



Atención Primaria

www.elsevier.es/ap



CARTAS AL DIRECTOR

Intervención grupal psicoeducativa en pacientes con ansiedad y depresión en atención primaria de Barcelona

Psycho-education group therapy in patients with anxiety and depression in Barcelona Primary Care

Sr. Director:

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), los trastornos mentales de ansiedad y depresión se encuentran entre los trastornos psiquiátricos de mayor prevalencia¹. La atención primaria es el ámbito fundamental en el abordaje de estos trastornos, según las directrices que se establecen en el Plan Director de Salud Mental y Adicciones del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya². Actualmente en Cataluña el 30% de la atención primaria de salud está relacionada con estos trastornos mentales.

Hemos valorado la efectividad de los grupos psicoeducativos en la evolución de los síntomas ansioso-depresivos de estos pacientes y en su frecuentación en las consultas médico-enfermera en los centros de atención primaria. Dicha intervención se llevó a cabo según un protocolo de intervención grupal psicoeducativo para pacientes con sintomatología ansioso-depresiva leve y/o moderada, editado por el Institut Català de la Salut^{3,4}.

Este es un estudio casi-experimental pre-post de una muestra de pacientes con diagnóstico enfermero de ansiedad, duelo disfuncional, aflicción crónica, fatiga, dolor

crónico y/o deterioro de la adaptación atendidos en la consulta médico-enfermera de los Equipos de Atención Primaria (EAP) de Barcelona ciudad Besòs, Raval Nord y Raval Sud, entre abril de 2006 y julio de 2007. Se incluyó a pacientes mayores de 19 años con valores en la escala Goldberg (≥ 2 respuestas afirmativas en la subescala de depresión; ≥ 4 respuestas afirmativas en la subescala de ansiedad). Se excluyó a los pacientes que faltaron a cuatro o más sesiones grupales y a aquellos con enfermedad mental severa.

Se realizaron 12 sesiones de 90 min con una cadencia semanal. En ellos se llevan a cabo las actividades relacionadas con los NIC 5604, enseñanza grupal; 4700, reestructuración cognitiva; 4470, ayuda en la modificación de uno mismo; 4360, modificación de la conducta; 5400, terapia de relajación simple; 5400, potenciación de la autoestima; 5510, educación sanitaria; 5616, enseñanza: medicamentos prescritos; 5602, enseñanza: proceso de la enfermedad, y 5820, disminución de la ansiedad⁵.

Se utilizaron las escalas Golberg y HAD, antes y después de la intervención grupal en 87 pacientes, 14 varones y 73 mujeres entre 20–80 años. Para comprobar la variación del test se utilizó la prueba de la t de Student para datos apareados. Todos los análisis estadísticos se realizaron con un nivel de significación $p \leq 0,05$. El 85% de los pacientes mostraron una disminución de los síntomas al finalizar el estudio. El número de visitas en el centro disminuyó en un 45% (tabla 1).

Este tipo de intervención proporciona una mejora en los conocimientos sobre el trastorno, disminuye los síntomas y la hiperfrecuentación en las consultas del médico-enfermera.

Tabla 1 Resultados de la intervención grupal

	Antes de la intervención, media	Después de la intervención, media	Mejoría, media (IC del 95%)	p
Goldberg	11,87	5,31	5,525 (4,297–6,753)	< 0,001
HAD	21,68	14,3	7,935 (6,047–9,823)	< 0,001
Número de visitas al centro (valores absolutos) médico+enfermera	> 400	< 200	3,569 (2,636–4,503)	< 0,001

El actual estudio es preliminar a otro en el que se compararan los costes y la efectividad de realizar un programa de enfermería de intervención grupal psicoeducativa frente a realizar sólo el tratamiento convencional (grupo control). *A priori* parece más coste-eficaz la actividad grupal de dos enfermeras con una dedicación de 90 min semanales que las visitas que este tipo de pacientes realiza al equipo.

Este trabajo fue presentado como comunicación tipo póster en el 5.º Congreso estatal de la FAECAP y el 8.º Congreso de la AIFICC, celebrado en Barcelona en noviembre de 2007, y recibió el segundo premio como mejor comunicación en papel.

Bibliografía

1. Organización Mundial de la Salud. Prevención de los trastornos mentales. Intervenciones efectivas y opciones de políticas. Informe compendiado. Ginebra: OMS; 2004.
2. Pla Director de Salut Mental i Addiccions. Barcelona: Departament de Salut, Direcció General de Planificació y Direcció, Generalitat de Catalunya; 2006.
3. Casañas Sánchez R, Armengol Vallés J, Puigdevall Grau E. Guía per la infermera. Sessions Grupals Psicoeducatives en l'Episodi Depressiu a l'Atenció Primària. Barcelona: Institut Català de la

Salut. Àmbit d'atenció Primària Barcelona Ciutat. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; 2006.

4. Casañas Sánchez R, Armengol Vallés J, Puigdevall Grau E. Guía per la infermera. Sessions Grupals Psicoeducatives em el Trastorn d'Ansietat a l'Atenció Primària. Barcelona: Institut Català de la Salut. Àmbit d'atenció Primària Barcelona Ciutat. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; 2006.
5. North American Nursing Diagnosis Association, Diagnósticos enfermeros de la NANDA: definiciones y clasificación 1999-2000. Madrid:Harcourt, DL 1999.

R. Casañas Sánchez^a, Antonia Raya Tena^{b,*}, L. Ibáñez Pérez^c y M.M. Valls Colomer^d

^aCentre Higiene Mental Les Corts, Barcelona, España

^bEAP Raval Nord, Barcelona, España

^cEAP Raval Sud, Barcelona, España

^dEAP Besòs, Barcelona, España

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: Arayat.bcn.ics@gencat.net (A. Raya Tena).

doi: 10.1016/j.aprim.2008.09.028

Aripiprazol y priapismo

Aripiprazole and priapism

Sr. Director:

Presentamos un episodio de priapismo iatrogénico por dosis máximas de aripiprazol en un varón joven. Se trata de un caso inusual, ya que este tipo de efecto indeseable es muy poco frecuente en tratamientos con fármacos psicotrópicos.

El priapismo es la erección persistente del pene o el clítoris, frecuentemente dolorosa, sin que se haya recibido estímulo sexual. Se produce por un mecanismo no bien conocido relacionado con el bloqueo de receptores alfa-adrenérgicos. Aripiprazol tiene una importante acción bloqueadora alfa 1, lo que hace que sea capaz de producir este efecto adverso. De todas formas existen casos de priapismo producido por fármacos sin dicha actividad y sin que se haya descubierto su mecanismo¹.

En la literatura se encuentra información sobre episodios de erección persistente como urgencia urológica relacionados con diversos antipsicóticos, fundamentalmente trazodona, risperidona, oxcarbazepina, clozapina y combinaciones con litio². Casi todos los casos descritos ocurren en pacientes que acaban de comenzar con el tratamiento, han cambiado la dosis o que se les ha añadido un fármaco nuevo³.

Varón de 23 años de edad con trastorno esquizofrénico por el que está en tratamiento médico con clorazepato dipotásico (Tranxilium) a dosis de 5 mg cada 12 h y aripiprazol a dosis de 10 mg mañana y noche. Tras una revisión psiquiátrica por presentar clínica activa de su enfermedad, se aumenta la dosis a 15 mg mañana y noche

(dosis máxima para este fármaco). A los 2 días de tratamiento con esta nueva pauta, el paciente acude a nuestro centro de salud con clínica de erección dolorosa persistente desde hacía más de 24 h. Fue remitido entonces al urólogo de forma urgente, por precisar una reducción manual.

Después de este incidente se reduce la dosis de aripiprazol a su pauta anterior, y no ha vuelto a ocurrir ningún otro episodio similar.

De entre todos los efectos secundarios del aripiprazol, encontramos que el priapismo está clasificado como de las situaciones raras, pues se ha encontrado como «muy poco frecuentes» (1:10.000) y en situaciones posteriores a la comercialización.

La comunicación de efectos adversos muy infrecuentes adquiere gran importancia en fármacos de reciente comercialización y uso muy limitado.

Bibliografía

1. Mago R, Anolik R, Johnson R, et al. Recurrent priapism associated with use of aripiprazole. J Clin Psychiatry. 2006;67:1471-2.
2. Negin B, Murphy T. Priapism associated with oxcarbazepine, aripiprazole and lithium. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2005;44:1223-4.
3. Agemed. Ficha técnica de Aripiprazol; 2004 [citado 1 Jul 2008]. Disponible en: <http://www.emea.europa.eu/humandocs/PDFs/EPAR/abilify/H-471-PI-es.pdf>.

Antonio Luis Aguilar-Shea^{a,*} Isabel Palomero-Juan^a, Lucía Sierra Santos^a y Cristina Gallardo-Mayo^b

^aMedicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Manzanares, Consultorio El Boalo, Madrid, España