera línea<sup>3</sup>. Sin embargo, un 37% de pacientes con depresión mayor no responde al tratamiento tras 6-12 semanas y un 53% no alcanza la remisión<sup>4</sup>. En los pacientes con depresión crónica y/o recurrente se recomienda el tratamiento combinado de fármacos y terapia cognitivo-conductual<sup>3</sup>. Los ISRS son los antidepresivos con mayor evidencia y mejor balance beneficio-riesgo, por lo que deben considerarse de primera elección. Los ISRSN y otros antidepresivos nuevos no han demostrado ser más eficaces ni más seguros que los ISRS, por lo que su uso debería reservarse para los pacientes que no responden a los ISRS o no los toleran adecuadamente. Los antidepresivos tricíclicos, dado su perfil de efectos adversos, sólo están indicados en los casos de depresión grave y/o resistente cuando otros antidepresivos no son eficaces o no se toleran. Como promedio, un 63% de los pacientes tratados con un antidepresivo experimentan, al menos, un efecto adverso, aunque existen algunas diferencias en su incidencia, que pueden guiar la selección del fármaco. Las náuseas y vómitos son la causa más frecuente de discontinuación del tratamiento.

Ante un paciente que no mejora con el tratamiento antidepresivo inicial, se recomienda revisar el diagnóstico, garantizar la adherencia terapéutica y evaluar su motivación para el cambio. Si la respuesta es parcial tras la tercera o cuarta semana, se recomienda esperar y observar la evolución clínica del paciente hasta la octava semana o aumentar la dosis del fármaco hasta la dosis máxima terapéutica.

Si a la tercera o cuarta semana de tratamiento el paciente no mejora, se podrían adoptar las medidas siguientes:

- Cambio de antidepresivo. Se recomienda valorar un ISRS diferente como opción preferente, o bien otro antidepresivo de nueva generación bien tolerado.
- Combinación de antidepresivos. Seleccionar aquellos fármacos de los que exista información sobre su seguridad en uso combinado y monitorizar cuidadosamente sus efectos adversos. La combinación de ISRS (o venlafaxina) con mirtazapina o mianserina podría ser una opción recomendable. Otra posible combinación es la de un ISRS con bupropión.
- Potenciación con litio o antipsicóticos, en el ámbito de la atención especializada.

La decisión sobre la derivación a la red de Salud Mental se debe realizar según los criterios de gravedad: riesgo de suici-

dio, heteroagresividad, episodio depresivo grave, sospecha de bipolaridad, depresión moderada de alta recurrencia, episodios depresivos prolongados, abuso de sustancias, negación del trastorno, dos o más intentos fallidos de tratamiento y si el cuadro plantea dudas diagnósticas o terapéuticas.

### Riesgo suicida

Como se mencionaba previamente, la conducta suicida es la complicación más grave de cualquier trastorno mental, aunque la depresión sea la patología más relacionada con el suicidio<sup>5</sup>. A pesar de ello, la etiología de la conducta suicida es multifactorial, en la que destacan las variables de índole biológica, clínica y ambiental, así como las interacciones que se establecen entre ellas.

Los intentos de suicidio conllevan importantes consecuencias sanitarias, sociales y económicas y, además, son los mejores predictores de repetición y suicidio consumado<sup>5</sup>. Por este motivo, muchas estrategias preventivas se centran en los pacientes que ya han realizado un intento<sup>6</sup>.

Desde la consulta de AP es imprescindible incluir la exploración de la ideación suicida ante cualquier presentación de sintomatología psiquiátrica. Para ello, es relevante identificar los factores de riesgo sociodemográfico y clínico, así como conocer las distintas escalas de ideación y riesgo suicida disponibles (Escala de Ideación Suicida de Beck, Scale for Suicide Ideation, Escala MINI, etc.), aunque éstas no tienen un valor predictivo positivo. De forma práctica, son particularmente importantes dos características de los intentos de suicidio: el grado de letalidad médica y el riesgo de reincidencia<sup>8,9</sup>.

Si se considera que en un paciente existe un riesgo suicida, es imperativo derivarlo a la red especializada o a un servicio de urgencias con el fin de valorar la necesidad de ingreso hospitalario para la contención de la crisis suicida.

### Bibliografía

1. Chocrón Bentata L, Vilalta Franch J, Legazpi Rodríguez I, Auquer K, Franch L. Diagnóstico de trastornos psiquiátricos por el médico de atención primaria. *Aten Primaria*. 1996; 18: 22-26.
2. Chocrón Bentata L, Vilalta Franch J, Legazpi Rodríguez I, Auquer K, Franch L. Prevalencia de psicopatología en un centro de atención primaria. *Aten Primaria*. 1995; 16: 586-593.
3. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (avalía-t), 2014. Guías de Práctica Clínica en el SNS: avalía-t 2013/06. Disponible en: [http://www.guiasalud.es/GPC/GPC\\_534\\_Depresion\\_Adulto\\_Avaliat\\_compl.pdf](http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_534_Depresion_Adulto_Avaliat_compl.pdf)
4. Gartlehner G, Hansen RA, Morgan LC, Thaler K, Lux LJ, Van Noord M, et al. Second-generation antidepressants in the pharmacologic treatment of adult depression: an update of the 2007 comparative effectiveness review. *AHRQ N.º 12-EHC012-EF*. Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality, 2011. Disponible en: [https://www.effectivehealthcare.ahrq.gov/ehc/products/210/863/CER46\\_Antidepressants-up\\_date\\_20111206.pdf](https://www.effectivehealthcare.ahrq.gov/ehc/products/210/863/CER46_Antidepressants-up_date_20111206.pdf)
5. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5.ª ed. DSM-5 Task Force 2013.
6. Czernin S, Vogel M, Flückiger M, Muheim F, Bourgnon JC, Reichelt M, et al. Cost of attempted suicide: a retrospective study of extent and associated factors. *Swiss Med Wkly*. 2012; 142: w13648.
7. Mann JJ, Apter A, Bertolote J, Beautrais A, Currier D, Haas A, et al. Suicide prevention strategies: a systematic review. *JAMA*. 2005; 294(16): 2.064-2.074.
8. Irigoyen M, Porras A, Galvan L, Puigdevall M, Giner L, De León S, et al. Predictors of re-attempt in a cohort of suicide attempters: a survival analysis. *J Affect Dis*. 2019; 247: 20-28.
9. Irigoyen-Otiñano M, Puigdevall-Ruestes M, Prades-Salvador N, Salort-Seguí S, Gayubo L, Blasco-Fontecilla H. Further evidence for major repeaters as a subgroup of suicide attempters. *Rev Esp Psiquiatr Salud Mental*. 2017; 10(3): 60-61.



Ponte a prueba  
con el caso **clínico interactivo**