

MINISTERIO DE SALUD

Guías clínicas
para la atención en salud mental y psiquiatría



San Salvador, 2017.



Ministerio de Salud
Viceministerio de Políticas de Salud
Viceministerio de Servicios de Salud

Guías Clínicas
para la atención en salud mental y psiquiatría

San Salvador, El Salvador
2017

Autoridades

Dra. Elvia Violeta Menjívar Escalante

Ministra de Salud

Dr Julio Óscar Robles Ticas

Viceministro de Servicios de Salud

Dr. Eduardo Antonio Espinoza Fiallos

Viceministro de Políticas de Salud

Ficha catalográfica

2017 Ministerio de Salud.

Todos los derechos reservados. Está permitida la reproducción parcial o total de este documento, siempre que se cite la fuente y que no sea para la venta u otro fin de carácter comercial.

Es responsabilidad de los autores técnicos de éste documento, tanto su contenido como los cuadros, diagramas e imágenes.

La documentación oficial del Ministerio de Salud, puede ser consultada en:
<http://asp.salud.gob.sv/regulacion/default.asp>

Tiraje: 2ª. Edición. 2017.

Edición y Distribución

Ministerio de Salud

Viceministerio de Políticas de Salud

Calle Arce No. 827, San Salvador. Teléfono: 22057000

Página oficial: <http://www.salud.gob.sv>

Diseño de proyecto gráfico:

Diagramación:

Impreso en El Salvador por:

El Salvador. Ministerio de Salud. Viceministerio de Políticas de Salud. Dirección de Regulación y Legislación en Salud. Unidad de Salud Mental. **Guías clínicas para la atención en salud mental y psiquiatría.** San Salvador, El Salvador. C.A.

Equipo técnico

Dr. Arturo Carranza Dr. Rigoberto González	Unidad de salud mental/Dirección de Enfermedades Crónicas no Transmisibles
Dr. Carlos Roberto Torres B.	Dirección de Regulación y Legislación en Salud
Dra. Xenia Margarita Durán Psiquiatra	Hospital Nacional Benjamín Bloom
Dra. Karina Juárez Psiquiatra Licda. Sandra Ángel de Navas Licenciada en enfermería	Hospital Nacional Psiquiátrico
Dra. Ruth Quintanilla Psiquiatra	UCSF-I Distrito Italia
Lic. Miguel Marquina Psicólogo	Hospital San Pedro de Usulután
Licda. María José Ramos Terapista Ocupacional	Hospital San Juan de Dios de Santa Ana
Lic. Kevin Cornejo Psicólogo	Región Central de Salud

Comité consultivo

Dr. Napoleón Eduardo Lara Colaborador técnico médico	Dirección de Regulación y Legislación en Salud
Dra. Ixchel Medrano Colaboradora técnica médica	Unidad de Atención Integral a la Niñez/MINSAL
Dr. Werner Hernández Psiquiatra	Hospital Nacional Psiquiátrico
Lic. Nicolás Antonio Ortiz Jefe Terapia Ocupacional	Hospital Nacional Psiquiátrico
Dr. José Luis González Psiquiatra	Hospital San Rafael
Dra. Merlind Valencia Médica pediatra	UCSF-E Díaz del Pinal Santa Tecla
Dr. Ricardo Rodríguez Médico internista	UCSF-E Tomás Pineda Santa Ana
Licda. Julia Dolores Guadrón Enfermera supervisora	Unidad de enfermería/ MINSAL
Alba Armida Escobar de Segura	Dirección Nacional de Hospitales/MINSAL
Licda. Reina Isabel de Santín Referente regional de salud mental	Región Oriental de salud/MINSAL
Lic. Edwin Antonio Hernández Educador para la salud	SIBASI Centro
Lic. Julio César Rivera Munguía Referente regional de salud mental	Región Metropolitana de salud
Sr. Miguel Angel Nieto	UCSF-E San Pedro Perulapán

Promotor de salud	
Licda. Edith Cárcamo de Góchez Trabajadora social	Hospital Nacional San Juan de Dios de Santa Ana
Margarita de Vélis Médica, colaboradora técnica	Unidad de prevención de violencia
Dr. José Douglas Jiménez Medico Ginecólogo	Unidad de atención Integral a la Mujer, Niñez y Adolescencia
Dra. Eunice Beatriz Deras Pediatra, jefa de departamento de la infancia	Consejo Nacional de la Niñez y la Adolescencia
Dra. Cecilia Castro Psiquiatra	Universidad Evangélica de El Salvador
Lic. William Beltrán López Coordinador Nacional de psicología	Instituto Salvadoreño de Bienestar Majisterial
Lic. Oscar Hernández Psicólogo, administrador clínico	Universidad Tecnológica de El Salvador

Abreviaturas

EVAD: esperanza de vida ajustada en función de la discapacidad.

HG: Hospitales Generales de Segundo nivel

HNBB: Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom

HNP: Hospital Nacional Psiquiátrico

MINSAL: Ministerio de Salud de El Salvador

RIIS: Redes Integrales e Integradas de Salud

TAC: Tomografía Axial Computarizada

TDHA: Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad

TMC: Trastorno Mental Común

TMG: Trastorno Mental Grave

UCSF: Unidad Comunitaria de Salud Familiar

UCSF-B: Unidad Comunitaria de Salud Familiar Básica

UCSF-E: Unidad Comunitaria de Salud Familiar Especializada

UCSF-I: Unidad Comunitaria de Salud Familiar Intermedia

UHSM: Unidad Hospitalaria de Salud Mental (en Hospital General de Segundo Nivel de Atención).

Índice

	Página
I. Introducción.....	i
II. Base legal.	ii
III. Objetivos.	ii
IV. Ámbito de aplicación.	ii
V. Metodología de la aplicación.....	1
VI. Contenido técnico:	
Capítulo 1: Trastornos mentales comunes.	2
1. Trastorno por déficit de atención e hiperactividad	2
2. Trastornos de conducta	7
3. Trastornos de ansiedad	13
2.1 Trastorno de ansiedad generalizada.....	13
2.2 Trastorno de pánico	16
2.3 Trastornos fóbicos	19
2.4 Trastornos de adaptación	24
2.5 Reacción a estrés agudo	28
2.6 Trastorno de estrés post trauma	30
4. Trastornos depresivos	35
Capítulo 2: Trastornos mentales graves.	42
5. Trastornos del desarrollo.....	42
6. Trastorno bipolar	49
7. Trastornos mentales y del comportamiento asociados a consumo de alcohol y otras drogas	56
8. Psicosis	64
9. Síndrome suicida	72
10. Demencias	77
VII. Disposiciones finales.	83
VIII. Referencias bibliográficas	83

I. Introducción.

La atención integral en salud mental se define como el conjunto de servicios que se proporcionan a la persona con el fin de proteger, promover, restaurar y mantener su salud mental, lo cual implica la implementación de actividades para prevención, así como también curación, rehabilitación y reinserción de las personas con alteraciones en su salud mental¹.

Desde el inicio del proceso de Reforma de Salud en año 2009, el Ministerio de Salud ha dado pasos importantes para avanzar en el cambio del modelo de atención biologicista altamente medicalizado para ir a un proceso que está determinado socialmente y que necesita de todos los sectores para poder enfrentarlo intergralmente, este proceso tiene como base la atención primaria de salud que aborda al individuo, la familia y la comunidad en donde el trabajo en las Redes Integrales e Integradas de Salud supone la articulación de los diferentes niveles de atención, en este sentido la atención de salud mental no es la excepción, para ello se ha requerido la reorganización de los recursos en estos espacios pudiendo así dar respuesta oportuna a las necesidades de atención en salud mental a la población.

Esta reorganización requiere de la definición de roles de los diferentes equipos de salud y personal no especializado en la atención de salud mental, así como su oportuna y estratégica presencia conforme a los diferentes niveles de atención, los recursos comunitarios y el trabajo intersectorial en función de los abordajes psicosociales, además de los insumos necesarios para la atención. Por tanto, definir con claridad las directrices del quehacer clínico mediante la elaboración de guías es indispensable para mejorar la calidad de la atención.

En 2012 fueron oficializadas las “Guías clínicas de psiquiatría”, documento que fue creado con el propósito de brindar a los profesionales de salud las directrices necesarias a cumplir para la identificación, referencia, tratamiento y retorno de los pacientes con enfermedades psiquiátricas de mayor prevalencia, a fin de contar con las herramientas necesarias para la atención integral de los usuarios. La continua revisión y actualización de estas guías de atención debe responder a los nuevos desafíos ante la coyuntura social, a las realidades cambiantes y a la reorientación de la atención en salud mental con un enfoque de persona, familia y comunidad conforme al modelo de atención del Ministerio de Salud (MINSAL) en salud mental. Fortalecer los abordajes psicosociales, el funcionamiento en redes de atención, así como la consolidación del seguimiento son metas que persigue la actualización de estas guías.

Por tanto, con el propósito de estandarizar las atenciones en salud mental y facilitar al personal de salud los procesos clínicos de atención en salud mental, se ha realizado el proceso de actualización de las presentes guías clínicas, las cuales sintetizan el conocimiento científico y establecen un equilibrio entre las acciones de promoción, prevención, atenciones clínicas, las atenciones psicosociales y el seguimiento, dirigido a los profesionales que conforman los equipos de salud en los diferentes niveles de atención de la RIIS.

¹ Norma de atención integral en salud mental. MINSAL., 2006.

II. Base legal

Constitución de la República

Artículo 65.- La salud de los habitantes de la República, constituyen un bien público, por lo que el Estado y las personas están obligados a velar por su conservación y restablecimiento.

Reglamento Interno del Órgano Ejecutivo

Artículo 42.- numeral 2, Compete al Ministerio de Salud: Dictar las normas y técnicas en materia de salud y ordenar las medidas y disposiciones que sean necesarias para resguardar la salud de la población.

Código de Salud

Artículo 203.- El ministerio de conformidad con sus recursos, y sus normas respectivas en los organismos de salud que determine, dará asistencia psicológica y psiquiátrica a los enfermos que la requieran. Esta asistencia será domiciliaria, ambulatoria o institucional y tendrá por objeto el tratamiento y control de las enfermedades y deficiencias mentales.

Ley de protección integral de la niñez y adolescencia

Artículos 25.- literal h, desarrollar programas permanentes para la prevención, atención y tratamiento de la salud mental de la niñez y adolescencia.

Artículos 31.- El Estado debe garantizar la atención de la salud mental, neurológica y psicosocial de la niña, niño y adolescente mediante la formulación de políticas públicas e implementación de programas específicos.

Ley especial integral para una vida libre de violencia para las mujeres

Artículo 23.- literal b, responsabilidad del MINSAL, de incorporar medidas para el seguimiento y evaluación del impacto en la salud de las mujeres afectadas por la violencia, dando especial atención a la salud mental y emocional.

III. Objetivos

Objetivo general

Establecer los lineamientos necesarios para la atención integral de las personas con trastornos mentales comunes y graves, en RIIS, desde un enfoque de derecho, género, determinación social y ciclo de vida.

Objetivos específicos

- Estandarizar los procesos de atención de salud mental con enfoque de persona, familia y comunidad en los establecimientos que conforman las Redes Integrales e Integradas de Salud.

- Fortalecer los procesos de referencia, retorno e interconsulta permitiendo que las personas con alteraciones de salud mental que así lo requieran, sean atendidas en el nivel correspondiente.
- Fortalecer los abordajes psicosociales en las redes integrales e integradas de salud como pilar fundamental de la atención en salud mental.

IV. Ámbito de aplicación

Queda sujeto al cumplimiento de las presentes Guías Clínicas el personal del Sistema Nacional de Salud, encargado de la atención en las Redes integrales e integradas de salud, que correspondan.

V. Metodología de aplicación

Para poder organizar los procesos de atención a personas con trastornos mentales es necesario definir categorías clínicas operacionales que correspondan con la complejidad y capacidad resolutoria de los establecimientos que conforman la RIIS, para tal efecto las presentes guías se operativizan en capítulos, considerando las categorías siguientes:

Trastorno mental común en adelante TMC, son las aquellas entidades nosológicas que se caracterizan por síntomas y síndromes tales como: ansiedad, estrés, depresión, dificultades adaptativas, trastornos de la conducta y que se corresponden con las categorías diagnósticas del CIE 10: F10-F18 trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicótropas, F32 episodios depresivos, F41 trastornos de ansiedad, F43 reacciones a estrés grave y F90 Trastornos hiperkinéticos

Trastorno mental grave, en adelante TMG, engloba diversos diagnósticos psiquiátricos con persistencia sintomática en el tiempo, que presentan graves dificultades en el funcionamiento personal y social como consecuencia de la enfermedad, reduciendo la calidad de vida, funcionamiento social, familiar y laboral de la persona afectada y se corresponden con las categorías diagnósticas del CIE-10: F00-F03. Demencia, F19 Trastornos mentales y del comportamiento asociado al consumo de múltiples sustancias psicoactivas, F20-29. Psicosis, F30-31. Trastorno afectivo bipolar, F84.0 Trastorno Generalizado del Desarrollo, X 60 – X84 Autolesiones/ Suicidio.

Por tanto, para la fácil comprensión y utilización de las presentes guías se ha diseñado una estructura que describe las generalidades además de tablas que describen los abordajes biológicos y psicosociales de cada una de las patologías en mención considerando su nivel de complejidad y su correspondiente nivel de atención dentro de la RIIS en base a su capacidad resolutoria, detallándose la evaluación, los apoyos diagnósticos y los tratamientos disponibles, además se describen los criterios de referencia y retorno, criterios de seguimiento, medidas preventivas y de educación en salud, así también se han definido los flujogramas de la atención.

Capítulo I: Trastornos mentales comunes

1. Trastorno por déficit de atención e hiperactividad.

1.1. Generalidades.

El trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) es el trastorno psiquiátrico más frecuente en la infancia, es un proceso crónico con una alta comorbilidad que va a influir en el funcionamiento del individuo en la edad adulta. Este cuadro tiene un gran impacto en la sociedad en términos de coste económico, estrés familiar, problemas académicos y vocacionales así como una importante disminución de la autoestima de la persona afectada.

1.2 Definición.

Se define como un determinado grado de déficit de atención e hiperactividad-impulsividad que resulta desadaptativo e inadecuado en relación con el nivel de desarrollo del niño y está presente antes de los siete años de edad. Las manifestaciones clínicas deben persistir durante más de seis meses. El cuadro debe ser más severo que lo observado en otros niños de la misma edad, el mismo nivel de desarrollo e inteligencia. Debe estar presente en varios ambientes como familia, escuela, amigos. Debe producir serios problemas en la vida diaria.

1.3 Epidemiología.

La prevalencia se sitúa entre el 3 al 7 %. La relación masculino: femenino varía desde 3:1 a 5:1. En la actualidad se estima que de cada 100 niños en edad escolar, 3 a 5 presentan TDAH, mientras que en la adolescencia se reportan diferencias por sexo, ya que de 100 adolescentes del sexo masculino de 1 a 6 lo presentan y de 100 adolescentes del sexo femenino de 1 a 2 los presentan. El subtipo más frecuente es el mixto o combinado.

1.4 Etiología.

Es un trastorno multifactorial con una base neurobiológica y predisposición genética que interactúa con factores ambientales. Un 70% de los casos se deben a factores genéticos en relación con mutaciones de varios genes (trastorno poligénico).

Puede adquirirse o modularse por factores biológicos adquiridos durante el periodo prenatal, perinatal y postnatal como la exposición intrauterina a alcohol, nicotina, determinados fármacos (benzodiacepinas, anticonvulsivantes), la prematuridad o bajo peso al nacimiento, alteraciones cerebrales como encefalitis, traumatismos, hipoxia, hipoglicemia y niveles elevados de plomo en la infancia temprana. La noradrenalina y la dopamina son los dos neurotransmisores de mayor relevancia en la fisiopatología y tratamiento farmacológico del TDAH.

1.5 Clasificación.

- TDAH con predominio de síntomas de hiperactividad-impulsividad.
- TDAH con predominio de síntomas de inatención.
- TDAH con síntomas combinados

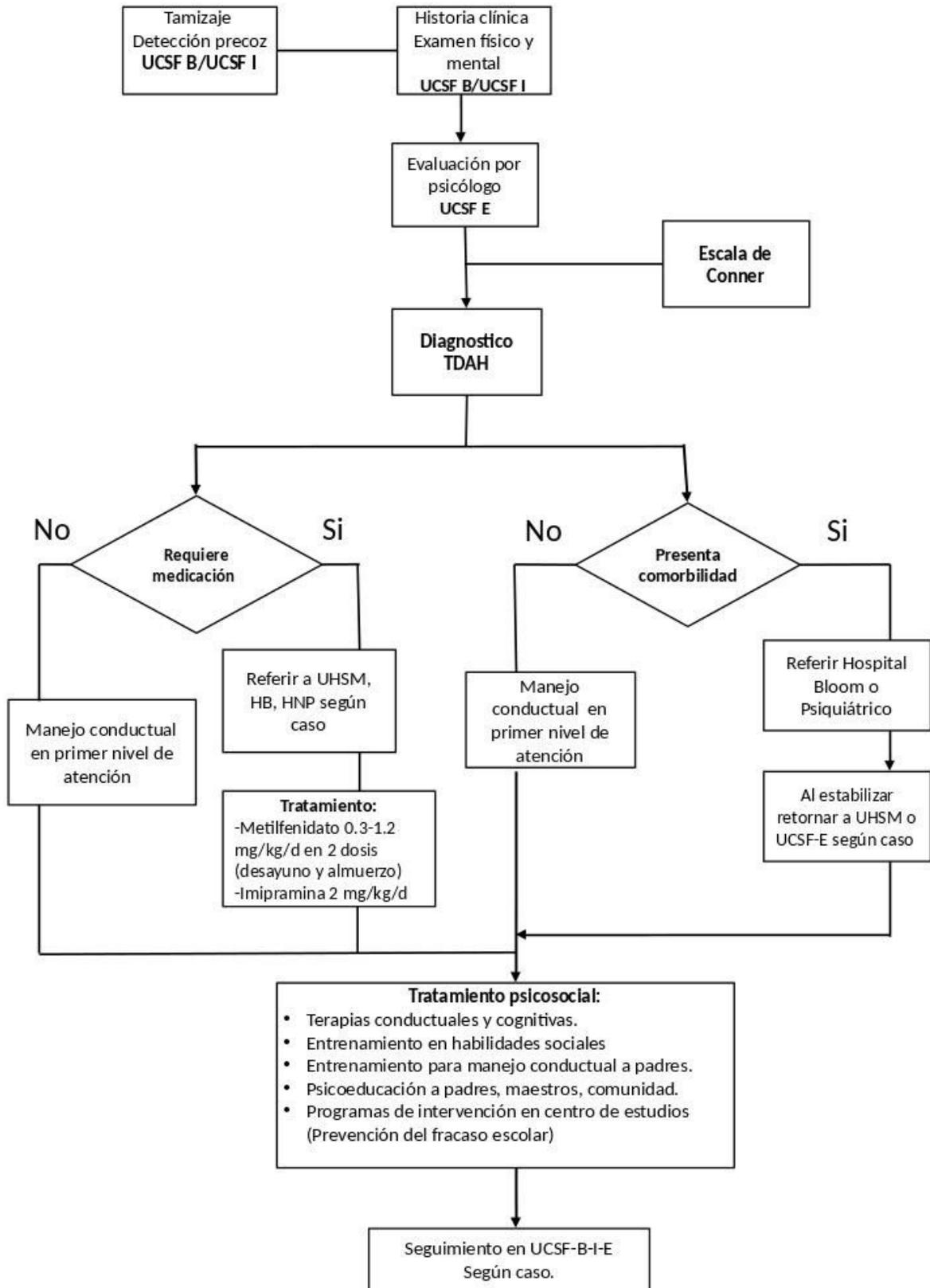
Tabla 1. Guía para la intervención de TDAH

TDAH Intervenciones	Nivel de atención						
	Primer nivel UCSF			Segundo nivel		Tercer nivel (atención especializada)	
Anamnesis	B	I	E	HG	UHSM	HNBB	HNP
Atender al niño/a y a sus padres o responsables con calidad y calidez.	X	X	X	X	X	X	X
Buscar los siguientes síntomas de acuerdo a la edad del niño/a:							
Sintomatología							
Síntomas de falta de atención:	X	X	X	X	X	X	X
a. No logra prestar atención cuidadosa a los detalles o comete errores por descuido en el trabajo escolar.							
b. Tiene dificultad para mantener la atención en tareas o juegos.							
c. Parece no escuchar cuando se le habla directamente.							
d. No sigue instrucciones y no logra terminar el trabajo escolar, los deberes u obligaciones en el lugar de trabajo.							
e. Tiene dificultad para organizar sus tareas y actividades.							
f. Evita o le disgusta comprometerse en tareas que requieran esfuerzo mental continuo (como las tareas escolares).							
g. Con frecuencia pierde juguetes, tareas escolares, lápices, libros o herramientas necesarias para las tareas o actividades.							
h. Se distrae fácilmente.							
i. Se muestra a menudo olvidadizo en las actividades diarias.							
Síntomas de hiperactividad:							
a. Juega con las manos o los pies o se retuerce en su asiento.							
b. Abandona su asiento cuando lo que se espera es que se quede sentado.							
c. Corre y trepa excesivamente en situaciones inapropiadas.							
d. Tiene dificultad para jugar en forma silenciosa.							
e. A menudo habla excesivamente, está "en movimiento" o actúa como si fuera "impulsado por un motor".							
f. Habla demasiado.							
Síntomas de impulsividad:							
a. Emite respuestas antes de que termine de escuchar la pregunta.							
b. Tiene dificultades para esperar su turno.							
c. Se entromete o interrumpe a los demás (irrumpe en conversaciones o juegos).							
Edad de 3 a 5 años hacer énfasis en buscar:							
- Actividad excesiva	X	X	X	X	X	X	X
- Inquietud o intranquilidad excesiva.							
- Cambios frecuentes de una actividad a otra.							
- Falta de atención.							
- Interrumpe conversaciones							
Edad de 5 a 7 años buscar además:							
- Dificultad para permanecer sentado.	X	X	X	X	X	X	X
- Suspensión de las tareas sin terminar.							
- Olvida realizar sus tareas cotidianas.							
- Hablar excesivamente o hace demasiado ruido.							
- Parece no escuchar cuando se le habla.							
Edad mayor a 7 años buscar:							
- Dificultad para establecer un orden en sus tareas.	X	X	X	X	X	X	X
- Marcada distraibilidad.							
- Interrumpe explicaciones, juegos y actividades de grupo.							
- No espera su turno.							
- Le cuesta obedecer las indicaciones							
- Irritable							
Exploración física y mental							
- Descartar condiciones físicas que pueden causar un problema de conducta (problemas auditivos, neurológicos, enfermedades tiroideas, trastornos del desarrollo, uso de fármacos, consumo de drogas)	X	X	X	X	X	X	X
Diagnóstico							
1. Criterios diagnósticos							
- Los niños deben tener al menos seis síntomas de alteración de la atención o seis síntomas de hiperactividad e impulsividad.	X	X	X	X	X	X	X

- Los síntomas deben iniciar antes de los siete años y deben estar presentes durante al menos seis meses, ser observados en dos o más escenarios y no ser causados por otro problema. - Los síntomas deben ser tan graves que causen dificultades significativas en muchos escenarios, incluyendo el hogar, la escuela y las relaciones con los compañeros.							
2. Pruebas de laboratorio (para descartar otras condiciones físicas que pueden afectar la conducta)							
- Pruebas tiroideas				X	X	X	X
3. Pruebas de gabinete							
- Electroencefalograma - Audiometrías - TAC cerebral					X X	X X	X
4. Pruebas psicométricas							
- Cuestionario de cualidades y dificultades (SDQ) para cribado de niños de 4 a 16 años. - Cuestionario de conducta para padres y maestros de Conners para detección de síntomas de TDAH. - Escalas de evaluación conductual - Test psicopedagógicos			X	X	X	X	X
Diagnóstico diferencial							
- Déficit sensoriales: visual o auditivo que ocasiona un trastorno del aprendizaje. - Déficit nutricional: anemia ferropénica. - Trastornos neurológicos: epilepsias, secuelas de infecciones o traumatismos del sistema nervioso central, procesos expansivos, neurodegenerativos, tics y síndrome de Guilles de la Tourette. - Trastornos tiroideos. - Trastornos del desarrollo. - Discapacidad intelectual. - Trastornos emocionales, afectivos, conductuales: Depresión, trastorno bipolar, ansiedad, conducta disocial, estrés postraumático. - Trastornos ambientales: estrés mantenido, educación inadecuada, maltrato, abuso, psicopatología en padres y maestros, diferencias socioculturales. - Uso de fármacos: Broncodilatadores, esteroides, entre otros.	X	X	X	X	X	X	X
Tratamiento							
El tratamiento del TDAH en niños y adolescentes se realiza de manera individualizada en función de cada paciente y su familia. Tiene por objetivo mejorar los síntomas y reducir la aparición de otros trastornos asociados. La detección temprana de los síntomas del TDAH y el primer abordaje psicosocial debe realizarse por el personal de salud en los establecimientos de salud del primer nivel de atención, no obstante el manejo farmacológico debe realizarse idealmente por personal especializado de salud mental en el segundo o tercer nivel de atención. El plan de tratamiento debe ser individualizado e interdisciplinario y debe incluir los siguientes aspectos fundamentales:							
1- Farmacológico							
•Metilfenidato (10mg/tableta): dosis de 0.3 - 1.2 mg/kg/día. Los efectos clínicos del metilfenidato se prolongan entre dos y cuatro horas por lo que se requiere más de una dosis al día. Se divide generalmente en dos tomas, al desayuno y al almuerzo, se recomienda que la dosis del desayuno sea mayor que la del almuerzo para evitar que se presente insomnio, en general se evita una tercera dosis aun cuando algunos niños la necesitan y muestran mejoría con ella. Pueden utilizarse como último escoge: Imipramina (10 o 25 mg/tableta), dosis de 2 - 2.5 mg/kg/día.					X	X	X
2- Abordaje psicosocial	B	I	E	HG	UHSM	HNBB	HNP
Intervención con el niño/a y adolescente			X	X	X	X	X
- Terapia conductual - Terapia cognitiva - Entrenamiento en habilidades sociales.							
Entrenamiento a padres y familia. - Psicoeducación sobre el TDAH.	X	X	X	X	X	X	X

- Entrenamiento en técnicas del manejo conductual del niño. - Información para el entendimiento del uso de medicación.							
Intervención a niveles académico y escolar: - En el centro de estudios (escuela y/o colegio): programas de intervención, plan de prevención del Fracaso Escolar. - En casa: re - educación psicopedagógica.	X	X	X				
Criterios de referencia a segundo y tercer nivel de atención							
- Detección precoz de casos	X	X	X				
- Apoyo diagnóstico			X	X	X		
- Tratamiento farmacológico.					X	X	X
- Comorbilidad psiquiátrica.						X	X
- Casos resistentes a tratamientos establecidos.						X	X
- Terapias conductuales y cognitivas			X	X	X	X	X
- Psicoeducación	X	X	X	X	X	X	X
- Seguimiento comunitario	X	X	X				
Criterios de seguimiento							
- De un tercio a la mitad de los niños continúan presentando el trastorno en la adolescencia, por lo que será necesario continuar el tratamiento.	X	X	X	X	X		
- En el caso de persistir el trastorno en la edad adulta, el seguimiento se realizará por el psiquiatra en el segundo o tercer nivel de atención.							
- El seguimiento y control en el primer nivel debe ser complementario entre los equipo de salud familiar y especializados, según dispensarización.							
Medidas preventivas y de educación en salud							
En el hogar se debe recomendar a los padres:	X	X	X	X	X	X	X
- Definir reglas claras de consecuencias y premios para ciertos comportamientos.							
- Ayudar al niño a terminar una tarea o encargo dividiéndolo en pasos menores.							
- Aumentar la estructura y el orden en la casa.							
- Establecer rutinas estables y predecibles para estructurar el tiempo.							
- Eliminar ruidos y distracciones.							
- Motivar al niño.							
Recomendaciones para los maestros de niños con TDAH:	X	X	X	X	X	X	X
- Orientación a los maestros sobre el trastorno para evitar estigmatizar a los niños o catalogarlos erróneamente.							
- Mantener una rutina predecible y un horario para actividades diarias.							
- Supervisarle de forma frecuente.							
- Utilizar un sistema claro de premios como el sistema de puntos.							
- Establecer con el niño o adolescente alguna clase de señales con las que pueda indicarle que está haciendo cosas que no debe.							
- Reforzar su autoestima integrándolo y tratándolo como a los demás compañeros de la clase.							
- Dividir la clase en grupos pequeños para que los niños trabajen en equipo y se ayuden.							
- Dejarle que salga del aula si se siente muy inquieto y necesita un descanso.							
- Sentar al alumno adelante, lo más cerca del maestro.							
- Sentarle lejos de niños que lo puedan distraer o pelearse con él.							
- Dejar tareas cortas y dividir las en segmentos.							

FLUJOGRAMA



2 Trastornos de conducta

2.1 Generalidades.

Conocidos para el CIE-10 como trastornos disociales, se trata de un grupo de trastornos caracterizados por una forma persistente y reiterada de comportamiento disocial, agresivo o retador. En sus grados más extremos puede llegar a violaciones de las normas mayores de las que serían aceptables para la edad del individuo y su entorno social. Se trata de desviaciones más graves que el simple mal comportamiento infantil o rebeldía del adolescente, que implica un patrón de comportamiento duradero (seis o más meses).

2.2 Definición.

Constituyen un constructo categorial que aglomera una serie de síntomas referidos a patrones conductuales o estilos de comportamientos considerados anormales o disfuncionales en un individuo.

La base del diagnóstico pueden ser los siguientes tipos de comportamiento: peleas o intimidaciones excesivas, crueldad hacia otras personas o animales, destrucción grave de pertenencias ajenas, incendios, robos, mentiras reiteradas, faltas a la escuela y fugas del hogar, rabietas frecuentes y graves, desobediencia. Cualquiera de estos comportamientos si es marcado, es suficiente para el diagnóstico, pero los actos disociales aislados no lo son.²

2.3 Epidemiología.

La prevalencia parece haberse incrementado durante las últimas décadas, pudiendo ser más elevada en los núcleos urbanos que en las zonas rurales. Los estudios de población general muestran tasas que oscilan entre uno y más del 10% dependiendo de la ciudad que se estudie, con el país o el periodo de tiempo que se considere. Las tasas de prevalencia son mayores en hombres que en mujeres; se estima que entre un 6-16% de la población masculina y un 2-9% de la población femenina menores de 18 años sufren de este trastorno.³

2.4 Etiología.

Se plantea una etiología multifactorial, entre los condicionantes que se mencionan están los congénitos como los hereditarios y los prenatales (tabaquismo materno, abuso de sustancias en ambos padres), así como perinatales (bajo peso al nacer, prematuridad), las cuales generan deficiencias neurofisiológicas en el sistema nervioso del lactante. Estas se manifiestan como dificultades en el temperamento, deficiencias cognitivas y retrasos motores. Dentro de los factores de riesgo post natal está la exposición a toxicidad mineral, plomo, cadmio y manganeso. Respecto a los factores psicosociales se mencionan la falta de disciplina, maltrato infantil, consentimiento excesivo o sobreprotección, condición familiar y económico-social (niños adoptados y/o abandonados).

2.5 Clasificación. Según la CIE-10

² Organización Mundial de la Salud (OMS). Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10. Editorial Médica Panamericana. Madrid 1994.

³ Secretaría de Salud de México. Guía clínica de atención infantil del Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan Navarro. México DF.

Trastorno disocial limitado al ámbito familiar (F91.0): implica un comportamiento asocial y agresivo, que se encuentra limitado al hogar y a las interacciones con los miembros de la familia nuclear o allegados.

Trastorno disocial en niños no socializados (F91.1): caracterizado por la combinación de un comportamiento disocial o agresivo persistente con una significativa y profunda dificultad para las relaciones personales con otros niños.

Trastorno disocial en niños socializados (F 91.2): incluye formas de comportamiento disocial y agresivo que se presenta en individuos por lo general bien integrados en su grupo de compañeros.

Trastorno opositor desafiante (F 91.3): ocurre habitualmente en niños pequeños y se caracteriza por una conducta marcadamente desafiante, desobediente y perjudicial que no incluya acciones delictivas ni formas extremas de comportamientos agresivos.

2.6 Comorbilidad.

- Consumo de drogas
- Trastornos adaptativos
- TDAH

Tabla 2. Guía para la intervención de los trastornos de conducta.

Intervenciones	Nivel de atención						
	Primer nivel UCSF			Segundo nivel		Tercer nivel (atención especializada)	
Anamnesis	B	I	E	HG	UHSM	HNBB	HNP
Atienda al niño/a y a sus padres o responsables con calidad y calidez.	X	X	X	X	X	X	X
Buscar los siguientes síntomas:							
Comportamientos agresivos:	X	X	X	X	X	X	X
- Inicio de peleas							
- Portar armas							
- Actos crueles contra personas y animales							
- Robo con violencia							
- Violaciones							
- Rara vez homicidios							
Comportamientos no agresivos con daño a la propiedad (no hay daño a personas).							
- Ocasionar incendios							
- Dañar automóviles							
- Romper vidrios							
- Actividades vandálicas en la escuela							
- Daño a la propiedad pública y privada							
Fraudes o robos:							
- Mentiras o timos							
- Falsificaciones							
- Romper compromisos y promesas para sacar provecho							
- Hurto							
- Robo							
Violaciones a las normas:							
- Huidas de clases							
- Fugas de casa							
- Ausentismo escolar o laboral (en mayores)							
- Erotización inapropiada para la edad de desarrollo.							
Exploración física y mental	B	I	E	HG	UHSM	HNBB	HNP
- Descartar condiciones físicas que pueden causar un problema de conducta (problemas auditivos, neurológicos, enfermedades tiroideas, uso de fármacos u otras condiciones como ser víctimas de violencia o abuso sexual).					X	X	X
Diagnóstico							
1. Criterios diagnósticos generales para F91 trastornos disociales	X	X	X	X	X	X	X

G1. Patrón de conducta repetitivo y persistente que conlleva la violación de los derechos básicos de los demás o de las normas sociales básicas apropiadas a la edad del paciente. La duración debe ser de al menos seis meses, durante los cuales algunos de los siguientes síntomas están presentes (véanse las subcategorías particulares para los requerimientos en cuanto al número de síntomas). Nota: los síntomas 11, 13, 15, 16, 20, 21, Y 23 necesitan que se produzcan sólo una vez para que se cumpla el criterio.

El individuo presenta:

1. Rabietas excepcionalmente frecuentes y graves para la edad y el desarrollo del niño.
2. Frecuentes discusiones con los adultos.
3. Desafíos graves y frecuentes a los requerimientos y órdenes de los adultos.
4. A menudo hace cosas para molestar a otras personas de forma aparentemente deliberada.
5. Con frecuencia culpa a otros de sus faltas o de su mala conducta.
6. Es quisquilloso y se molesta fácilmente con los demás.
7. A menudo está enfadado o resentido.
8. A menudo es rencoroso y vengativo.
9. Miente con frecuencia y rompe promesas para obtener beneficios y favores o para eludir sus obligaciones.
10. Inicia con frecuencia peleas físicas (sin incluir peleas con sus hermanos).
11. Ha usado alguna vez un arma que puede causar serios daños físicos a otros (p. ej., bates, ladrillos, botellas rotas, cuchillos, arma de fuego).
12. A menudo permanece fuera de casa por la noche a pesar de la prohibición paterna (desde antes de los trece años de edad).
13. Crueldad física con otras personas (p. ej., ata, corta o quema a sus víctimas).
14. Crueldad física con los animales.
15. Destrucción deliberada de la propiedad ajena (diferente a la provocación de incendios).
16. Incendios deliberados con la intención de provocar serios daños.
17. Robos de objetos de un valor significativo sin enfrentarse a la víctima, bien en el hogar o fuera de él (p. ej., en tiendas, casas ajenas, falsificaciones).
18. Ausencias reiteradas al colegio, que comienzan antes de los trece años;
19. Abandono del hogar al menos en dos ocasiones o en una ocasión durante más de una noche (a no ser que esté encaminado a evitar abusos físicos o sexuales).
20. Cualquier episodio de delito violento o que implique enfrentamiento con la víctima (p.ej "tirones", atracos, extorsión).
21. Forzar a otra persona a tener relaciones sexuales.
22. Intimidaciones frecuentes a otras personas (p. ej., infligir dolor o daño deliberados, incluyendo intimidación persistente, abusos deshonestos o torturas).
23. Allanamiento de morada o del vehículo de otros.

Criterios diagnósticos para F91.0 Trastorno disocial limitado al ámbito familiar

- A. Deben cumplirse los criterios generales para el trastorno disocial (F91).
- B. Deben estar presentes tres o más síntomas de los listados en F91, criterio G 1 presente, con al menos tres de los síntomas comprendidos entre los ítem 9-23.
- C. Al menos uno de los síntomas de 9-23 tiene que haber estado presente durante seis meses por lo menos.
- D. La alteración de social se limita al medio familiar.

Criterios diagnósticos para F91.1 Trastorno disocial en niños no socializado

Tres o más de los síntomas de F91, presencia de criterio G 1 con al menos tres de los síntomas de 9-23. C. Al menos uno de los síntomas de los ítem 9-23 deben estar presentes durante seis meses como mínimo. D. Clara pobreza de las relaciones con compañeros, reflejada por el aislamiento, rechazo o impopularidad y carencia de amigos íntimos.

Criterios diagnósticos para F91.2 Trastorno disocial en niños socializados

- A. Deben cumplirse los criterios generales para el trastorno disocial (F91).
- B. Deben estar presentes tres o más síntomas de los listados en F91, presencia del criterio G1 con al menos tres de los síntomas de los ítem 9-23.
- C. Al menos uno de los síntomas de los ítem 9-23 tienen que haber estado presentes durante seis meses como mínimo.
- D. Los trastornos de conducta incluyen el ámbito extrafamiliar.
- E. Relaciones con compañeros dentro de límites normales.

Criterios diagnósticos para F91.3 Trastorno disocial desafiante y oposicionista

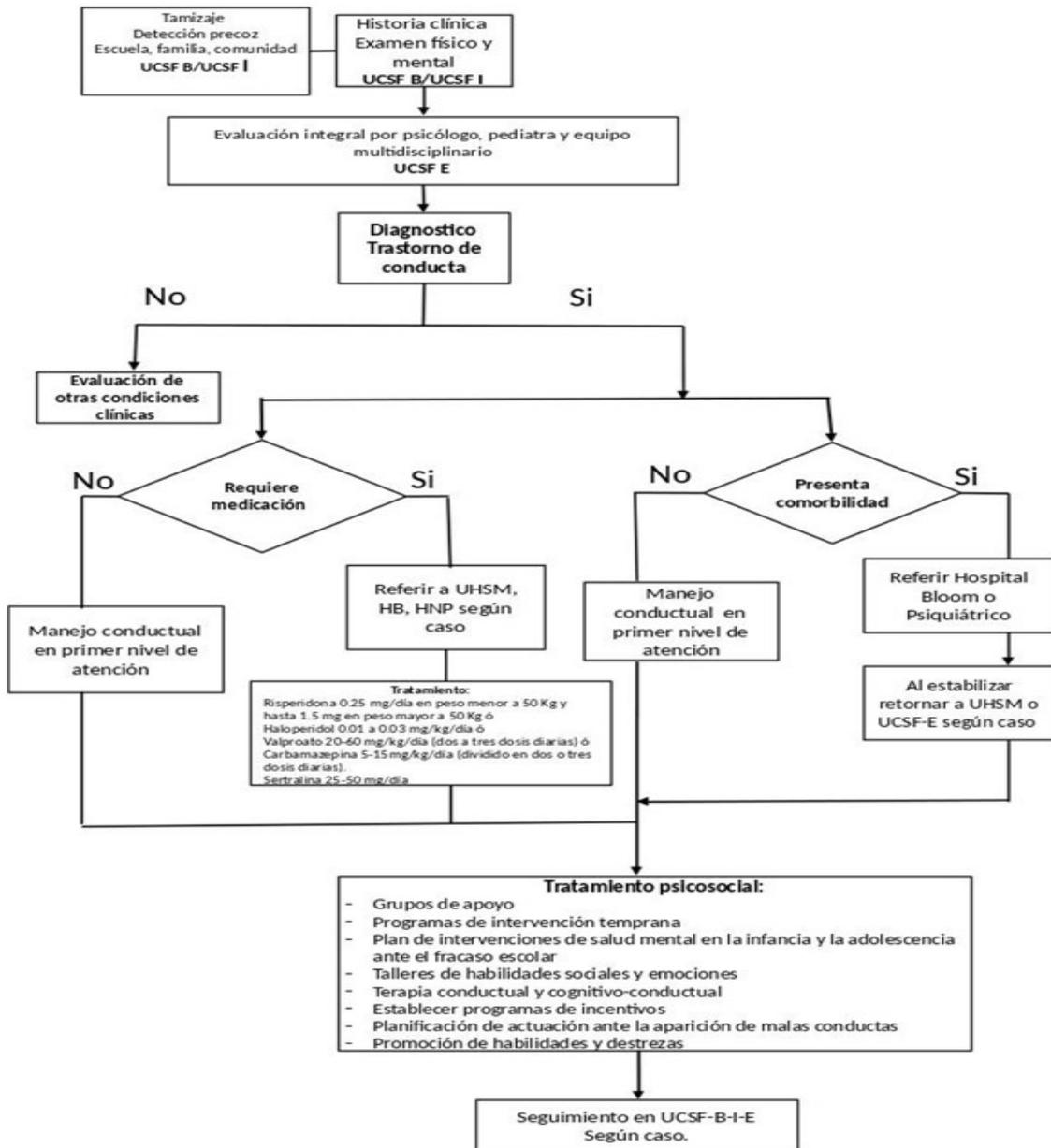
- A. Deben cumplirse los criterios generales para el trastorno disocial (F91).
- B. Deben estar presentes cuatro o más síntomas del criterio G 1 de F91, aunque no pueden estar presentes más de dos síntomas de los ítem 9-23.
- C. Los síntomas del criterio B deben ser maladaptativos o inadecuados para el nivel de desarrollo del niño.
- D. Al menos cuatro de los síntomas deben estar presentes durante seis meses como mínimo.

3. Pruebas psicométricas	B	I	E	HG	UHSM	HNBB	HNP
- Cuestionario basado en los criterios del DSM-IV para el diagnóstico de trastorno disocial de la conducta.			X	X	X	X	X
- Considerar la escala de Conners para diagnóstico diferencial							
Diagnóstico diferencial							
- TDAH					X	X	X
- Trastornos del estado de ánimo (Pero que no suelen violar las normas propias a la edad).							
Ante la presencia del cumplimiento de ambos se debe diagnosticar los dos.							

Tratamiento							
El plan de tratamiento debe ser individualizado e interdisciplinario y debe incluir los siguientes aspectos fundamentales:							
Farmacológico (manejo especializado)							
Agresividad e impulsividad: - Risperidona 0.25 mg/día en peso menor a 50 Kg y hasta 1.5 mg en peso mayor a 50 Kg ó - Haloperidol 0.01 a 0.03 mg/kg/día ó - Valproato 20-60 mg/kg/día (dos a tres dosis diarias) ó - Carbamazepina 5-15mg/kg/día (dividido en dos o tres dosis diarias)					X	X	X
Impulsividad: - Sertralina 25-50mg/día							
Abordaje psicosocial							
- Grupos de apoyo			X	X	X	X	X
- Programas de intervención temprana			X	X	X	X	X
- Prevención del fracaso escolar	X	X	X				
- Talleres de habilidades sociales y emociones	X	X	X				
- Terapia conductual y cognitivo-conductual			X	X	X	X	X
- Establecer programas de incentivos antes de utilizar castigos	X	X	X				
- Planificación de actuación ante la aparición de malas conductas (anticipar, analizar y si es posible prevenir)	X	X	X				
- Promoción de habilidades y destrezas (pintura, dibujo, manualidades, juegos interactivos, deportes)	X	X	X				
- Reporte o aviso a las instituciones correspondientes sobre conductas disruptas.	X	X	X	X			
Para garantizar mejores resultados en la intervención conforme al plan individualizado, se recomienda la combinación de por lo menos tres tipos de abordaje.							
Criterios de referencia							
- Apoyo diagnóstico			X	X	X		
- Tratamiento farmacológico.					X	X	X
- Comorbilidad psiquiátrica					X	X	X
- Casos resistentes a tratamientos establecidos.					X	X	X
- Terapias conductuales			X	X	X	X	X
- Terapias físicas y ocupacional				X	X	X	X
- Seguimiento comunitario	X	X	X				
Criterios de seguimiento							
- Se debe dar seguimiento a todos los casos en el correspondiente nivel de atención debido a la probabilidad de la persistencia de los síntomas en edad adulta y el riesgo de evolucionar hacia otras conductas como el abuso de sustancias psicoactivas, así también la aparición de comorbilidad psiquiátrica como trastornos de personalidad antisocial.	X	X	X	X	X	X	X
- Posterior a seis meses de abordaje psicosocial en el que se incluye el tratamiento individual, familiar y farmacológico; realizar re - evaluación para verificar la mejora, dar continuidad o reorientar el plan de tratamiento.			X	X	X		
Medidas preventivas y de educación en salud.	B	I	E	HG	UHSM	HNBB	HNP
En el establecimiento de salud:	X	X	X	X	X	X	X
- Brindar información clara sobre los trastornos de conducta, haciendo énfasis en la detección temprana de síntomas y cómo manejarlos.							
- Dar a conocer de forma clara a la familia o cuidadores las alternativas terapéuticas disponibles tanto farmacológicas como psicosociales, destacando la importancia de su continuidad para lograr la mejoría clínica.							
- Destacar la importancia del seguimiento.							
En el hogar se debe recomendar a los padres:	X	X	X	X	X	X	X
- Regular el número de horas de exposición a dispositivos electrónicos (TV, tablets, computadoras, celulares), supervisar y discutir la violencia que ven los niños y adolescentes en los programas de televisión, los videojuegos y las películas.							
- Fomentar un mayor nivel de confianza mediante un consistente contacto visual, escuchándolo activamente, siendo amable para ayudarlo a incrementar el descubrimiento de pensamientos y							

<p>sentimientos.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Contribuir a restaurar su autoestima. Evitar juzgarlo. - Darle oportunidad para que explique sus razones a fin de entender porque actuó de determinada manera. - Recordarle que el respeto que pide, es el mismo que debe ofrecer para los demás. - Promover el involucramiento con pares pro-sociales. - Enriquecer las habilidades sociales (participando en actividades sociales y deportivas). - Promover la comunicación familiar. - Identificar palabras y conductas que desencadenan comportamientos disruptos (ejemplo: evitar la palabra “no”, frases como “te voy a castigar”, “porque yo mando”, además evitar gestos agresivos o intimidantes y amenazas). 							
<p>Recomendaciones para los maestros de niños</p> <ul style="list-style-type: none"> - Promover mejores relaciones con pares y maestros. - Promover la educación sexual. - Reconozca y elogie las conductas apropiadas - Reconocer el liderazgo que puedan tener estos alumnos y utilizar esta virtud positivamente. - Identificar palabras y conductas que desencadenan comportamientos disruptos (ejemplo: evitar la palabra “no”, frases como “te voy a castigar”, “porque yo mando”, además evitar gestos agresivos o intimidantes y amenazas). - Darle oportunidad para que explique sus razones a fin de entender porque actuó de determinada manera. - Evitar aplicar castigos, poner consecuencias inmediatas o limitar privilegios. - Referir oportunamente al establecimiento de salud al detectar sintomatología o riesgo. 	X	X	X	X	X	X	X

FLUJOGRAMA



3 Trastornos de ansiedad

La ansiedad es un estado que se acompaña de una sensación intensa de temor y de molestias somáticas, como palpitations y sudoración, que denotan hiperactividad del sistema nervioso autónomo. La ansiedad influye en la cognición y tiende a distorsionar la percepción. Se diferencia del miedo, que es una respuesta apropiada a una amenaza conocida; la ansiedad es una respuesta a una amenaza desconocida. Por tanto, los “Trastornos de ansiedad” es el nombre que se le da a un grupo de enfermedades en las que la persona experimenta una fuerte respuesta de miedo aunque no haya una razón objetiva para ello.

3.1 Trastorno de ansiedad generalizada.

3.1.1 Generalidades.

En su fisiopatología participan factores biológicos, psicológicos, sociales y existenciales, que hacen necesario un abordaje integral. Se debe diferenciar entre miedo y ansiedad; en el miedo la persona, conoce el objeto externo y delimitado que le amenaza y se prepara para la huida o afrontamiento generando una respuesta fisiológica breve; en la ansiedad la persona desconoce el objeto, siendo la amenaza interna, existiendo una conflictividad y una prolongación de la reacción.

3.1.2 Definición.

Este trastorno se caracteriza por ansiedad persistente, excesiva e inespecífica, no limitada a una circunstancia ambiental desencadenante y cuya duración es de por lo menos seis meses.

3.1.3 Epidemiología.

Se encuentra en la población general en una frecuencia de 5.1 %, con una relación femenino – masculino de 2:1, con mayor incidencia en la edad adulta (20 - 40 años), relacionado con stress ambiental crónico y de curso variable y fluctuante.

3.1.4 Etiología.

Su etiología puede deberse a los siguientes factores: biológicos (entre los que se encuentran los genéticos, neuroanatómicos y neuroquímicos), psicosociales y cognitivos.

Tabla 3. Guía para la intervención del trastorno de ansiedad generalizada.

Trastorno de ansiedad generalizada Intervenciones	Nivel de atención						
	Primer nivel UCSF			Segundo nivel		Tercer nivel (atención especializada)	
Anamnesis	B	I	E	HG	UHSM	HNBB	HNP
Atienda al usuario/a con calidad y calidez.	X	X	X	X	X	X	X
Busque los siguientes síntomas:							
a) Aprensión (preocupaciones acerca de calamidades venideras, sentirse "al límite", dificultades de concentración, etc.).	X	X	X	X	X	X	X
b) Tensión muscular (agitación e inquietud psicomotrices, cefaleas de tensión, temblores, incapacidad de relajarse).							
c) Hiperactividad vegetativa (mareos, sudoración, taquicardia o taquipnea, molestias epigástricas, vértigo, sequedad de boca, entre otras).							
Exploración física							
Descartar condiciones físicas y de consumo de sustancias que pueden causar signos y síntomas similares al trastorno de ansiedad:	X	X	X	X	X	X	X
- Exploración cardiovascular y pulmonar.							
- Exploración neurológica.							
Exploración mental	B	I	E	HG	UHSM	HNBB	HNP
- Ansiedad y angustia manifiesta.	X	X	X	X	X	X	X
- Inquietud motora (Mueve constantemente pies y/o manos).							

- Ideas y temor de padecer una enfermedad grave, temor a volverse loco o temor a morir.							
Diagnóstico							
Criterios diagnósticos							
- Ansiedad y preocupación excesivas sobre una amplia gama de acontecimientos o actividades, que se prolongan más de seis meses. - A la persona le resulta difícil controlar este estado de constante preocupación. - La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos provocan malestar clínicamente significativo, o el deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad de la persona. - Estas alteraciones no se deben a efectos fisiológicos directos de una sustancia, o enfermedad médica y no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno de ánimo, trastorno psicótico o generalizado del desarrollo.	X	X	X	X	X	X	X
Pruebas de laboratorio (para descartar otras condiciones físicas)							
- Hemograma - Glicemia - Pruebas tiroideas - Electrolitos - Pruebas hepáticas - Pruebas renales - Exámenes toxicológicos				X	X	X	X
Pruebas de gabinete							
- Electrocardiograma - Radiografía de tórax - Electroencefalograma - TAC cerebral				X	X	X	X
5. Pruebas psicométricas							
- Escalas para detección de ansiedad (Escala de Hamilton para la detección de ansiedad) - Escala SPENCE para niños			X	X	X	X	X
Diagnóstico diferencial							
- Entre las enfermedades médicas que producen síntomas de ansiedad, se encuentran: angina pectoris, taquiarritmia paroxística, prolapso de válvula mitral, insuficiencia cardiaca congestiva, embolia pulmonar, hipotiroidismo, hipertiroidismo, hipercalcemia/hiponatremia, lupus eritematoso sistémico, hiperventilación, hipoxia (EPOC, asma), hipoglicemia, feocromocitoma, síndrome de tensión premenstrual, arteriosclerosis cerebral, epilepsia del lóbulo temporal, migraña, tirotoxicosis, intoxicación y abstinencia por alcohol y otras sustancias, trastornos vestibulares, otras patologías psiquiátricas (fobias, trastorno obsesivo compulsivo, trastorno de pánico, depresión, demencia). - Medicamentos que pueden producir ansiedad: anfetaminas, bromocriptina, captopril, cicloerina, esteroides, lidocaína, teofilina, privación de drogas depresoras del sistema nervioso central.	X	X	X	X	X	X	X
Tratamiento							
El plan de tratamiento debe ser individualizado e interdisciplinario y debe incluir los siguientes aspectos fundamentales:							
Farmacológico							
Benzodiazepinas: - Diazepam (10 mg/tableta) 5 - 10 mg/día por la noche o - Bromazepam (3 mg/tableta), de 3 - 6 mg/día o - Clonazepam (2 mg/tableta), de 2 - 4 mg/día. Ante la mejoría se debe disminuir paulatinamente el fármaco durante dos a tres semanas para evitar síndrome de abstinencia. En los pacientes tratados con diazepam, se recomienda disminuir de 2.5 a 5 mg cada semana y bromazepam 1.5 mg cada semana. El tratamiento con benzodiazepinas no debe exceder las 6 semanas.			X	X	X	X	X
	B	I	E	HG	UHSM	HNBB	HNP
Medicamentos antidepresivos. Los medicamentos antidepresivos constituyen el tratamiento farmacológico de base, dado que han demostrado eficacia en el control de los síntomas de ansiedad. Debe tenerse en cuenta que estos tardan entre 2 a 4 semanas para comenzar a hacer su efecto terapéutico,			X	X	X	X	X

<p>asimismo es importante aclarar al usuario que el tratamiento debe mantenerse de 9 a 12 meses, por lo que la oportuna orientación a los usuarios facilitará su adherencia al tratamiento. Se recomiendan los siguientes antidepresivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Imipramina (25 mg/tableta) y amitriptilina (25 mg/tableta): dosis de 25 – 150 mg cada día. Se recomienda iniciar con dosis bajas de 50 mg/día. • Paroxetina (20 mg/tableta): 20 - 40 mg/día. • Sertralina (50 mg/tableta): 50 - 100 mg/día. <p>Los antidepresivos, pueden usarse conjuntamente con benzodiazepinas. De hecho la combinación tiene por objetivo el control inmediato de los síntomas mediante la acción ansiolítica de las benzodiazepinas durante las primeras dos o tres semanas, en tanto el antidepresivo ejerce su efecto terapéutico.</p> <p>Otros medicamentos que pueden utilizarse de no existir contraindicaciones son: propranolol (40 mg/tableta): 20 - 60 mg/día, atenolol (100 mg/tableta): 50 - 100 mg/ día por dos a tres semanas.</p>							
Abordaje psicosocial							
Consejerías	X	X	X	X	X	X	X
Psicoeducación							
Técnicas de relajación							
Facilitación en el abordaje de estresores psicosociales.							
Terapia cognitivo conductual			X	X	X	X	X
Psicoterapias de apoyo.							
Grupos de apoyo							
Criterios de referencia a segundo y tercer nivel de atención							
- Detección precoz de casos	X	X	X				
- Apoyo diagnóstico			X	X	X		
- Tratamiento farmacológico.		X	X	X	X	X	X
- Resistencia a tratamiento farmacológico (6-8 semanas sin mejoría)					X	X	X
- Comorbilidad psiquiátrica.						X	X
- Casos resistentes a tratamientos establecidos.						X	X
- Terapias conductuales y cognitivas			X	X	X	X	X
- Psicoeducación	X	X	X	X	X	X	X
- Técnicas de relajación	X	X	X	X	X	X	X
- Técnicas de resolución de problemas	X	X	X	X	X	X	X
- Seguimiento comunitario	X	X	X				
Criterios de seguimiento							
- Al estabilizar la sintomatología en el usuario se debe evaluar el retorno al primer nivel de atención para su seguimiento. El seguimiento y control debe ser complementario entre los equipos comunitarios de salud familiar y los especializados, según dispensarización.	X	X	X	X	X	X	X
Medidas preventivas y de educación en salud							
- Facilitar la expresión de ideas, temores, sentimientos y quejas somáticas.	X	X	X	X	X	X	X
- Identificar los elementos psicológicos o ambientales que hayan generado o agravado el padecimiento.							
- Explicar la ausencia de bases orgánicas para la angustia que padece, con el objetivo que el paciente comprenda que la condición es originada mayoritariamente por elementos psicosociales.							
- Informar el diagnóstico, evitar decir al paciente “no tiene nada”, o “solo se trata de stress”.							
- Identificar con el paciente alternativas en el manejo del problema real que lo está originando.							
- Explicar el tratamiento y los efectos colaterales del medicamento a emplear.							
- Manifestar razonable optimismo en el resultado del tratamiento.							
- Actividades relajantes y de ocio.							
- Identificar y superar preocupaciones exageradas.							
- Enseñar métodos estructurados de entrenamiento en la resolución de problemas							
- Incluir en grupos de autoayuda o terapéuticos.							

3.2 Trastorno de pánico (Ansiedad paroxística episódica).

3.2.1 Generalidades.

En un inicio se consideraba que los ataques de pánico y el trastorno de ansiedad generalizada, eran parte de un mismo trastorno: neurosis de ansiedad. No obstante, después de 1980 son separados y el trastorno de pánico se denomina en la CIE-10 como trastorno por ataques de angustia.

3.2.2 Definición.

Un ataque de pánico o crisis de angustia es un episodio súbito, diurno o nocturno, de miedo e intenso malestar, en ausencia de peligro real, que se acompaña de una descarga neurovegetativa con síntomas físicos y cognitivos, sensación de peligro o muerte inminente y urgente necesidad de escapar, suele durar de quince a treinta minutos, alcanzando su máxima expresión en los primeros diez minutos.

3.2.3 Epidemiología.

La prevalencia del trastorno oscila entre 1 - 8% en la población general, con una distribución por sexos de 1.7% en hombres y 3% en mujeres; la edad media de comienzo es durante la tercera década de la vida.

3.2.4 Etiología.

Su etiología puede deberse a los siguientes factores: biológicos (entre los que se encuentran los genéticos, neuroanatómicos y neuroquímicos), psicosociales y cognitivos.

Tabla 4. Guía para la intervención del trastorno de pánico.

Trastorno de pánico Intervenciones	Nivel de atención						
	Primer nivel UCSF			Segundo nivel		Tercer nivel (atención especializada)	
Anamnesis	B	I	E	HG	UHSM	HNBB	HNP
Atender al usuario/a con calidad y calidez.	X	X	X	X	X	X	X
Buscar los siguientes síntomas:							
Aparición súbita, temporal y aislada de miedo o malestar intenso acompañado de cuatro o más de los siguientes síntomas: -Palpitaciones, sudoración, temblores o sacudidas, sensación de ahogo o falta de aire, sensación de atragantarse, opresión o malestar torácico, náuseas o molestias abdominales, inestabilidad, mareo o desmayo, desrealización (sensación de irrealidad), o despersonalización (sensación de estar separado de uno mismo), miedo a perder el control o "volverse loco", miedo a morir, parestesias, escalofríos o sofocaciones. Los síntomas deben haber aparecido en las siguientes condiciones: a) En circunstancias en las que no hay un peligro real. b) No deben presentarse solo en situaciones conocidas o previsibles. c) En el período entre crisis, la persona debe estar relativamente libre de ansiedad, aunque es frecuente la ansiedad anticipatoria leve. d) No son debidos a efectos directos de drogas, enfermedad orgánica o mental.	X	X	X	X	X	X	X
Exploración física	B	I	E	HG	UHSM	HNBB	HNP
Descartar condiciones físicas y de consumo de sustancias que pueden causar signos y síntomas similares al trastorno de pánico: - Exploración cardiovascular. - Exploración pulmonar. - Exploración neurológica.	X	X	X	X	X	X	X
Exploración mental							
- Ansiedad y angustia manifiesta. - Inquietud motora (Mueve constantemente pies y/o manos). - Ideas y temor de padecer una enfermedad grave, temor a volverse loco o temor a morir.	X	X	X	X	X	X	X
Diagnóstico							
1. Criterios diagnósticos							

a) Crisis de angustia inesperada y recidivante.	X	X	X	X	X	X	X
b) Al menos una de las crisis se acompaña de un mes de duración o más de los siguientes síntomas: inquietud persistente por la posibilidad de más crisis, preocupación por las implicaciones o consecuencias de la crisis, cambio significativo del comportamiento relacionado con las crisis.							
c) Aparición de ansiedad al encontrarse en lugares o situaciones donde escapar puede resultar difícil, o que no cuente con ayuda en caso de presentarse una crisis. La agorafobia se relaciona con el temor a estar solo fuera de casa, mezclarse con muchas personas, viajar en autobús o automóvil, entre otros.							
d) Las crisis de angustia no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia o una enfermedad médica.							
e) Las crisis no pueden explicarse por la presencia de otro trastorno mental como fobia social, trastorno obsesivo – compulsivo (TOC), fobia específica y estrés postrauma.							
Clasificación							
- Trastorno de pánico con agorafobia. - Trastorno de pánico sin agorafobia. En caso del trastorno de angustia sin agorafobia se deben cumplir los mismos criterios anteriores sin ausencia de agorafobia.	X	X	X	X	X	X	X
6. Pruebas de laboratorio (para descartar otras condiciones físicas)							
- Hemograma - Glicemia - Pruebas tiroideas - Electrolitos - Pruebas hepáticas - Pruebas renales - Exámenes toxicológicos				X	X	X	X
7. Pruebas de gabinete							
- Electrocardiograma - Radiografía de tórax - Electroencefalograma - TAC cerebral				X	X	X	X
8. Pruebas psicométricas							
- Escalas de Sheehan para trastorno de pánico.			X	X	X	X	X
Diagnóstico diferencial							
- Angina pectoris, taquiarritmia paroxística, prolapso de válvula mitral, insuficiencia cardíaca congestiva, hipotiroidismo, hipertiroidismo, hiponatremia, embolia pulmonar, hiperventilación, hipoxia (EPOC, asma), hipoglicemia, feocromocitoma, tensión premenstrual, dolor asociado a enfermedad médica, que desencadena ansiedad, arterioesclerosis cerebral, epilepsia del lóbulo temporal, migraña, tirotoxicosis, trastornos vestibulares, enfermedades de la colágena, intoxicación y abstinencia por alcohol y otras drogas, otras patologías psiquiátricas (TOC, trastorno de ansiedad generalizada, depresión). - Efectos de medicamentos: privación de fármacos depresores del sistema nervioso central, anfetaminas, esteroides, salbutamol y dextrometorfan.	X	X	X	X	X	X	X
Tratamiento	B	I	E	HG	UHSM	HNBB	HNP
El plan de tratamiento debe ser individualizado e interdisciplinario y debe incluir los siguientes aspectos fundamentales:							
Farmacológico							
Benzodiacepinas: - Diazepam (10 mg/tableta) 5 - 10 mg/día por la noche o - Bromazepam (3 mg/tableta), de 3 - 6 mg/día o - Clonazepam (2 mg/tableta), de 2 - 4 mg/día. Ante la mejoría se debe disminuir paulatinamente la benzodiacepina durante dos a tres semanas para evitar síndrome de abstinencia. En los pacientes tratados con diazepam, se recomienda disminuir de 2.5 a 5 mg cada semana y bromazepam 1.5 mg cada semana. El tratamiento con benzodiacepinas no debe exceder las 6 semanas.			X	X	X	X	X
Medicamentos antidepressivos.			X	X	X	X	X

<p>Los medicamentos antidepresivos constituyen el tratamiento farmacológico de base, dado que han demostrado eficacia en el control de los síntomas del trastorno de pánico. Debe tenerse en cuenta que estos tardan entre dos a 4 semanas para comenzar a hacer su efecto terapéutico, asimismo es importante aclarar al usuario que el tratamiento debe mantenerse de 9 a 12 meses, por lo que la oportuna orientación a los usuarios facilitará su adherencia al tratamiento. Se recomiendan los siguientes antidepresivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Imipramina (25 mg/tableta) y amitriptilina (25 mg/tableta): dosis de 25 – 150 mg cada día. Se recomienda iniciar con dosis bajas de 50 mg/día. - Paroxetina (20 mg/tableta): 20 - 40 mg/día. - Sertralina (50 mg/tableta): 50 - 100 mg/día. <p>Los antidepresivos, pueden usarse conjuntamente con benzodiacepinas. De hecho la combinación tiene por objetivo el control inmediato de los síntomas mediante la acción ansiolítica de las benzodiacepinas durante las primeras dos o tres semanas, en tanto el antidepresivo ejerce su efecto terapéutico.</p> <p>Otros medicamentos que pueden utilizarse de no existir contraindicaciones son: propranolol (40 mg/tableta): 20 - 60 mg/día, atenolol (100 mg/tableta): 50 - 100 mg/ día por dos a tres semanas.</p>							
Abordaje psicosocial							
Consejerías	X	X	X	X	X	X	X
Psicoeducación							
Técnicas de relajación							
Facilitación en el abordaje de estresores psicosociales.							
Terapia cognitivo conductual			X	X	X	X	X
Terapias de desensibilización							
Psicoterapias de apoyo.							
Grupos de apoyo							
Criterios de referencia a segundo y tercer nivel de atención							
- Detección precoz de casos	X	X	X				
- Apoyo diagnóstico			X	X	X		
- Tratamiento farmacológico.		X	X	X	X	X	X
- Resistencia a tratamiento farmacológico (6-8 semanas sin mejoría)					X	X	X
- Comorbilidad psiquiátrica.						X	X
- Casos resistentes a tratamientos establecidos.						X	X
- Terapias conductuales y cognitivas			X	X	X	X	X
- Psicoeducación	X	X	X	X	X	X	X
- Técnicas de relajación	X	X	X	X	X	X	X
- Técnicas de resolución de problemas	X	X	X	X	X	X	X
- Seguimiento comunitario.	X	X	X				
Criterios de seguimiento	B	I	E	HG	UHSM	HNBB	HNP
- Al estabilizar la sintomatología en el usuario se debe evaluar el retorno al primer nivel de atención para su seguimiento. El seguimiento y control debe ser complementario entre los equipos comunitarios de salud familiar y especializada, según dispensarización.	X	X	X	X	X	X	X
Medidas preventivas y de educación en salud							
- Brindar información para el paciente y su familia sobre los síntomas y el tratamiento de la enfermedad.	X	X	X	X	X	X	X
- Recomendaciones al presentar un ataque de pánico: Permanecer donde está, hasta que pase la crisis, procurar no concentrarse en los síntomas somáticos, respirar lenta y profundamente, convencerse a sí mismo que es un ataque de pánico y que pasará pronto.							
- Facilitar la expresión de ideas, temores, sentimientos y quejas somáticas.							
- Identificar los elementos psicológicos o ambientales que hayan generado o agravado el padecimiento.							
- Explicar la ausencia de bases orgánicas para la angustia que padece, con el objetivo que el paciente comprenda que la condición es originada mayoritariamente por elementos psicosociales.							

<ul style="list-style-type: none"> - Informar el diagnóstico, evitar decir al paciente “no tiene nada”, o “solo se trata de stress”. - Identificar con el usuario alternativas en el manejo del problema real que lo está originando. - Manifiestar razonable optimismo en el resultado del tratamiento. - Actividades relajantes y de ocio. - Identificar y superar preocupaciones exageradas. - Enseñar métodos estructurados de entrenamiento en la resolución de problemas. - Incluir en grupos de autoayuda o terapéuticos. 							
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--	--	--	--	--	--

3.3 Trastornos fóbicos.

3.3.1 Generalidades.

Su concepción como temor absurdo a un objeto data de 1801, siendo la hidrofobia que se presenta en la rabia (descrita por Celso) la primera acepción médica. El término agorafobia fue acuñado por Westphal en 1871. Freud, en 1895 distinguió fobias comunes y específicas, englobándolas en 1925 como histeria de angustia.

3.3.2 Definición.

Una fobia se define como un miedo persistente e irracional, a un objeto, actividad o situación específicos que provoca un deseo imperioso, de evitar dicho objeto, actividad o situación.

Agorafobia: Se refiere al temor a todas aquellas circunstancias o estímulo en las cuales el sujeto se siente indefenso, o en la cual se percibe limitado a pedir ayuda o escapar.

Fobia social: presencia de ansiedad exagerada en las situaciones en que una persona se siente observada y puede ser criticada por otros, y generar vergüenza o humillación.

Fobia específica: Es aquella en la cual la ansiedad se produce en presencia o anticipación de situaciones u objetos concretos.

3.3.3 Epidemiología.

La prevalencia total es del 25%: agorafobia 3.8%, fobia social 5.8%, fobia simple 13.2%, siendo más frecuente en mujeres de quince a treinta y cinco años.

3.3.4 Etiología.

Multifactorial, combinación de factores genéticos, neuroquímicos, neuroanatómicos, neurofisiológicos así como psicológicos.

Tabla 5. Guía para la intervención de los trastornos fóbicos.

Trastornos fóbicos Intervenciones	Nivel de atención						
	Primer nivel UCSF			Segundo nivel		Tercer nivel (Atención especializada)	
Anamnesis	B	I	E	HG	UHSM	HNBB	HNP
Atienda al usuario/a con calidad y calidez.	X	X	X	X	X	X	X
Busque los siguientes síntomas:							
La fobia se caracteriza por la aparición de ansiedad severa o reacción de pánico cuando el individuo se expone a un objeto o situación temidos. Los síntomas son similares a los encontrados en un ataque de pánico súbito en los que se encuentran palpitaciones, sudoración, taquicardia, temblor en manos y piernas, disnea, sensación de ahogo, náuseas, mareo, escalofríos, oleadas de calor y frío, sensación de inestabilidad, entre otros. Junto con estas reacciones fisiológicas se desarrolla una clara aprehensión ansiosa que genera la evitación del objeto o situación temida ⁴ .	X	X	X	X	X	X	X

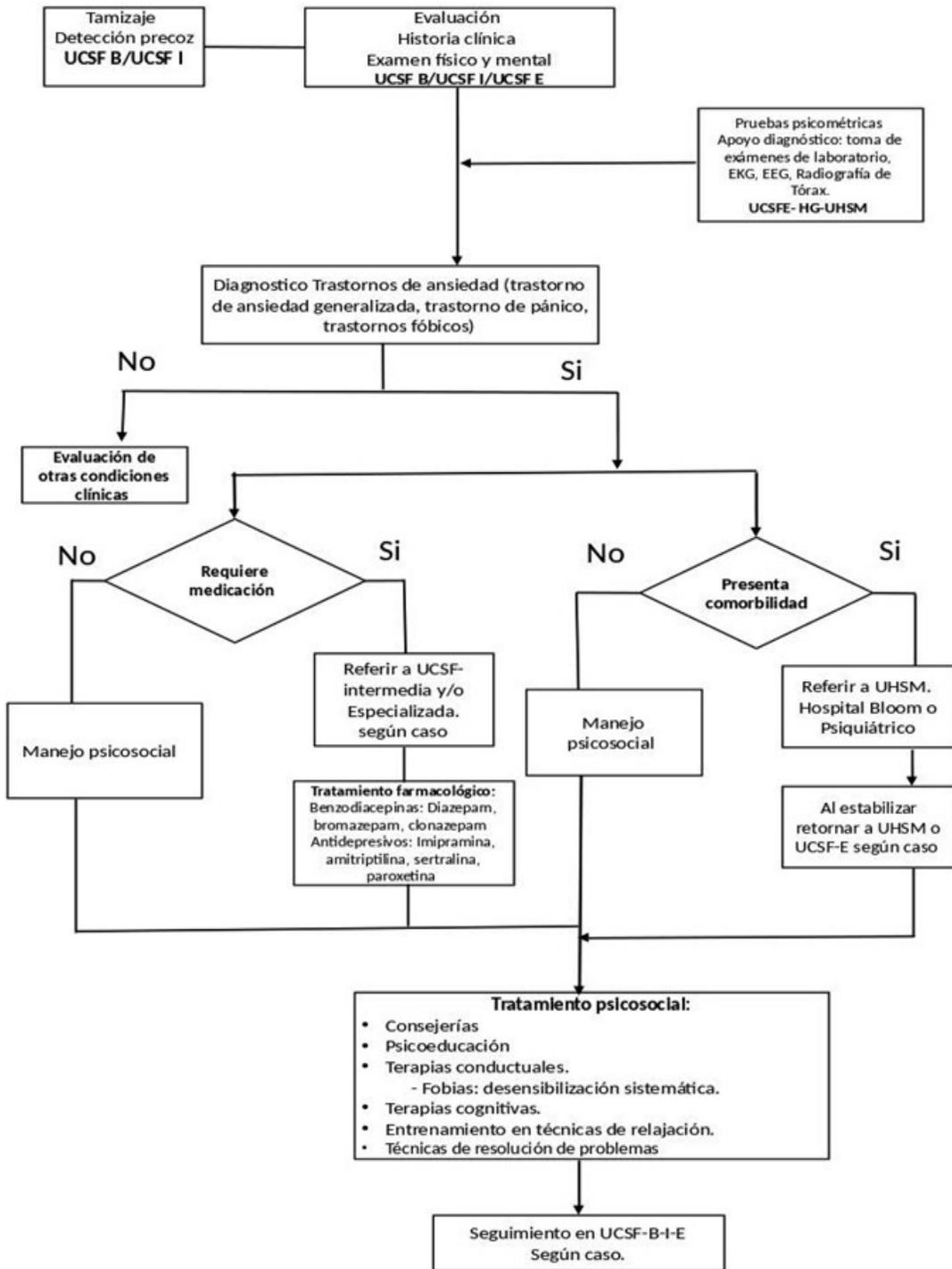
Exploración física							
Descartar condiciones físicas y de consumo de sustancias que pueden causar signos y síntomas similares al trastorno de pánico. Hacer énfasis en: - Exploración cardiovascular. - Exploración pulmonar. - Exploración neurológica.	X	X	X	X	X	X	X
Exploración mental							
- Miedo intenso y persistente a un objeto o situación específico. - Inquietud motora (Como mover constantemente pies y/o manos). - Ideas y temor irracional y excesivo referido a un objeto.	X	X	X	X	X	X	X
Diagnóstico							
1. Criterios diagnósticos							
Agorafobia, sus criterios diagnósticos son: 1. Aparición de ansiedad en relación con el temor de desarrollar síntomas similares a la angustia: mareos, diarrea, entre otros. 2. Aparición de ansiedad al encontrarse en lugares o situaciones donde escapar puede resultar difícil o embarazoso, o no se dispone de ayuda. 3. Nunca se han cumplido los criterios diagnósticos de trastorno de pánico. 4. El trastorno no se debe a efectos fisiológicos directos de una sustancia. 5. Si el paciente presenta una enfermedad médica, el temor descrito en el primer criterio, es claramente excesivo en comparación con el habitualmente asociado a la enfermedad médica. 6. La agorafobia puede presentarse con o sin trastornos de pánico.	X	X	X	X	X	X	X
Fobia social, sus criterios diagnósticos son: 1. Temor acusado y persistente por una o más situaciones sociales o actuaciones en público en las que el sujeto está expuesto a personas distintas de su ámbito familiar o cierta evaluación por otras personas. El individuo teme actuar de un modo que sea embarazoso o humillante. 2. La exposición a situaciones sociales temidas provoca casi invariablemente una respuesta inmediata de ansiedad. 3. Comportamientos de evitación: las actuaciones en público se evitan porque generan mucho malestar. 4. El individuo reconoce que el temor es excesivo e irracional. 5. En menores de dieciocho años el cuadro sintomático debe superar los seis meses de duración. 6. El trastorno no se asocia a consumo de sustancias o a enfermedad médica diagnosticada.							
Fobias específicas, sus criterios diagnósticos son: 1. Temor acusado y persistente que es excesivo e irracional, desencadenado por la presencia o anticipación de un objeto o situación específica. 2. La exposición al estímulo fóbico provoca casi invariablemente una respuesta inmediata de ansiedad que puede tomar forma de crisis de angustia situacional. 3. La persona reconoce que el miedo es excesivo e irracional. 4. Las situaciones fóbicas se evitan o soportan a costa de una intensa ansiedad o malestar. 5. Los comportamientos de evitación, la anticipación ansiosa o el malestar provocado por las situaciones temidas, interfieren con la rutina de la persona y sus relaciones sociales o laborales. 6. No se explica por otra enfermedad mental. 7. En menores de dieciocho años el cuadro sintomático debe superar los seis meses de duración. 8. Se clasifica en fobia tipo: animal, ambiental, a sangre e inyecciones, situacional (ascensores, aviones entre otros).							
Clasificación							
Agorafobia Fobias sociales Fobias específicas: claustrofobia, fobia a insectos, a las alturas, entre otros; trastorno de ansiedad fóbica sin especificación.							

⁴ Toro, Ricardo José, Fundamentos de medicina, Psiquiatría. 5° Edición.

Pruebas de laboratorio (para descartar otras condiciones físicas)							
- Hemograma - Glicemia - Pruebas tiroideas - Electrolitos - Pruebas hepáticas - Pruebas renales - Exámenes toxicológicos				X	X	X	X
Pruebas de gabinete							
- Electrocardiograma - Radiografía de Tórax - Electroencefalograma - TAC cerebral				X	X	X	X
Pruebas psicométricas							
- Ninguna específica. Se puede utilizar las escalas para medición del nivel de ansiedad para establecer diagnóstico diferencial.			X	X	X	X	X
Diagnóstico diferencial							
- Se deben descartar los diagnósticos diferenciales de trastorno de ansiedad generalizada y trastorno de pánico.	X	X	X	X	X	X	X
Tratamiento							
El plan de tratamiento debe ser individualizado e interdisciplinario y debe incluir los siguientes aspectos fundamentales:							
Farmacológico							
Agorafobia y fobia social: Benzodiacepinas: - Diazepam (10 mg/tableta) 5 - 10 mg/día por la noche o - Bromazepam (3 mg/tableta), de 3 - 6 mg/día o - Clonazepam (2 mg/tableta), de 2 - 4 mg/día. Ante la mejoría se debe disminuir paulatinamente el fármaco durante dos a tres semanas para evitar síndrome de abstinencia. En los pacientes tratados con diazepam, se recomienda disminuir de 2.5 a 5 mg cada semana y bromazepam 1.5 mg cada semana. El tratamiento con benzodiacepinas no debe exceder las 6 semanas.			X	X	X	X	X
	B	I	E	HG	UHSM	HNBB	HNP
Antidepresivos: - Imipramina (25 mg/tableta) y amitriptilina (25 mg/tableta): dosis de 25 – 150 mg cada día. Se recomienda iniciar con dosis bajas de 50 mg/día. - Paroxetina (20 mg/tableta): 20 - 40 mg/día. - Sertralina (50 mg/tableta): 50 - 100 mg/día. Los antidepresivos, pueden usarse conjuntamente con benzodiacepinas. De hecho la combinación tiene por objetivo el control inmediato de los síntomas mediante la acción ansiolítica de las benzodiacepinas durante las primeras dos o tres semanas, en tanto el antidepresivo ejerce su efecto terapéutico.			X	X	X	X	X
Otros medicamentos que pueden utilizarse de no existir contraindicaciones son: propranolol (40 mg/tableta): 20 - 60 mg/día, atenolol (100 mg/tableta): 50 - 100 mg/ día por dos a tres semanas.			X	X	X	X	X
Abordaje psicosocial							
Fobia específica. El tratamiento de primera elección es la psicoterapia (desensibilización sistemática imaginaria o in vivo y otras), así como técnicas de relajación y respiración.	X	X	X	X	X	X	X
Para todo tipo de fobia: • Actividades relajantes y de ocio. • Identificar y superar preocupaciones exageradas. • Enseñar métodos estructurados de entrenamiento en la resolución de problemas para ayudar al paciente a enfrentarse a las situaciones de la vida diaria que contribuyen a producir los síntomas de ansiedad.	X	X	X	X	X	X	X

<ul style="list-style-type: none"> Incluir en grupos de autoayuda y/o terapéuticos. Orientar sobre la prevención en el consumo de drogas. 							
Criterios de referencia a segundo y tercer nivel de atención							
- Detección precoz de casos	X	X	X				
- Apoyo diagnóstico			X	X	X		
- Tratamiento farmacológico.		X	X	X	X	X	X
- Resistencia a tratamiento farmacológico (6-8 semanas sin mejoría)					X	X	X
- Comorbilidad psiquiátrica.						X	X
- Casos resistentes a tratamientos establecidos.						X	X
- Terapias conductuales y cognitivas (desensibilización sistemática)			X	X	X	X	X
- Psicoeducación	X	X	X	X	X	X	X
- Técnicas de relajación	X	X	X	X	X	X	X
- Técnicas de resolución de problemas	X	X	X	X	X	X	X
- Seguimiento comunitario	X	X	X				
Criterios de seguimiento							
- Mantener el tiempo de tratamiento necesario de seis a doce meses para consolidar la respuesta inicial y prevenir la aparición de recaídas.	X	X	X	X	X	X	X
- El seguimiento y control debe ser complementario entre el Ecos familiar y especializado, según dispensarización.							
Medidas preventivas y de educación en salud							
La educación debe darse en todos los niveles de atención y debe ser para el usuario, su familia y la comunidad y estar dirigida a:	X	X	X	X	X	X	X
a) Facilitar la expresión de sus ideas, temores, sentimientos y quejas somáticas.							
b) Identificar los elementos psicológicos o ambientales que hayan generado o agravado el padecimiento.							
c) Explicar la ausencia de causas médicas para la angustia que padece, con el objetivo de que comprenda que ésta obedece a elementos mayoritariamente psicosociales; también se debe informar el diagnóstico, sin cometer el error de decir al paciente que "no tiene nada" o que "se trata solo de stress".							
d) Identificar junto al paciente alternativas en el manejo del problema.							
e) Explicar el uso de los medicamentos y los efectos colaterales.							
f) Manifestar razonable optimismo en el resultado del tratamiento.							

FLUJOGRAMA



3.4 Trastornos de adaptación

3.4.1 Generalidades.

Los acontecimientos afectan con menor o mayor intensidad a cada individuo, cada uno percibe estas situaciones como amenazantes, neutras o benignas, reaccionando de manera adaptativa (normal) o desadaptativa, constituyendo esto último los trastornos de adaptación.

3.4.2 Definición.

Son síntomas emocionales o del comportamiento, clínicamente significativos y desproporcionados que aparecen en respuesta a un factor o factores de estrés identificables. Una respuesta emocional o del comportamiento, se catalogará como desproporcionada o anormal para el acontecimiento vital desencadenante, cuando el malestar del individuo es mayor de lo que se espera.

3.4.3 Epidemiología.

La prevalencia varía entre el 5% y el 20%. Puede aparecer a cualquier edad, pero predominan discretamente en los adolescentes.

3.4.4 Etiología.

Puede deberse a factores biológicos, psicosociales y de personalidad (la presencia de rasgos ansiosos predispone a reacciones excesivas ante acontecimientos estresantes).

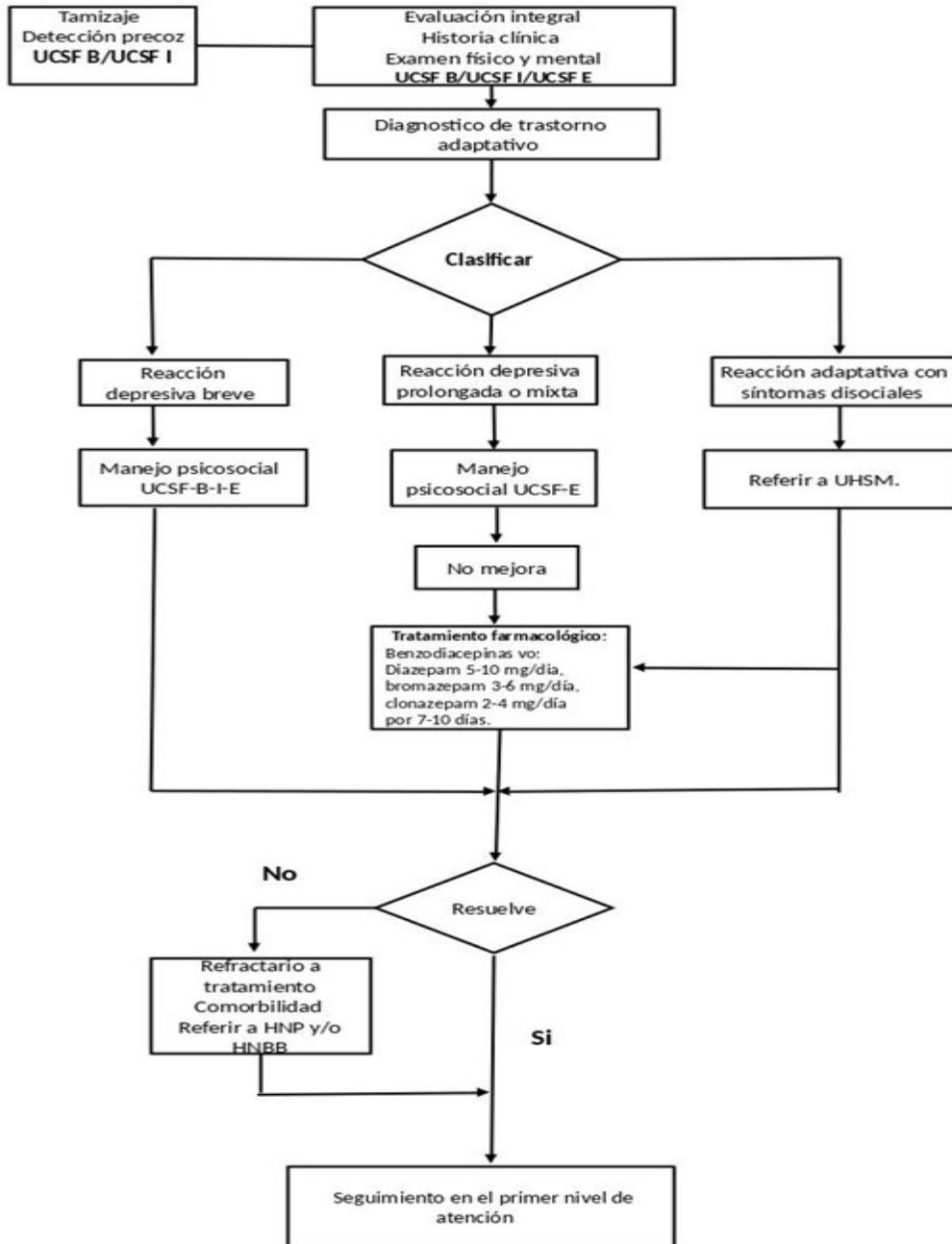
Tabla 6. Guía para la intervención de los trastornos de adaptación.

Trastornos de adaptación Intervenciones	Nivel de atención						
	Primer nivel UCSF			Segundo nivel		Tercer nivel (Atención especializada)	
Anamnesis	B	I	E	HG	UHSM	HNBB	HNP
Atienda al usuario/a con calidad y calidez.							
Busque los siguientes síntomas:							
La aparición de síntomas emocionales o comportamentales en respuesta a estrés identificable tiene lugar dentro de los tres meses siguientes. Estos síntomas o comportamientos se expresan clínicamente del siguiente modo: malestar mayor de lo esperado en respuesta al estrés, deterioro significativo de la actividad socio - laboral y académica, la alteración relacionada con el estrés no cumple los criterios para otro trastorno específico y no constituye una simple exacerbación de un trastorno preexistente, los síntomas no responden a una reacción de duelo.	X	X	X	X	X	X	X
Exploración física							
Descartar condiciones físicas y de consumo de sustancias que pueden causar signos y síntomas similares a los síntomas ansiosos y depresivos de los trastornos adaptativos. Hacer énfasis en: - Exploración cardiovascular. - Exploración pulmonar. - Exploración neurológica.	X	X	X	X	X	X	X
Exploración mental							
Buscar: - Síntomas depresivos (tristeza, desánimo, apatía), ansiosos (inquietud motora, síntomas autónomos) y cambios conductuales (irritabilidad, hostilidad y agresividad)	X	X	X	X	X	X	X
Diagnóstico							
Criterios diagnósticos A. Haber sido expuesto a un estrés psicosocial identificable, el cual no es de gravedad extraordinaria ni de tipo catastrófico, no más de un mes antes del comienzo de los síntomas. B. Síntomas o trastornos del comportamiento del tipo de los descritos en cualquiera de los trastornos del estado de ánimo (excepto ideas delirantes y alucinaciones), de los trastornos (trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos) y de los trastornos disociales siempre que no se satisfagan los criterios para un trastorno en particular.	X	X	X	X	X	X	X

La forma y la gravedad de los síntomas pueden variar de un momento a otro. C. Los síntomas no persisten más de seis meses tras la finalización del estrés o sus consecuencias, a excepción de reacción depresiva prolongada (este criterio no debe impedir el diagnóstico provisional en espera de que el criterio temporal llegue a satisfacerse).							
Clasificación							
Trastorno adaptativo con:							
- Reacción depresiva breve: estado depresivo leve y transitorio de duración no superior a un mes.							
- Reacción depresiva prolongada: estado depresivo leve que aparece como respuesta a una exposición prolongada a una situación estresante, pero cuya duración no excede los dos años.							
- Reacción mixta de ansiedad y depresión: destacan los síntomas de ansiedad y depresión, pero con niveles de gravedad no superiores a los especificados para el trastorno mixto de ansiedad depresión u otro trastorno de ansiedad.							
- Con predominio de alteración de otras emociones: los síntomas corresponden a varios tipos de emociones, como ansiedad, depresión, preocupación, tensión e ira. Los síntomas de ansiedad y depresión pueden satisfacer los criterios para el trastorno mixto de ansiedad, pero no son tan predominantes como para que pueda hacerse un diagnóstico de trastorno depresivo o de ansiedad más específico. Esta categoría debe utilizarse también para reacciones en la infancia en las cuales se encuentren presentes comportamientos regresivos como enuresis nocturna o “chuparse” el pulgar.							
- Con predominio de alteraciones disociales: el trastorno más sobresaliente afecta el comportamiento disocial, como en el caso de una reacción de duelo en la que un adolescente se comporta de un modo francamente inadecuado o agresivo.							
- Con alteraciones de las emociones y disociales mixtas: las características más destacadas son los síntomas emocionales y los trastornos disociales del comportamiento.							
Con otros síntomas predominantes no especificados.							
Pruebas de laboratorio (para descartar otras condiciones físicas)	B	I	E	HG	UHSM	HNBB	HNP
- Hemograma			X	X	X	X	X
- Glicemia							
- Pruebas tiroideas							
- Electrolitos							
- Pruebas hepáticas							
- Pruebas renales							
- Exámenes toxicológicos							
Pruebas de gabinete							
- Electrocardiograma			X	X	X	X	X
- Radiografía de tórax				X	X	X	X
- Electroencefalograma					X	X	X
- TAC cerebral						X	
Pruebas psicométricas							
Se podrán utilizar para diagnóstico diferencial descartando Trastorno Depresivo Mayor y trastornos de ansiedad.			X	X	X	X	X
Diagnóstico diferencial							
El trastorno de adaptación debe diferenciarse de aquellos trastornos que cursan con síntomas depresivos y síntomas de ansiedad como el trastorno depresivo mayor, el trastorno distímico, el trastorno de ansiedad generalizada, el trastorno por estrés agudo, el trastorno de estrés postraumático y del duelo normal.	X	X	X	X	X	X	X
Tratamiento							
Dado que por lo general los síntomas son leves y de corta duración, lo más indicado es ensayar intervenciones no farmacológicas. El plan de tratamiento debe ser individualizado e interdisciplinario y debe incluir los siguientes aspectos fundamentales según cada caso:							
Farmacológico							
Para el tratamiento de los síntomas ansiosos y somáticos como el insomnio:			X	X	X	X	X
Benzodiacepinas:							
- Diazepam (10 mg/tableta) 5 - 10 mg/día por la noche o							
- Bromazepam (3 mg/tableta), de 3 - 6 mg/día ó							
- Clonazepam (2 mg/tableta), de 2 - 4 mg/día.							
Ante la mejoría se debe disminuir paulatinamente el fármaco durante dos a tres semanas para evitar síndrome de abstinencia.							
En los pacientes tratados con diazepam, se recomienda disminuir de 2.5 a 5 mg cada semana y bromazepam 1.5 mg cada semana.							
El tratamiento con benzodiacepinas no debe exceder las 6 semanas.							
	B	I	E	HG	UHSM	HNBB	HNP
Antidepresivos:			X	X	X	X	X
El uso de antidepresivos estará supeditado a la evolución del cuadro y a complicaciones como trastorno depresivo mayor, pero no es un manejo de primera elección en un trastorno adaptativo.							

Abordaje psicosocial							
Las intervenciones no farmacológicas incluyen un proceso cuidadoso de psicoeducación y de acompañamiento psicoterapéutico, especialmente, del tipo de intervención en crisis, psicoterapia de apoyo o psicoterapia cognoscitiva conductual. La intervención debe abarcar información relevante sobre el trastorno, el curso y el pronóstico, lo que implica minimizar los sentimientos de culpa y mostrar diferentes alternativas para afrontar de forma más adaptativa la situación estresora.	X	X	X	X	X	X	X
Criterios de referencia a segundo y tercer nivel de atención							
- Detección precoz de casos	X	X	X				
- Apoyo diagnóstico			X	X	X		
- Tratamiento farmacológico.		X	X	X	X	X	X
- Resistencia a tratamiento farmacológico (6-8 semanas sin mejoría)					X	X	X
- Comorbilidad psiquiátrica.						X	X
- Casos resistentes a tratamientos establecidos.						X	X
- Terapias conductuales y cognitivas, de apoyo.			X	X	X	X	X
- Psicoeducación	X	X	X	X	X	X	X
- Técnicas de relajación	X	X	X	X	X	X	X
- Técnicas de resolución de problemas	X	X	X	X	X	X	X
- Seguimiento comunitario	X	X	X				
Criterios de seguimiento							
- Mantener el tiempo de tratamiento necesario de seis a doce meses para consolidar la respuesta inicial y prevenir la aparición de recaídas.	X	X	X	X	X	X	X
- El seguimiento y control debe ser complementario entre el Ecos familiar y especializado, según dispensarización.							
Medidas preventivas y de educación en salud							
La educación debe darse en todos los niveles de atención y debe ser para el usuario, su familia y la comunidad y estar dirigida a:	X	X	X	X	X	X	X
- Facilitar la expresión de sus ideas, temores, sentimientos y quejas somáticas.							
- Identificar los elementos psicológicos o ambientales que hayan generado o agravado el padecimiento.							
- Mecanismos de adaptación							
- Explicar la ausencia de causas médicas para la angustia que padece, con el objetivo de que comprenda que ésta obedece a elementos mayoritariamente psicosociales; también se debe informar el diagnóstico, sin cometer el error de decir al paciente que "no tiene nada" o que "se trata solo de stress".							
- Identificar junto al paciente alternativas en el manejo del problema.							
- Explicar el uso de los medicamentos y los efectos colaterales.							
- Manifestar razonable optimismo en el resultado del tratamiento.							

FLUJOGRAMA



3.5 Reacción a estrés agudo.

3.5.1 Generalidades.

El estrés es una reacción de ajuste. Como reacción origina tensión física y psicológica al estimular el equipo neurobiológico que posee el hombre para enfrentar los estímulos externos que ponen en peligro su vida⁵.

La reacción de estrés se convierte en una oportunidad para lograr la adaptación. El estrés alcanza su verdadero significado y logra su tarea protectora, al transformarse en una reacción de ajuste. Cada ser humano responderá en forma individual, según sus experiencias, con uso de sus recursos y su creatividad para mantener su equilibrio y disminuir la tensión.

3.5.2 Definición.

Trastorno transitorio de una gravedad importante que aparece en un individuo sin otro trastorno mental aparente, como respuesta a un estrés físico o psicológico excepcional y que por lo general remite en horas o días, no obstante la reacción ha de ser lo suficientemente intensa como para alterar su funcionamiento normal.

3.5.3 Epidemiología.

La prevalencia a lo largo de la vida varía del 7 al 30%.

3.5.4 Etiología.

Factores biopsicosociales y la existencia de un factor estresante intenso y devastador (desastres naturales, muertes inesperadas, entre otros).

Tabla 7. Guía para la intervención de la reacción a estrés agudo.

Trastorno de reacción a estrés agudo Intervenciones	Nivel de atención							
	Primer nivel UCSF			Segundo nivel		Tercer nivel (Atención especializada)		
Anamnesis	B	I	E	HG	UHSM	HNBB	HNP	
Atender al usuario/a con calidad y calidez.	X	X	X	X	X	X	X	
Buscar los siguientes síntomas:								
La persona sufre, temporalmente pero de forma aguda, un cuadro de ansiedad fisiológica, como respuesta a la experimentación de uno o varios sucesos altamente estresantes, donde se ha puesto en peligro la integridad física de uno mismo o de los demás. A diferencia del trastorno de estrés postraumático, los síntomas aparecen a los pocos minutos del suceso traumático, y remiten con un mínimo de 2 días y un máximo de 4 semanas. Pueden revivirse las experiencias traumáticas, y muestran una sintomatología similar al estrés postrauma. A veces se siente culpables por lo ocurrido, o no merecedores de haber sobrevivido.	X	X	X	X	X	X	X	
Exploración física								
Descartar condiciones físicas y de consumo de sustancias que pueden causar signos y síntomas similares al trastorno de pánico: - Exploración cardiovascular. - Exploración pulmonar. - Exploración neurológica.	X	X	X	X	X	X	X	
Exploración mental								
- Afecto: ansiedad, irritabilidad, temor. - Psicomotricidad: inquietud motora - Pensamientos recurrentes sobre el evento - Presencia de reminiscencias, sueños, pesadillas, disminución de la concentración y la atención.	X	X	X	X	X	X	X	
Diagnóstico	B	I	E	HG	UHSM	HNBB	HNP	
Criterios diagnósticos								

⁵ Selye H. The physiopathology of stress. Postgrad Med.1959; 25(6): 660-7.

<p>a. La persona ha estado expuesta a un acontecimiento traumático en el que:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ha experimentado, presenciado o le han explicado uno o más acontecimientos caracterizados por muertes, o amenazas para su integridad física o la de los demás. - Ha respondido con temor, desesperanza u horror intenso. <p>b. Durante o después del acontecimiento traumático, el paciente presenta tres o más de los siguientes síntomas disociativos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sensación subjetiva de embotamiento afectivo, desapego o ausencia de reactividad emocional. - Reducción del conocimiento de su entorno. - Desrealización, despersonalización. - Amnesia disociativa. <p>c. El acontecimiento traumático es reexperimentado persistentemente en algunas de estas formas: imágenes, sueños, episodios de "flashback" recurrentes o sensación de estar reviviendo la experiencia y malestar al exponerse a situaciones que recuerdan el evento traumático.</p> <p>d. Evitación acusada de estímulos que recuerdan el trauma.</p> <p>e. Síntomas acusados de ansiedad, irritabilidad, mala concentración, hipervigilancia e inquietud motora.</p> <p>f. Estas alteraciones provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social o laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.</p> <p>g. Estas alteraciones duran un mínimo de dos días y un máximo de cuatro semanas y aparecen en el primer mes del evento traumático.</p> <p>h. Estas alteraciones no se deben a efectos fisiológicos directos de una sustancia, o enfermedad médica.</p>	X	X	X	X	X	X	X
Pruebas de laboratorio (para descartar otras condiciones físicas)							
<ul style="list-style-type: none"> - Hemograma - Glicemia - Pruebas tiroideas - Electrolitos - Pruebas hepáticas - Pruebas renales - Exámenes toxicológicos 				X	X	X	X
Pruebas de gabinete							
<ul style="list-style-type: none"> - Electrocardiograma - Radiografía de tórax - Electroencefalograma - TAC cerebral 				X	X	X	X
Pruebas psicométricas							
<ul style="list-style-type: none"> - No existe prueba específica. - No obstante, se puede utilizar escalas para descartar trastorno de personalidad, depresión u otro trastorno ansioso. 			X	X	X	X	X
Diagnóstico diferencial							
<ul style="list-style-type: none"> - Trastorno adaptativo, trastorno de estrés post trauma, trastorno de ansiedad fóbica, trastorno de pánico, trastornos disociativos o de conversión, trastornos somatomorfos, episodio psicótico agudo, trastorno de personalidad. 	X	X	X	X	X	X	X
Tratamiento							
La finalidad del tratamiento es disminuir el estrés agudo e intentar evitar un posible trastorno de estrés postrauma. El plan de tratamiento debe ser individualizado e interdisciplinario y debe incluir los siguientes aspectos fundamentales:							
Farmacológico							
<p>Benzodiazepinas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Diazepam (10 mg/tableta) 5 - 10 mg/día por la noche ó - Bromazepam (3 mg/tableta), de 3 - 6 mg/día ó - Clonazepam (2 mg/tableta), de 2 - 4 mg/día. <p>Ante la mejoría se debe disminuir paulatinamente el fármaco durante dos a tres semanas para evitar síndrome de abstinencia.</p> <p>En los pacientes tratados con diazepam, se recomienda disminuir de 2.5 a 5 mg cada semana y bromazepam 1.5 mg cada semana.</p> <p>El uso de antidepresivos estará supeditado a la evolución del cuadro, pero no es un manejo de primera elección en el trastorno de estrés agudo.</p>			X	X	X	X	X

Abordaje psicosocial	B	I	E	HG	UHSM	HNBB	HNP
Consejerías	X	X	X	X	X	X	X
Psicoeducación							
Técnicas de relajación							
Facilitación en el abordaje de estresores psicosociales.							
Terapia cognitivo conductual			X	X	X	X	X
Terapias de desensibilización							
Psicoterapias de apoyo.							
Grupos de apoyo							
Criterios de referencia a segundo y tercer nivel de atención							
- Detección precoz de casos	X	X	X				
- Apoyo diagnóstico			X	X	X		
- Tratamiento farmacológico.		X	X	X	X	X	X
- Resistencia a tratamiento farmacológico (6-8 semanas sin mejoría)					X	X	X
- Comorbilidad psiquiátrica.						X	X
- Casos resistentes a tratamientos establecidos.						X	X
- Terapias conductuales y cognitivas			X	X	X	X	X
- Psicoeducación	X	X	X	X	X	X	X
- Técnicas de relajación	X	X	X	X	X	X	X
- Técnicas de resolución de problemas	X	X	X	X	X	X	X
- Seguimiento comunitario	X	X	X				
Criterios de seguimiento							
- El seguimiento de los pacientes se realizará de acuerdo a la evolución, presencia de comorbilidades o complicaciones.	X	X	X	X	X	X	X
Medidas preventivas y de educación en salud							
Información y educación al paciente y su familia sobre lo siguiente:	X	X	X	X	X	X	X
- Los síntomas no son debidos a una enfermedad orgánica, ni a una "influencia mágica".							
- Los síntomas no representan un peligro real de muerte.							
- Sobre resolución de problemas y entrenamiento en habilidades para la vida.							
- Promover que el paciente exprese abiertamente sus temores y emociones.							
- Si el caso lo permite, es recomendable separar al paciente del evento estresante.							
- Estimular las soluciones razonables al evento estresante.							
- Estimularlo a que continúe con sus actividades cotidianas.							
- Recuperar lo más pronto posible su estilo de vida cotidiano para evitar recaídas y ganancia secundaria.							
- Realizar coordinación interinstitucional para brindar al paciente un ambiente tranquilo y de protección.							

3.6 Trastorno de estrés postrauma.

3.6.1 Generalidades.

Para que se produzca este cuadro es necesaria la presencia de un acontecimiento traumático y una vulnerabilidad personal que dependerá de factores biológicos y psicológicos.

3.6.2 Definición.

Se trata de un trastorno que surge como respuesta tardía o diferida de un acontecimiento estresante o una situación excepcionalmente catastrófica o amenazante que causaría por sí mismo malestar generalizado en casi todas las personas.

3.6.3 Epidemiología.

La prevalencia del trastorno por estrés postraumático tiene una relación directa con el grado de exposición a eventos estresantes traumáticos. Las personas pertenecientes a los grupos afectados pueden presentar TEPT en porcentajes de, al menos, un 15 % de la población.

3.6.4 Etiología.

Al igual que en el trastorno por estrés agudo, la causa necesaria aunque no suficiente es un acontecimiento potencialmente traumático vivido por la persona como protagonista o testigo, en el que ha sentido miedo intenso, además puede existir vulnerabilidad personal para ese trastorno.

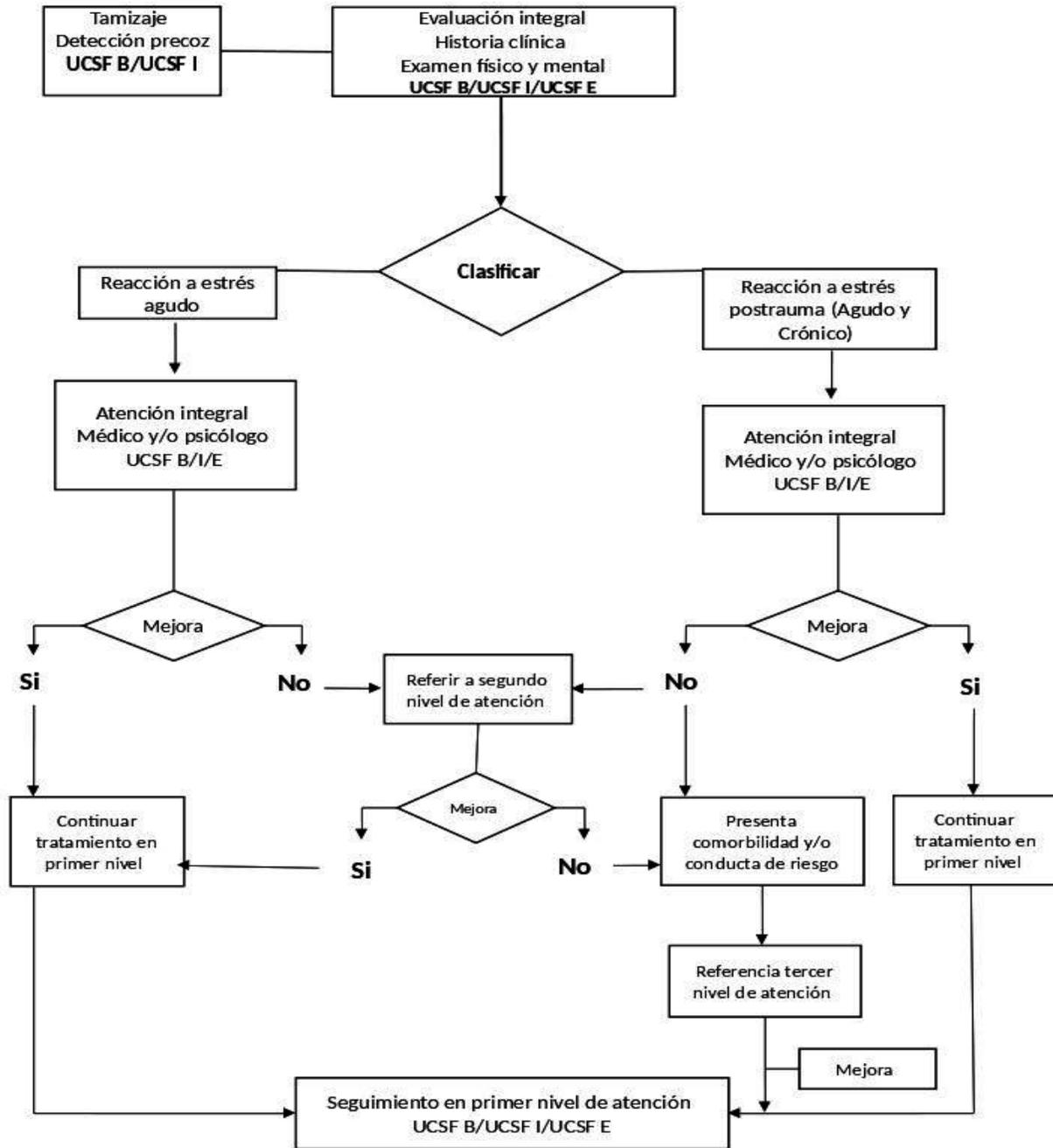
Tabla 8. Guía para la intervención de trastorno de estrés postrauma.

trastorno de estrés postrauma Intervenciones	Nivel de atención						
	Primer nivel UCSF			Segundo nivel		Tercer nivel (Atención especializada)	
Anamnesis	B	I	E	HG	UHSM	HNBB	HNP
Atienda al usuario/a con calidad y calidez.	X	X	X	X	X	X	X
Busque los siguientes síntomas:							
Episodios reiterados de volver a vivenciar el trauma en forma de reminiscencias o sueños que tienen lugar sobre un fondo persistente de una sensación de “entumecimiento” y embotamiento emocional, de desapego de los demás, de falta de capacidad de respuesta al medio, de anhedonia y de evitación de actividades y situaciones evocadoras del trauma. Suelen temerse, e incluso evitarse, las situaciones que recuerdan o sugieren el trauma. En raras ocasiones pueden presentarse estallidos dramáticos y agudos de miedo, pánico o agresividad, desencadenados por estímulos que evocan un repentino recuerdo, una actualización del trauma o de la reacción original frente a él o ambos a la vez. Por lo general, hay un estado de hiperactividad vegetativa con hipervigilancia, un incremento de la reacción de sobresalto e insomnio. El comienzo sigue al trauma con un período de latencia cuya duración varía desde unas pocas semanas hasta meses (pero rara vez supera los seis meses). El curso es fluctuante, pero se puede esperar la recuperación en la mayoría de los casos. En una pequeña proporción de los enfermos, el trastorno puede tener durante muchos años un curso crónico y evolución hacia una transformación persistente de la personalidad.	X	X	X	X	X	X	X
Exploración física							
Descartar condiciones físicas y de consumo de sustancias que pueden causar signos y síntomas similares al trastorno de pánico: - Exploración cardiovascular. - Exploración pulmonar. - Exploración neurológica.	X	X	X	X	X	X	X
Exploración mental							
- Presencia de reminiscencias - Conductas de evitación - Estado afectivo embotado, anhedonia. - Síntomas ansiosos	X	X	X	X	X	X	X
Diagnóstico	B	I	E	HG	UHSM	HNBB	HNP
Criterios diagnósticos							
a. La persona ha estado expuesta a un acontecimiento traumático en el que: - Ha experimentado, presenciado o explicado uno o más acontecimientos caracterizados por muertes o amenazas para su integridad física o la de los demás. - Ha respondido con temor, horror o desesperanza intensos.	X	X	X	X	X	X	X
b. El acontecimiento traumático es re-experimentado persistentemente a través de una o más de las siguientes formas: - Recuerdos del acontecimiento de forma recurrente e intrusiva que provocan malestar y en los que se incluyen imágenes, pensamientos o percepciones. - Sueños de carácter recurrente sobre el acontecimiento. - El individuo actúa o tiene la sensación de que el evento traumático está ocurriendo. - Malestar intenso al exponerse a situaciones que hacen recordar el evento. - Respuestas fisiológicas al exponerse a estímulos internos o							

<p>externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático.</p> <p>c. Evitación persistente de estímulos asociados al trauma y embotamiento afectivo de la reactividad general del individuo (ausentes antes del trauma), como indican tres o más de los siguientes síntomas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Esfuerzos para evitar pensamientos, sentimientos o conversaciones sobre el suceso traumático. - Esfuerzos para evitar actividades, lugares o personas que motivan recuerdos del trauma. - Incapacidad para recordar un evento importante del trauma. - Reducción acusada del interés o participación en actividades significativas. - Sensación de desapego o enajenación frente a los demás. - Restricción de la vida afectiva. - Sensación de un futuro desolador. - Síntomas persistentes del aumento de la activación (arousal) ausente antes del trauma, tal como indican dos o más de los siguientes síntomas: dificultad para conciliar o mantener el sueño, irritabilidad o ataques de ira, dificultad para concentrarse, hipervigilancia y respuestas exageradas de sobresalto. <p>d. Estas alteraciones (criterios A, B, C) se prolongan más de un mes.</p> <p>e. Estas alteraciones provocan malestar clínico significativo o deterioro sociolaboral o de otras esferas importantes en el individuo.</p>							
Clasificación							
<ul style="list-style-type: none"> • Agudo: Duración de los síntomas inferior a seis meses o comienzo de los mismos dentro de los seis meses posteriores al evento estresante. • Crónico: Duración de los síntomas de al menos seis meses o comienzo de los mismos al menos seis meses después del evento estresante. 	X	X	X	X	X	X	X
Pruebas de laboratorio (para descartar otras condiciones físicas)							
<ul style="list-style-type: none"> - Hemograma - Glicemia - Pruebas tiroideas - Electrolitos - Pruebas hepáticas - Pruebas renales - Exámenes toxicológicos 				X	X	X	X
Pruebas de gabinete							
<ul style="list-style-type: none"> - Electrocardiograma - Radiografía de tórax - Electroencefalograma - TAC cerebral 			X	X	X	X	X
Pruebas psicométricas							
<ul style="list-style-type: none"> - No existe prueba específica. - No obstante, pueden utilizarse para descartar trastorno de personalidad, depresión u otro trastorno ansioso 			X	X	X	X	X
Diagnóstico diferencial	B	I	E	HG	UHSM	HNBB	HNP
- Trastornos de personalidad, trastorno de estrés agudo, trastornos adaptativos, episodios depresivos, trastornos de ansiedad, fuga psicógena, trastornos disociativos.	X	X	X	X	X	X	X
Tratamiento							
El plan de tratamiento debe ser individualizado e interdisciplinario y debe incluir los siguientes aspectos fundamentales:							
Farmacológico							
Reducir la intensidad de los síntomas, prevenir o tratar enfermedades comórbidas relacionadas con el trauma, mejorar el funcionamiento adaptativo, restablecer una sensación psicológica de seguridad y confianza; además prevenir recaídas y cronicidad, son los objetivos primordiales del tratamiento del trastorno de estrés posttrauma.							
Los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) son el manejo de primera línea por su tolerancia y mejor respuesta: <ul style="list-style-type: none"> • Paroxetina (20 mg/tableta) 20 - 60 mg/día, VO o • Sertralina (50 mg/tableta) 50 - 200 mg/día, VO Como alternativa se pueden utilizar los antidepresivos tricíclicos: <ul style="list-style-type: none"> • Amitriptilina (25 mg/tab) 50 - 150 mg/día, VO o • Imipramina (25 mg/tab) 50 - 100 mg/día, VO. 			X	X	X	X	X

La duración del tratamiento es de un año aproximadamente. Al inicio del tratamiento con antidepresivos, puede combinarse con benzodiacepinas por un periodo no mayor a cuatro semanas.							
Abordaje psicosocial							
Consejerías Psicoeducación Técnicas de relajación Facilitación en el abordaje de estresores psicosociales.	X	X	X	X	X	X	X
Terapia cognitivo conductual Psicoterapia racional emotiva Terapias de desensibilización Psicoterapias de apoyo. Grupos de apoyo			X	X	X	X	X
Criterios de referencia a segundo y tercer nivel de atención							
- Detección precoz de casos	X	X	X				
- Apoyo diagnóstico			X	X	X		
- Tratamiento farmacológico.		X	X	X	X	X	X
- Resistencia a tratamiento farmacológico (6-8 semanas sin mejoría)					X	X	X
- Comorbilidad psiquiátrica.						X	X
- Casos resistentes a tratamientos establecidos.						X	X
- Terapias conductuales y cognitivas			X	X	X	X	X
- Psicoeducación	X	X	X	X	X	X	X
- Técnicas de relajación	X	X	X	X	X	X	X
- Técnicas de resolución de problemas	X	X	X	X	X	X	X
- Seguimiento comunitario	X	X	X				
Criterios de seguimiento							
- El seguimiento se realizará de acuerdo a la evolución de cada caso, en el segundo o primer nivel. El seguimiento y control en el primer nivel debe ser complementario entre el Ecos Familiar y Especializado, según dispensarización.	X	X	X	X	X	X	X
Medidas preventivas y de educación en salud							
- Educar en el manejo de situaciones estresantes del medioambiente. - Fomentar el soporte familiar. - Proveer al paciente y su familia de la información necesaria acerca de su enfermedad y manejo. - Proporcionar información sobre su autocuidado por ejemplo: posibles problemas legales, dieta, sueño, entre otros.	X	X	X	X	X	X	X

FLUJOGRAMA



4. Trastornos depresivos

4.1 Generalidades

En los típicos episodios depresivos, la persona experimenta un estado de ánimo deprimido, pérdida de interés y de placer y bajo nivel de energía, lo que conduce a una disminución en la actividad durante por lo menos dos semanas. Muchas personas con depresión también padecen de síntomas de ansiedad y síntomas somáticos sin explicación médica.

4.2 Definición

Los trastornos depresivos son un grupo heterogéneo de trastornos afectivos que se caracterizan por un estado de ánimo deprimido, disminución del disfrute, apatía y pérdida de interés en el trabajo, sentimientos de minusvalía, insomnio. A menudo manifiestan ansiedad y síntomas somáticos variados. Puede llegar a tener complicaciones como la conducta suicida.

4.3 Clasificación de los trastornos depresivos

Las clasificaciones actuales dividen las depresiones de acuerdo con su patrón de presentación (episodio único o recurrente, y si es persistente). Asimismo se pueden subdividir de acuerdo a la intensidad de los síntomas en leves, moderadas y severas (con o sin síntomas psicóticos).

CIE- 10	DSM-IV-TR
Trastorno depresivo mayor	
Episodio único	Episodio depresivo
Recurrente	Trastorno depresivo recurrente
Trastorno distímico	Trastorno persistente del ánimo (distimia)
Otros trastornos depresivos	Otros trastornos depresivos

Así también la CIE-10 clasifica a la depresión mayor según la intensidad de los síntomas en:

- Episodio depresivo leve
- Episodio depresivo moderado
- Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos.
- Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos.

A efectos de las presentes guías se priorizaran los siguientes:

Trastorno depresivo mayor:

Se caracteriza por la presencia de uno o más episodios depresivos mayores, sin historia de episodios maníacos, mixtos o hipomaníacos.

De acuerdo al número de episodios se dividen en episodio único y recurrente. **Episodio único.** Sólo se ha presentado un episodio depresivo mayor. Muchos estudios prospectivos demuestran que esta evolución es la menos frecuente (22% a 44%).

Recurrente. Este curso es el más común y algunos investigadores estiman que se puede presentar hasta en el 80% de los pacientes. De acuerdo con la severidad se divide en leve, moderado, severo sin características psicóticas, y severo con características psicóticas.

Leve. Pocos síntomas en exceso de los cinco requeridos para hacer su diagnóstico. El menoscabo en funcionamiento ocupacional, social o en las relaciones con otros es menor. No necesita tratamiento farmacológico.

Moderado. Síntomas y menoscabo intermedios entre leve y severo, afecta la funcionalidad de la persona afecta, requiere tratamiento farmacológico.

Severo sin características psicóticas. Varios síntomas por encima de los necesarios para hacer el diagnóstico de episodio depresivo moderado, y marcada interferencia con el funcionamiento ocupacional, social y relacional.

Severo con características psicóticas. Existen ideas delirantes o alucinaciones. Estas pueden ser congruentes con el estado de ánimo y por lo general son de fracaso personal, culpa, enfermedad, muerte, nihilismo o castigo merecido. Las incongruentes son diferentes a las ya citadas y pueden ser de persecución, inserción o transmisión del pensamiento, control delirante, etc.

La diferencia entre un episodio depresivo moderado y grave depende del menoscabo familiar, social y laboral que presente el paciente.

Trastorno distímico o distimia:

La característica esencial es un estado de ánimo deprimido crónicamente. Ocurre la mayor parte del día y durante más de la mitad de los días, tiene una duración mínima de dos años, y no puede tener un período mayor de dos meses seguidos libre de sintomatología.

Depresión posparto:

Se denomina depresión posparto a la que se manifiesta dentro de las cuatro semanas siguientes al parto. Se postula que factores endocrinos contribuyen a su aparición.

4.4 Epidemiología

Según la OMS, la incidencia de episodios depresivos a nivel mundial es de 5.8 % en el hombre y de 9.5 % en la mujer.

En términos de porcentaje afecta el 25% de las personas en algún momento de su vida, afecta 10% de niños y niñas menores de trece años y al 10% de los adolescentes.

4.5 Etiología

No existe una sola causa para la depresión, algunas personas tienen mayor probabilidad de adolecer depresión que otras.

Entre las causas más frecuentes existen:

- Herencia genética.
- Desequilibrio bioquímico (Serotonina, noradrenalina, dopamina, entre otros).
- Situaciones estresantes
- Acontecimientos traumáticos (desastres naturales, desastres humanos, situaciones de duelo, problemas de tipo económico, enfermedades crónicas).
- Estacional, más frecuente durante el invierno.
- Personalidad: personas con esquemas mentales negativos, baja autoestima, tendencia a la preocupación excesiva, al estrés y baja tolerancia a la

frustración, personalidad de tipo dependiente y pasivo, adictos a sustancias, entre otros.

Tabla 9. Guía para la intervención de los trastornos depresivos.

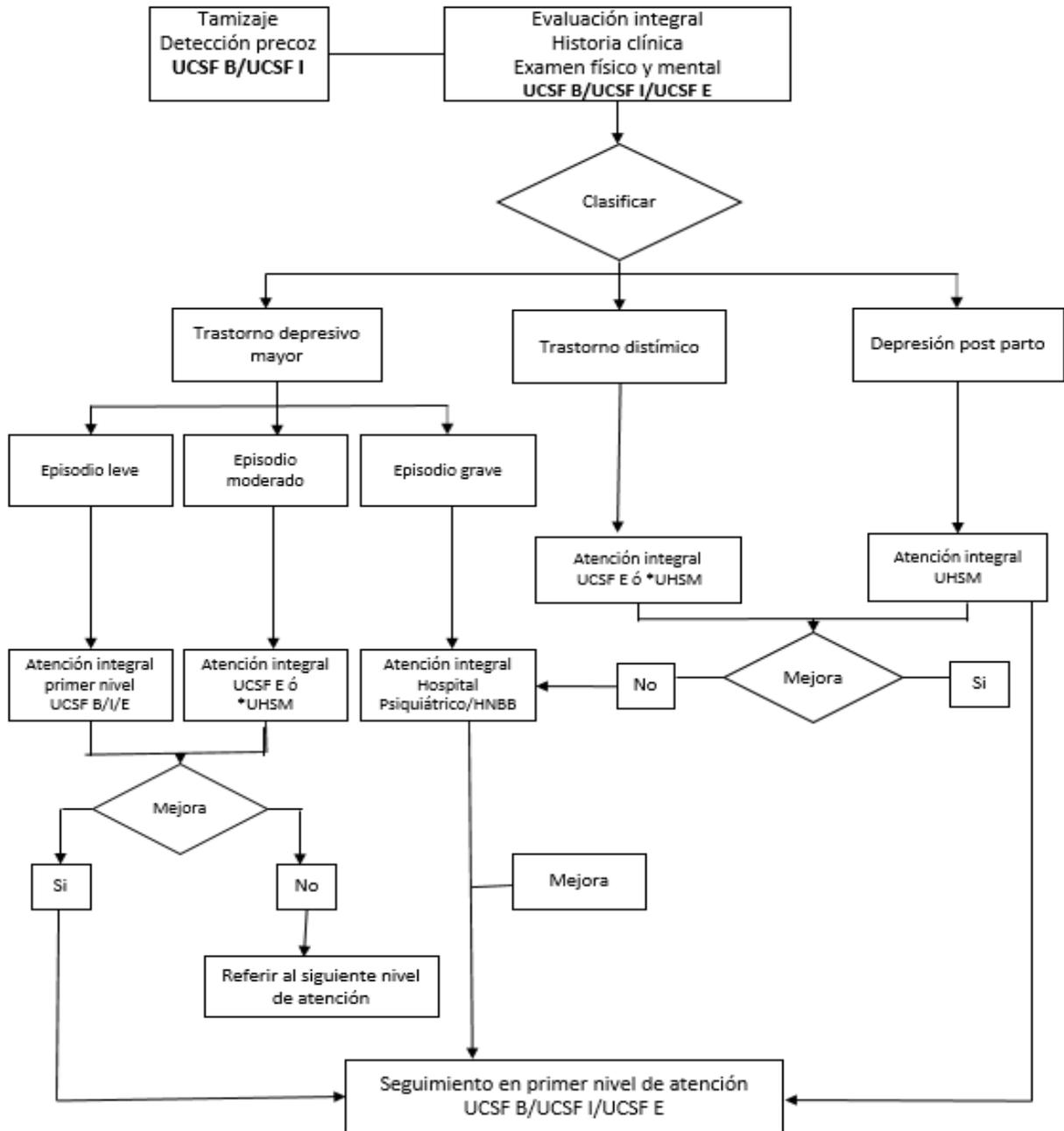
Trastornos depresivos Intervenciones	Nivel de atención						
	Primer nivel UCSF			Segundo nivel		Tercer nivel (Atención especializada)	
Anamnesis	B	I	E	HG	UHSM	HNBB	HNP
Atienda al usuario/a con calidez y calidez.	X	X	X	X	X	X	X
Busque los siguientes síntomas:							
Episodio depresivo mayor: Al menos dos semanas de presentar tristeza, pérdida de interés, abandono o disminución de las actividades placenteras, sensación de fatiga, sentimientos de culpa y minusvalía, desesperanza, insomnio o hipersomnia, disminución del apetito, cefaleas, en algunos casos ansiedad y en los casos graves deterioro de la funcionalidad global, ideas de muerte y suicidas.	X	X	X	X	X	X	X
Trastorno distímico (distimia): Estado de ánimo crónicamente deprimido (al menos dos años) caracterizado por tristeza relativamente leve, sentimientos de minusvalía y desesperanza, insomnio o hipersomnia, disminución o aumento del apetito, baja energía, baja concentración o dificultad para tomar decisiones.	X	X	X	X	X	X	X
Depresión posparto: Marcada tristeza que inicia en las primeras cuatro semanas posteriores al parto. Los síntomas depresivos son característicos y varían desde el insomnio intenso, llanto fácil, irritabilidad, ansiedad, fatiga, culpa, minusvalía, hasta la conducta homicida (hacia el bebé) o suicida.	X	X	X	X	X	X	X
Exploración física							
Descartar condiciones físicas y de consumo de sustancias que pueden causar signos y síntomas similares al trastorno depresivo: - Exploración sistémica general.	X	X	X	X	X	X	X
Exploración mental							
- Aspecto: falta de atención al aspecto personal, escaso contacto ocular, llanto, abatimiento, tiempo pregunta respuesta retardada. - Afecto: triste, deprimido, lábil (llora fácilmente) irritable. - Psicomotricidad: retardo o inhibición psicomotora. - Pensamiento: en la producción del pensamiento se evidencia habla escasa o poco espontánea, lacónico, con voz suave y pausada; en cuanto al contenido, rumiación obsesiva, puede manifestar ideas de minusvalía, culpa, ruina, desesperanza y en los casos más graves ideas de muerte y suicidas, o también ideas delirantes (síntomas psicóticos) congruentes con el estado de ánimo. - Sensopercepción: en los casos graves puede presentar alucinaciones. - Sensorio: distraibilidad, dificultad para la concentración, mala memoria, desorientación alopsíquica parcial, capacidad de abstraer debilitada.	X	X	X	X	X	X	X
Diagnóstico							
Criterios diagnósticos							
Trastorno depresivo mayor	X	X	X	X	X	X	X
A. Criterios generales: 1. La duración mínima de dos semanas. 2. No se cumplen los criterios de episodio maniaco o hipomaniaco en ningún periodo de la vida. 3. No atribuible a síndrome mental orgánico ni al uso de sustancias psicoactivas.							
B. Síntomas típicos (presencia de dos o tres síntomas). 1. Ánimo depresivo en un grado definitivamente anormal para la persona, presente la mayor parte del día, casi todos los días y por espacio de por lo menos dos semanas.							

2. Pérdida del interés o placer en actividades que normalmente son placenteras							
3. Disminución de la energía o incremento de la fatigabilidad.							
C. Síntomas adicionales.							
1. Pérdida de confianza o disminución de la autoestima.							
2. Sentimientos no razonables de autorreproche, culpa excesiva o inapropiada, o desesperanza.							
3. Pensamientos recurrentes de muerte o suicidio o cualquier conducta suicida							
4. Quejas o pruebas de disminución de la capacidad de pensar o de concentrarse, tales como vacilación o indecisión.							
5. Cambio en la actividad psicomotriz, agitación o entecimiento (de carácter tanto subjetivo							
6. como objetivo)							
7. Cualquier tipo de alteración del sueño.							
8. Cambio en el apetito (aumento o disminución) con el correspondiente cambio de peso.							
9. Una perspectiva sombría del futuro o rumiación sobre el pasado.							
10. Aislamiento o retraimiento social.							
11. Percepción de inhabilidad para asumir las responsabilidades cotidianas.							
12. Síntomas psicóticos, ideación o intento suicida en casos graves.							
Trastorno distímico (distimia):	X	X	X	X	X	X	X
A. Estado de ánimo crónicamente depresivo la mayor parte del día de la mayoría de los días por al menos dos años. Menos grave que el trastorno depresivo mayor La persona mantiene funcionalidad global limitada.							
B. Presencia mientras está deprimido de dos o más de los siguientes síntomas:							
- Pérdida o aumento de apetito							
- Insomnio o hipersomnia							
- Fatiga o falta de energía							
- Baja autoestima							
- Dificultad para concentrarse o para tomar decisiones.							
- Sentimientos de desesperanza.							
C. Durante el periodo de 2 años la persona no ha estado sin síntomas durante al menos dos meses seguidos.							
Depresión posparto:	X	X	X	X	X	X	X
Requiere 5 de los siguientes síntomas presentes por 2 semanas o más, que causan dificultad en la funcionalidad.							
- Ánimo triste o depresivo							
- Anhedonia y baja de energía							
- Disminución en la concentración o toma de decisiones							
- Retardo o agitación psicomotora							
- Ideación suicida.							
Clasificación							
Trastorno depresivo mayor:							
Episodio único	X	X	X	X	X		
Recurrente		X	X	X	X	X	X
Leve	X	X	X				
Moderado		X	X	X	X		
Severo						X	X
Trastorno distímico (distimia)	X	X	X	X	X		
Otros: Depresión posparto				X	X		X
Pruebas de laboratorio (para descartar otras condiciones físicas)							
- Pruebas tiroideas				X	X	X	X
- Hemograma							
- Glicemia							
- Electrolitos							
- Pruebas hepáticas y renales.							
- Exámenes toxicológicos							
Pruebas de gabinete	B	I	E	HG	UHSM	HNBB	HNP
- Electrocardiograma			X	X	X	X	X
- Radiografía de Tórax				X	X	X	X
- Electroencefalograma					X	X	X
- TAC cerebral						X	
Pruebas psicométricas							

- Escala de Hamilton para depresión - Inventario de síntomas de Beck			X	X	X	X	X
Diagnóstico diferencial							
- Trastorno bipolar: Descartar que episodio depresivo corresponda a episodio depresivo bipolar. Buscar antecedente de episodios hipomaniacos o maniacos previos. - Trastornos de ansiedad - Trastornos adaptativos. - Demencias de diverso origen. - Enfermedades médicas como: cáncer de páncreas, esclerosis múltiple, infección por VIH. - Hipotiroidismo o hipertiroidismo - Uso crónico de sustancias psicoactivas o medicamentos	X	X	X	X	X	X	X
Tratamiento							
El plan de tratamiento debe ser individualizado e interdisciplinario y debe incluir los siguientes aspectos fundamentales:							
Farmacológico							
Antidepresivos: - Imipramina (25 mg/tableta) y amitriptilina (25 mg/tableta): dosis de 25 – 150 mg cada día. Se recomienda iniciar con dosis bajas de 50 mg/día. - Clomipramina (25 mg/ tableta): 100 - 150 mg/día. Dosis máxima: 250 mg/día. - Paroxetina (20 mg/tableta): 20 - 40 mg/día. - Sertralina (50 mg/tableta): 50 - 100 mg/día. - Fluoxetina (20 mg/tableta): 20-40 mg/día (adolescentes) Se necesitará tratamiento farmacológico en episodios únicos o recurrentes de depresión mayor con intensidad moderada a severa, así también para el tratamiento de la distimia. En depresión posparto se recomienda evaluación por especialista. El efecto terapéutico tarda de dos a tres semanas en iniciar. Iniciar con dosis terapéutica mínima e ir aumentando gradualmente cada dos a cuatro semanas de acuerdo a la respuesta sintomática. El tratamiento debe mantenerse al menos por 9 a 12 meses.			X	X	X	X	X
Ansiolíticos: - Diazepam (10 mg/tableta) 5 - 10 mg/día por la noche ó - Bromazepam (3 mg/tableta), de 3 - 6 mg/día ó - Clonazepam (2 mg/tableta), de 2 - 4 mg/día. Se recomienda sólo para aquellas personas en los que deba realizarse tratamiento del insomnio, ansiedad, irritabilidad mientras el antidepresivo ejerce su efecto terapéutico. Su uso no debe exceder las 4 a 6 semanas, con disminución gradual de la dosis previa a la suspensión definitiva.			X	X	X	X	X
Abordaje psicosocial							
Psicoterapias individuales: - Cognitivas - Conductuales - Interpersonal - Psicoanalítica		X	X	X	X	X	X
Psicoterapia grupal		X	X	X	X	X	X
Grupos de apoyo	X	X	X	X	X	X	X
Terapia familiar	X	X	X	X	X	X	X
Abordaje de los factores psicosociales estresantes.	X	X	X	X	X	X	X
Restablecimiento de las redes de apoyo	X	X	X	X	X	X	X
Criterios de referencia a segundo y tercer nivel de atención							
- Detección precoz - Apoyo diagnóstico - Tratamiento de episodio depresivo leve - Tratamiento farmacológico (Episodio único o recurrente de depresión mayor moderado–severo, distimia) - Tratamiento de depresión posparto - Resistencia a tratamiento farmacológico (6-8 semanas sin mejoría) - Comorbilidad psiquiátrica. - Casos resistentes a tratamientos establecidos.	B	I	E	HG	UHSM	HNBB	HNP
	X	X	X	X	X		
			X	X	X		
	X	X	X	X	X	X	X
			X	X	X		X
				X	X	X	X
						X	X
						X	X

- Psicoterapias individuales y grupales			X	X	X	X	X
- Psicoeducación	X	X	X	X	X	X	X
- Terapia familiar	X	X	X	X	X	X	X
- Abordajes de factores psicosociales estresantes.	X	X	X				
- Seguimiento comunitario	X	X	X				
Criterios de seguimiento							
- Mantener el tiempo de tratamiento necesario de nueve a doce meses para consolidar la respuesta inicial y prevenir la aparición de recaídas.	X	X	X	X	X	X	X
- La suspensión del antidepresivo debe realizarse de forma gradual y bajo supervisión médica para evitar recaídas.							
- El seguimiento y control del tratamiento debe ser complementario entre el Ecos familiar y especializado, según dispensarización.							
Medidas preventivas y de educación en salud							
- Psicoeducación al paciente y la familia sobre el trastorno depresivo, y sobre prevención de suicidio.	X	X	X	X	X	X	X
- Intervenciones familiares para valorar dinámica familiar y brindar apoyo al paciente.							
- Explicar sobre el funcionamiento de los fármacos antidepresivos y la importancia de tomar la medicación de la forma indicada por el médico.							
- Recomendar al paciente actividades de esparcimiento y relajación, así como la asistencia a grupos de apoyo y religiosos.							
- Orientar al paciente y su familia sobre la prevención del consumo de sustancias psicoactivas.							
- Es necesario poner énfasis en lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> • La importancia de continuar, en la medida de lo posible, con las actividades que solían ser interesantes o placenteras, independientemente de si las mismas parecen ser interesantes o placenteras en este momento; • la importancia de tratar de mantener un ciclo de sueño regular (es decir, acostarse a dormir a la misma hora todas las noches, tratar de dormir la misma cantidad de horas que antes, evitar dormir en exceso); • El beneficio de la actividad física periódica, hasta donde sea posible; • El beneficio de actividades sociales periódicas, incluyendo la participación en actividades sociales habituales, hasta donde sea posible; • Reconocer los pensamientos de autolesión o suicidio y regresar a buscar ayuda cuando se presentan; • En las personas mayores, la importancia de continuar buscando ayuda para los problemas de salud física. 							

FLUJOGRAMA



Capítulo II. Trastornos mentales graves

5. Trastornos del desarrollo

5.1 Generalidades

Los Trastornos Generalizados del Desarrollo (TGD) o Trastornos del Espectro Autista (TEA) son un grupo de trastornos caracterizados por las alteraciones cualitativas de la interacción social, de las formas de comunicación y por un repertorio repetitivo, estereotipado y restrictivo de intereses y actividades. Estas anomalías son una característica generalizada del comportamiento del individuo en todas las situaciones. Dentro de estos trastornos generalizados se encuentran el F. 84.0 autismo infantil, F 84.1 autismo atípico, F 84.2 síndrome de Rett, F 84.3 Trastorno desintegrativo de la infancia y el F 84.5 síndrome de Asperger.

5.2 Definición

Son trastornos biológicos del desarrollo que causan problemas en la interacción social y en la comunicación, así también afecta su comportamiento y aprendizaje. Generalmente se asocia con una conducta que incluye intereses restringidos y comportamientos repetitivos⁶.

Generalmente, comienzan en la infancia temprana (antes de los tres años de edad) con una alteración o retraso de las funciones relacionadas con la maduración del sistema nervioso central y tienen un curso constante, a diferencia de las remisiones y recaídas que tienden a caracterizar a muchos otros trastornos mentales. A pesar de que tienen su inicio en la infancia, los trastornos del desarrollo tienden a persistir hasta la edad adulta⁷

Autismo infantil: es el autismo puro o autismo de Kanner, muestra una alteración del desarrollo que aparecen en los primeros años de vida y que se acompañan de conductas simples y repetitivas, extrañas en ocasiones, mostrando aparentemente poco interés hacia las personas.

Autismo atípico: engloba a aquellas personas que no cumplen claramente los criterios de los anteriores diagnósticos, con una causa no evidente, el desarrollo de las alteraciones comienza a manifestarse después de los tres años y faltan anomalías en uno o dos de las tres áreas.

Síndrome de Rett: alteración de inicio temprano descrito en niñas, se manifiesta con un desarrollo en los primeros meses de vida, aparentemente normal. Progresivamente aparece una degeneración neurológica con una disminución del perímetro craneano, así como movimientos incoordinados y atáxicos. Pierden la expresión facial y las habilidades de contacto interpersonal ya desarrollados. Hay pérdida de las habilidades manuales intencionales y se evidencian movimientos estereotipados.

Trastorno desintegrativo infantil: es un trastorno menos frecuente. Se caracteriza por mostrar un desarrollo aparentemente normal en los tres primeros años de vida, aunque posteriormente mostrarán pérdidas significativas en las habilidades ya adquiridas en al

⁶ Sitio Web: www.nichd.nih.gov

⁷ OMS, Guía de intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias en el nivel de atención de la salud no especializada. Ginebra, Suiza. 2010

menos dos de las siguientes áreas: cognoscitiva, lingüística, motriz, control de esfínteres y juego.

Síndrome de Asperger: representa una alteración clínicamente significativa de la actividad social. Su identificación suele ser tardía por ser de mejor pronóstico y el trastorno más recuperable de todos. No presenta un problema importante del lenguaje. La entonación del lenguaje hablado suele ser monótono y muestra torpeza en la comunicación no verbal.

5.3 Epidemiología.

La mejor estimación posible sobre la prevalencia de los TGD propone una cifra de 6 por cada 1000 niños. La proporción de hombres se presenta 3:1 con respecto a las mujeres.⁸

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la prevalencia mundial del autismo está en torno a 21 por cada 10,000 niños. Respecto al síndrome de Rett la prevalencia llega a 6-7 por cada 100,000 mujeres.

5.4 Etiología.

A la fecha las causas genéticas identificables representan no más del 10% de los casos de autismo (x-frágil, Rett, esclerosis tuberosa, Prader Willi, Angelman). El autismo que se asocia a condiciones médicas conocidas se describe en diversos síndromes en contraste al idiopático que es el predominante.

Se supone una etiología poligénica que combina efectos ambientales y epigenéticos, se sugiere que el autismo podría resultar de la interrupción del desarrollo normal cerebral en etapas fetales tempranas asociados a defectos de genes que controlan el crecimiento cerebral y que regulan el modo de comunicación neural. Se agregan la incompatibilidad inmunitaria y las agresiones pre y perinatales como factores contribuyentes. Se han descrito cifras anómalas de metabolitos de la dopamina y de la serotonina el líquido cefalorraquídeo (LCR) en algunos grupos.⁹

Los elementos estresantes psicosociales y familiares se asocian a una exacerbación de los síntomas.

Del trastorno desintegrativo se desconoce su etiología pero puede estar asociado a trastornos neurológicos como la epilepsia, la esclerosis tuberosa y diversas enfermedades metabólicas.

En cuanto al síndrome de Asperger se desconoce la causa pero los estudios familiares respaldan la presencia de factores contribuyentes de naturaleza genética, metabólica, infecciosa y perinatal.

5.5 Clasificación.

⁸ Ministerio de sanidad y política social.(2009). Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos del Espectro Autista en Atención Primaria. Madrid, España: Estugraf Impresores.

⁹ Kaplan & Sadock. "Manual de bolsillo de psiquiatría clínica" 4º Edición. 2008 Wolters Kluwer Health España, S. A., Lippincott Williams & Wilkins.

Todos los pacientes con TEA presentan los mismos síntomas nucleares en la interacción recíproca en la comunicación y en las conductas repetitivas e intereses restringidos. El CIE-10 clasifica siete trastornos:

- F84.0 Autismo infantil
- F84.1 Autismo atípico
- F84.2 Síndrome de Rett
- F84.3 Trastorno desintegrativo de la infancia
- F84.4 Trastorno hiperquinético asociado a retraso mental y movimientos estereotipados
- F84.5 Síndrome de Asperger
- F 84.8 Otros trastornos generalizados del desarrollo

Tabla 10. Guía para la intervención de los trastornos del desarrollo.

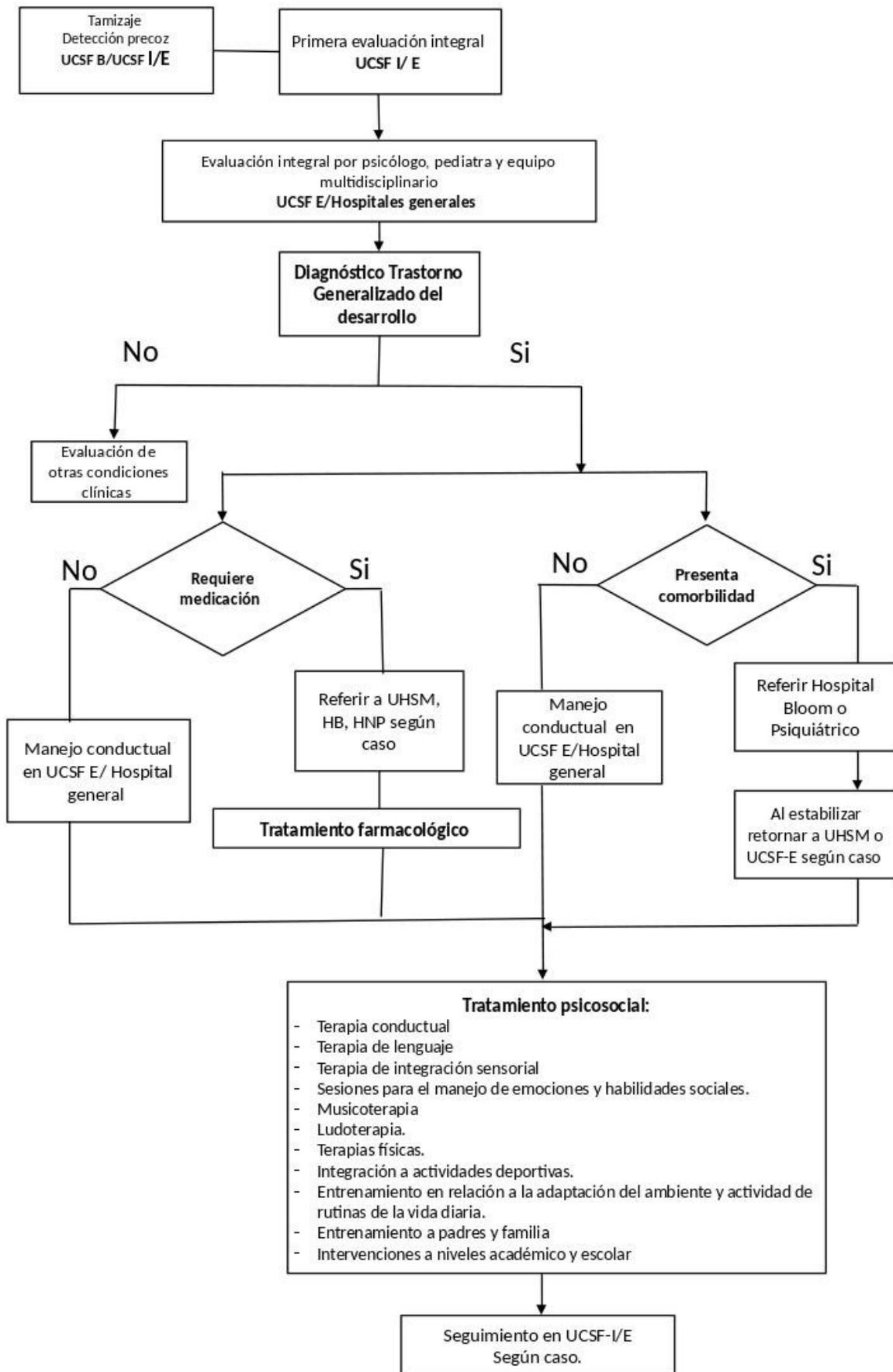
TGD Intervenciones	Nivel de atención						
	Primer nivel UCSF			Segundo nivel		Tercer nivel (Atención especializada)	
Anamnesis	B	I	E	HG	UHSM	HNBB	HNP
Atienda al niño/a y a sus padres o responsables con calidad y calidez.	X	X	X	X	X	X	X
Síntomas							
Sondeo clínico de signos de alarma:							
Durante la vigilancia rutinaria del desarrollo identificar:	X	X	X	X	X	X	X
- No balbucea a los 12 meses de edad							
- No señala ni hace otros gestos a los 12 meses							
- No dice ni una sola palabra a los 16 meses							
- No dice frases espontáneas de dos palabras a los 24 meses.							
- Cualquier pérdida de habilidades del lenguaje o sociales a cualquier edad.							
Busque los siguientes síntomas de acuerdo a las áreas de desarrollo del niño/a:							
Socialización							
- No sonríe socialmente	X	X	X	X	X	X	X
- Parece que prefiere jugar solo/a							
- Obtiene las cosas por sí mismo							
- Es muy independiente							
- Hace cosas a una edad temprana							
- Tiene dificultad para hacer contacto visual							
- Está en su "propio mundo"							
- Se desconecta de los demás							
- No está interesado en otros niños							
Comunicación							
- No responde a su nombre	X	X	X	X	X	X	X
- No puede explicar lo que quiere							
- Esta retrasado en su habla							
- No sigue instrucciones							
- A veces parece sordo							
- Parece escuchar algunas veces y otras no							
- No señala o no sabe decir adiós con la mano							
- Decía algunas palabras, pero ahora ya no							
Conducta:							
- Hace berrinches	X	X	X	X	X	X	X
- Hiperactivo, poco cooperativo o es muy opositorista							
- No sabe cómo jugar con los juguetes.							
- Se fija en una cosa o un objeto una y otra vez.							
- Camina de puntitas							
- Muestra un apego exagerado a ciertos juguetes y objetos raros.							
- Alinea cosas.							
- Es muy sensible a sonidos o ciertas texturas							
- Tiene movimientos raros y repetitivos							
Exploración física y mental							
- Descartar condiciones físicas que pueden causar un problema de conducta (problemas auditivos, neurológicos, enfermedades tiroideas, uso de fármacos u otras condiciones como ser víctimas de					X	X	X

violencia o abuso sexual).								
Diagnóstico								
1. Criterios diagnósticos	X	X	X	X	X	X	X	X
Criterios diagnósticos para el F84.0 autismo infantil								
A. Un total de 6 (o más) ítems de (1), (2) y (3), con por lo menos dos de (1), y uno de (2) y de (3):								
(1) Alteración cualitativa de la interacción social, manifestada al menos por dos de las siguientes características:								
(a) Importante alteración del uso de múltiples comportamientos no verbales, como son contacto ocular, expresión facial, posturas corporales y gestos reguladores de la interacción social								
(b) Incapacidad para desarrollar relaciones con compañeros adecuadas al nivel de desarrollo								
(c) Ausencia de la tendencia espontánea para compartir con otras personas disfrutes, intereses y objetivos (p. ej., no mostrar, traer o señalar objetos de interés)								
(d) Falta de reciprocidad social o emocional								
(2) Alteración cualitativa de la comunicación manifestada al menos por una de las siguientes características:								
(a) Retraso o ausencia total del desarrollo del lenguaje oral (no acompañado de intentos para compensarlo mediante modos alternativos de comunicación, tales como gestos o mímica)								
(b) En sujetos con un habla adecuada, alteración importante de la capacidad para iniciar o mantener una conversación con otros								
(c) Utilización estereotipada y repetitiva del lenguaje o lenguaje idiosincrásico								
(d) Ausencia de juego realista espontáneo, variado, o de juego imaginativo social propio del nivel de desarrollo								
(3) Patrones de comportamiento, intereses y actividades restringidos, repetitivos y estereotipados manifestados por lo menos una de las siguientes características:								
(a) Preocupación absorbente por uno o más patrones estereotipados y restrictivos de interés y que resulta anormal, sea en su intensidad, sea en su objetivo.								
(b) Adhesión aparentemente inflexible a rutinas o rituales específicos, no funcionales.								
(c) Manierismos motores estereotipados y repetitivos (ej. aleteo o giro de las manos o los dedos, o movimientos complejos de todo el cuerpo).								
(d) Preocupación persistente por partes de objetos.								
B. Retraso o funcionamiento anormal en al menos una de las siguientes áreas, que aparece antes de los 3 años de edad:								
(1) Interacción social, (2) lenguaje utilizado en la comunicación social, o (3) juego simbólico o imaginativo.								
C. El trastorno no se explica mejor por la presencia de un trastorno de Rett o de un trastorno desintegrativo infantil.								
Criterios para el diagnóstico de F84.1 autismo atípico:								
A. Desarrollo anormal o alterado que se hace evidente después de los tres años de edad (el criterio es como el del autismo, a excepción de la edad de comienzo).								
B. Existen alteraciones cualitativas en la interacción social o en la comunicación, o patrones de comportamiento, intereses y actividades restringidas, estereotipadas y repetitivas (el criterio es como para el autismo, a excepción de que no es necesario satisfacer los criterios para el número de áreas de anomalía).								
C. El trastorno no cumple los criterios para el diagnóstico de autismo (F84.0). El autismo puede ser atípico en la edad de comienzo (F84.0) o en los síntomas (F84.II). Para propósitos investigadores los dos tipos se diferencian por un quinto criterio.								
Criterios para el diagnóstico de F84.2 Trastorno de Rett [299.80]								
A. Todas las características siguientes:								
(1) Desarrollo prenatal y perinatal aparentemente normal								
(2) Desarrollo psicomotor aparentemente normal durante los primeros 5 meses después del nacimiento								
(3) Circunferencia craneal normal en el nacimiento								
B. Aparición de todas las características siguientes después del período de desarrollo normal:								
(1) Desaceleración del crecimiento craneal entre los 5 y 48 meses de edad								
(2) Pérdida de habilidades manuales intencionales previamente adquiridas entre los 5 y 30 meses de edad, con el subsiguiente desarrollo de movimientos manuales estereotipados (p. ej., escribir o lavarse las manos)								
(3) Pérdida de implicación social en el inicio del trastorno (aunque con frecuencia la interacción social se desarrolla posteriormente)								
(4) Inadecuada coordinación de la marcha o de los movimientos del tronco								
(5) Desarrollo del lenguaje expresivo y receptivo gravemente afectado, con retraso psicomotor grave.								
Criterios para el diagnóstico de F84.3 Trastorno desintegrativo infantil.								
A. Desarrollo aparentemente normal durante por lo menos los primeros dos años posteriores al nacimiento, manifestado por la presencia de comunicación verbal y no verbal, relaciones sociales, juego y comportamiento adaptativo apropiados a la edad del sujeto.								
B. Pérdida clínicamente significativa de habilidades previamente adquiridas (antes de los 10 años de edad) en por lo menos dos de las siguientes áreas:								
(1) Lenguaje expresivo o receptivo								
(2) Habilidades sociales o comportamiento adaptativo								
(3) Control intestinal o vesical								
(4) Juego								
(5) Habilidades motoras								
C. Anormalidades en por lo menos dos de las siguientes áreas:								
(1) Alteración cualitativa de la interacción social (alteración de comportamientos no verbales, incapacidad para desarrollar relaciones con compañeros, ausencia de reciprocidad social o emocional, entre otros)								
(2) Alteraciones cualitativas de la comunicación (retraso o ausencia de lenguaje hablado, incapacidad para iniciar o sostener una conversación, utilización estereotipada y repetitiva del lenguaje, ausencia de juego realista variado, entre otros)								
(3) Patrones de comportamiento, intereses y actividades restrictivos, repetitivos y estereotipados, en los que se incluyen estereotipias motoras y manierismos.								
D. El trastorno no se explica mejor por la presencia de otro trastorno generalizado del desarrollo o de esquizofrenia.								

Criterios para el diagnóstico del F84.5 Trastorno de Asperger							
<p>A. Alteración cualitativa de la interacción social, manifestada al menos por dos de las siguientes características:</p> <p>(1) Importante alteración del uso de múltiples comportamientos no verbales como contacto ocular, expresión facial, posturas corporales y gestos reguladores de la interacción social</p> <p>(2) Incapacidad para desarrollar relaciones con compañeros apropiadas al nivel de desarrollo del sujeto</p> <p>(3) Ausencia de la tendencia espontánea a compartir disfrutes, intereses y objetivos con otras personas (p. ej., no mostrar, traer o enseñar a otras personas objetos de interés)</p> <p>(4) Ausencia de reciprocidad social o emocional</p> <p>B. Patrones de comportamiento, intereses y actividades restrictivos, repetitivos y estereotipados, manifestados al menos por una de las siguientes características:</p> <p>(1) Preocupación absorbente por uno o más patrones de interés estereotipados y restrictivos que son anormales, sea por su intensidad, sea por su objetivo</p> <p>(2) Adhesión aparentemente inflexible a rutinas o rituales específicos, no funcionales</p> <p>(3) Manierismos motores estereotipados y repetitivos (p. ej., sacudir o girar manos o dedos, o movimientos complejos de todo el cuerpo)</p> <p>(4) Preocupación persistente por partes de objetos</p> <p>C. El trastorno causa un deterioro clínicamente significativo de la actividad social, laboral y otras áreas importantes de la actividad del individuo.</p> <p>D. No hay retraso general del lenguaje clínicamente significativo (p. ej., a los 2 años de edad utiliza palabras sencillas, a los 3 años de edad utiliza frases comunicativas).</p> <p>E. No hay retraso clínicamente significativo del desarrollo cognoscitivo ni del desarrollo de habilidades de autoayuda propias de la edad, comportamiento adaptativo (distinto de la interacción social) y curiosidad acerca del ambiente durante la infancia.</p> <p>F. No cumple los criterios de otro trastorno generalizado del desarrollo ni de esquizofrenia.</p>							
Pruebas de laboratorio (para descartar otras condiciones físicas que pueden afectar la conducta)	B	I	E	HG	UHSM	HNBB	HNP
- Perfil tiroideo y metabólico, biometría hemática, pruebas hepáticas y renales				X	X	X	X
Pruebas de gabinete (investigación adicional para confirmar el diagnóstico etiológico de los TAE)							
- Resonancia magnética						X	X
- Electromiografías						X	
- Audiometrías						X	
- Electroencefalograma					X	X	X
Pruebas psicométricas							
- Escala de inteligencia de Weschler para niños "WISC IV" (3-6 años)			X	X	X	X	X
Diagnóstico diferencial							
- Retraso mental					X	X	X
- Trastornos del lenguaje					X	X	X
- Mutismo selectivo					X	X	X
- Trastornos del vínculo					X	X	X
- Hipoacusia/sordera					X	X	X
- Esquizofrenia					X	X	X
- Fobia social					X	X	X
- Trastorno obsesivo compulsivo					X	X	X
- Síndrome de Landau-Kleffner					X	X	X
- Trastornos de la personalidad					X	X	X
Tratamiento							
El plan de tratamiento debe ser individualizado e interdisciplinario y debe incluir los siguientes aspectos fundamentales:							
Farmacológico (manejo especializado)							
Agresión irritabilidad:					X	X	X
- Risperidona 0.25 mg/día en peso menor a 50 Kg y hasta 1.5 mg en peso mayor a 50 Kg							
- Haloperidol 0.01 a 0.03 mg/kg/día							
- Valproato 20-60 mg/kg/día (dos a tres dosis diarias)							
- Carbamacepina 15-30 mg/kg/día (dos a tres dosis diarias)							
Ansiedad:							
- Imipramina 1-2.5 mg/kg/día							
- Valproato 20-60 mg/kg/día (dos a tres dosis diarias)							
Inatención-hiperactividad-impulsividad:							
- Metilfenidato 0.3-1.2 mg/kg/día (dos a tres dosis diarias)							
- Risperidona 0.25 mg/día en peso menor a 50 Kg y hasta 1.5 mg en peso mayor a 50 Kg.							
- Haloperidol 0.01 a 0.03 mg/kg/día							
Estereotipias:							
- Risperidona 0.25 mg/día en peso menor a 50 Kg y hasta 1.5 mg en peso mayor a 50 Kg							
- Haloperidol 0.01 a 0.03 mg/kg/día							

Abordaje psicosocial							
Terapia conductual			X	X	X	X	X
Terapia de lenguaje							
Terapia de integración sensorial							
Sesiones para el manejo de emociones y habilidades sociales.							
Musicoterapia							
Ludoterapia							
Terapias físicas							
Integración a actividades deportivas.							
Entrenamiento en relación a la adaptación del ambiente y actividad de rutinas de la vida diaria							
Entrenamiento a padres y familia			X	X	X	X	X
Psicoeducación a padres							
Intervención mediada por padres							
Intervención a niveles académico y escolar:	X	X	X				
Reeducación psicopedagógica.							
Adecuación curricular							
Tratamiento asertivo escolar							
Criterios de referencia a segundo y tercer nivel de atención							
- Detección precoz de casos	X	X	X				
- Apoyo diagnóstico			X	X	X		
- Tratamiento farmacológico.					X	X	X
- Comorbilidad psiquiátrica (epilepsia, TDAH, ansiedad, discapacidad intelectual, tics)						X	X
- Casos resistentes a tratamientos establecidos.						X	X
- Terapias conductuales			X	X	X	X	X
- Terapias físicas y ocupacional				X	X	X	X
- Psicoeducación	X	X	X	X	X	X	X
- Seguimiento comunitario	X	X	X				
Medidas preventivas y de educación en salud							
En el hogar se debe recomendar a los padres:	X	X	X	X	X	X	X
- Identificar cual sentido utiliza su hijo para conocer el mundo (olfato, oído, gusto, tacto y visión) y sacar provecho de esta habilidad.							
- Identificar cuáles son sus intereses y orientarles para que los utilice en su vida cotidiana.							
- Dar indicaciones cortas y concretas, evitar muchas explicaciones, enseñar y dar indicaciones sencillas.							
- Evitar el uso de la palabra "NO" o indicaciones en negativo.							
- Utilizar el modelaje para el proceso enseñanza-aprendizaje.							
- Usar sistemas aumentativos de la comunicación, es decir reforzar con gestos y ademanes correctos.							
- Usar recompensas inmediatas después que el niño realice la conducta deseada.							
- Usar las palabras adecuadas para nombrar las cosas.							
Recomendaciones para los maestros de niños	X	X	X	X	X	X	X
- Utilizar el modelaje para el proceso enseñanza-aprendizaje.							
- Usar las palabras adecuadas para nombrar las cosas.							

FLUJOGRAMA



6. Trastorno bipolar

6.1 Generalidades.

El trastorno afectivo bipolar, también conocido como trastorno bipolar y antiguamente como psicosis maniaco depresiva, es el diagnóstico psiquiátrico que describe un trastorno del estado de ánimo caracterizado por la presencia de niveles anormales de energía y cognición, concomitantes o alternantes con episodios de depresión.

6.2 Definición.

Considerado como un trastorno mental grave, el TB (antes llamado enfermedad maníaco-depresiva) se caracteriza por un estado de ánimo cambiante que fluctúa entre dos polos completamente opuestos: la manía, o fase de exaltación, euforia y grandiosidad, y la depresión, o fase en la que predominan la tristeza, la inhibición y las ideas de muerte. Es una enfermedad crónica y recurrente del estado de ánimo, que generalmente limita la funcionalidad del paciente y en todo caso requiere un abordaje integral farmacológico y psicosocial¹⁰.

Los episodios de manía comienzan normalmente de manera brusca y se prolongan durante un período de tiempo que oscila entre dos semanas y cuatro a cinco meses. Las depresiones tienden a durar más, su duración es de seis meses en promedio, aunque rara vez se prolongan a más de un año.

6.3 Epidemiología.

Las estadísticas en otros países revelan una prevalencia del trastorno afectivo bipolar por encima del 4%. El trastorno empieza típicamente en la adolescencia o en la adultez temprana, y tiende a ser una condición permanente a lo largo de la vida.

La prevalencia del trastorno bipolar tipo I se sitúa entre el 0,4 y el 1,6 % de la población, siendo igual para ambos sexos y entre grupos étnicos. La prevalencia del trastorno bipolar tipo II está en torno al 0.5% de la población, el cual es más prevalente en mujeres.

6.4 Etiología.

No hay una causa única para el trastorno bipolar. El acuerdo científico es que son muchos factores que actúan en conjunto y producen la enfermedad: factores genéticos, bioquímicos, neuroendocrinos, neurofisiológicos, psicológicos, psicosociales y ambientales.

6.5 Clasificación

El trastorno bipolar tipo I, se da en aquellos individuos que han experimentado uno o más episodios maníacos con o sin episodios de depresión grave. Para el diagnóstico de esta modalidad son necesarios uno o más episodios maníacos o mixtos. No es necesario que exista un episodio depresivo como requisito para el diagnóstico, aunque frecuentemente aparezca.

El trastorno bipolar tipo II, se caracteriza por episodios de hipomanía, así como al menos un episodio de depresión mayor. Los episodios hipomaníacos no llegan a los extremos de la manía (es decir, que no provocan alteraciones sociales u ocupacionales y carecen de rasgos psicóticos) y un historial con al menos un episodio de depresión mayor.

¹⁰ Aichhorn W, Stuppach C, Kralovec K, Yazdi K, Aichhorn M, Hausmann A. (2007). Child and adolescent bipolar disorder. *Neuropsychiatr*, 21 (2): 84-92.

El trastorno bipolar tipo II se caracteriza por al menos un episodio de hipomanía y otro de depresión.

Ciclotimia. El diagnóstico de trastorno ciclotímico requiere la presencia de numerosos episodios de hipomanía, intercalados con episodios depresivos leves a moderados que no cumplen completamente los criterios para que existan episodios de depresión mayor. La idea principal es que existe un ciclado de bajo grado del estado de ánimo que aparece ante el observador como un rasgo de la personalidad, pero que interfiere con su función.

Trastorno bipolar no especificado.

Este diagnóstico se suele utilizar para indicar afecciones bipolares que no encajan en otras categorías diagnósticas. Si la persona parece sufrir claramente de algún tipo de trastorno bipolar pero no cumple los criterios de alguno de los subtipos mencionados más arriba, se le asigna el diagnóstico de trastorno bipolar no especificado.

Tabla 11. Guía para la intervención del trastorno bipolar.

Trastorno bipolar Intervenciones	Nivel de atención						
	Primer nivel UCSF			Segundo nivel		Tercer nivel (Atención especializada)	
Anamnesis	B	I	E	HG	UHSM	HNBB	HNP
Atienda al usuario/a con calidad y calidez.	X	X	X	X	X	X	X
Busque los siguientes síntomas:							
Episodio depresivo	X	X	X	X	X	X	X
<ul style="list-style-type: none"> • Baja autoestima. • Desánimos continuos. • Ensimismamiento. • Sentimientos de desesperanza o minusvalía. • Sentimientos de culpabilidad excesivos o inapropiados. • Fatiga (cansancio o aburrimiento) que dura semanas o meses. • Lentitud exagerada (inercia). • Somnolencia diurna persistente. • Insomnio. • Problemas de concentración, fácil distracción por sucesos sin trascendencia. • Dificultad para tomar decisiones y confusión general enfermiza, • Pérdida del apetito. • Pérdida involuntaria de peso. • Pensamientos anormales sobre la muerte. • Pensamientos sobre el suicidio, planificación de suicidio o intentos de suicidio. 							
Episodio maniaco.							
<ul style="list-style-type: none"> • Exaltación del estado de ánimo. • Aumento de las actividades orientadas hacia metas (Delirios de grandeza y paranoides). Si los contradicen suelen enojarse y pensar que el mundo está en su contra. • Ideas fugaces o pensamiento acelerado (taquipsiquia). • Enfadarse por cualquier cosa. • Autoestima alta. • Menor necesidad de dormir. • Agitación. • Logorrea (hablar más de lo usual o tener la necesidad de continuar hablando). • Incremento en la actividad involuntaria • Inquietud excesiva. • Aumento involuntario de peso. • Bajo control del temperamento. • Patrón de comportamiento irresponsable. 							

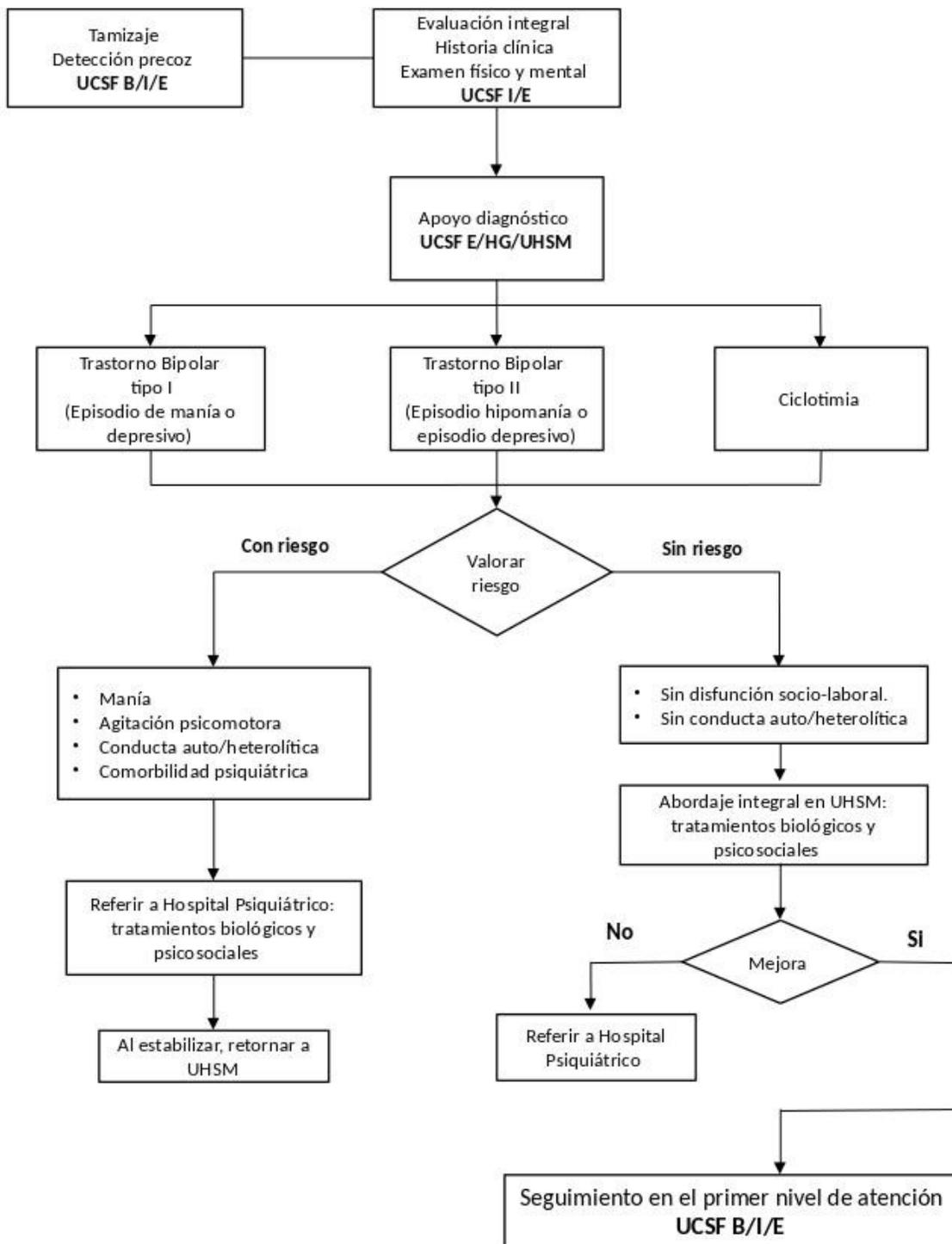
<ul style="list-style-type: none"> • Hostilidad. • Aumento en la actividad dirigida al plano social o sexual. • Compromiso excesivo y dañino en actividades placenteras que tienen un gran potencial de producir consecuencias (andar en juergas, tener múltiples compañeros sexuales, consumir alcohol y otras drogas). • Alucinaciones. 							
Episodio hipomaniaco. <ul style="list-style-type: none"> • Es un estado parecido a la manía pero más leve, con duración de menos de una semana. • Se produce cambio del estado de ánimo habitual hacia la euforia o la irritabilidad, además de hiperactividad, disminución de la necesidad de sueño, incremento de la sociabilidad, de la actividad física, actividades placenteras, libido e impaciencia. • La hipomanía no requiere hospitalización, no presenta síntomas psicóticos y no genera una grave disfunción familiar, social o laboral. 							
Episodio mixto. <ul style="list-style-type: none"> • Los estados mixtos están constituidos por una combinación de características de la manía y la depresión que es necesario diferenciar del trastorno bipolar clásico. • Los cuadros mixtos deben ser diferenciados del trastorno bipolar clásico por las siguientes razones: El pronóstico es peor y tienen más riesgo de cronicidad. • El riesgo de suicidio es más alto, en los cuadros mixtos coexiste el ánimo depresivo con la agitación, al no existir el retardo de pensamiento y acción que caracteriza a la mayoría de las depresiones lo que da paso a la acción y por consiguiente a la probabilidad del suicidio. 							
Exploración física							
- Descartar condiciones físicas que pueden causar cambios en los estados anímicos (neurrológicos, enfermedades tiroideas, metabólicas, uso de fármacos, consumo de drogas)	X	X	X	X	X	X	X
Exploración mental							
- Episodios depresivos: aspecto descuidado, escaso contacto ocular, afecto triste, lábil, irritable, escasa producción de lenguaje, voz suave con pausas largas en su discurso, ideas de minusvalía, ruina, desesperanza, culpabilidad y en los casos más graves ideas suicidas y/o ideas de tipo delirante, alucinaciones congruentes con el estado de ánimo. Distrabilidad y disminución de la atención.	X	X	X	X	X	X	X
- Episodios maniacos: en su aspecto viste ropas llamativas, excesivo maquillaje, expansivo, divertido, amenazador, con excesiva actividad motora, afecto lábil, intenso, eufórico, irritable, exigente y seductor, habla apresuradamente, voz alta exagerada y llamativa, con fugas de ideas, por momentos incoherente, ideas de grandiosidad, egocentrismo extremo, ideas delirantes y alucinaciones congruentes con el estado de ánimo como valía y poder excesivamente aumentados.							
Diagnóstico							
	B	I	E	HG	UHSM	HNBB	HNP
Criterios diagnósticos							
- Trastorno caracterizado por la presencia de episodios reiterados (es decir, al menos dos) en los que el estado de ánimo y los niveles de actividad del enfermo están profundamente alterados, de forma que en ocasiones la alteración consiste en una exaltación del estado de ánimo y un aumento de la vitalidad y del nivel de actividad (manía o hipomanía) y en otras, en una disminución del estado de ánimo y un descenso de la vitalidad y de la actividad (depresión). Lo característico es que se produzca una recuperación completa entre los episodios aislados.	X	X	X	X	X	X	X
- Los episodios de manía comienzan normalmente de manera brusca y se prolongan durante un período de tiempo que oscila entre dos semanas y cuarto a cinco meses (la duración mediana es de cuatro meses). Las depresiones tienden a durar más (su duración mediana es de seis meses), aunque rara vez se prolongan más de un año, excepto en personas de edad avanzada. Ambos tipos de episodios sobrevienen a menudo a raíz de acontecimientos estresantes u otros							

traumas psicológicos, aunque su presencia o ausencia no es esencial para el diagnóstico.							
Pruebas de laboratorio (para descartar otras condiciones físicas)							
- Hemograma - Glicemia - Pruebas tiroideas - Electrolitos - Pruebas hepáticas - Pruebas renales - Exámenes toxicológicos			X	X	X	X	X
Pruebas de gabinete							
- Electrocardiograma - Radiografía de Tórax - Electroencefalograma - TAC cerebral				X	X	X	X
Pruebas psicométricas							
- Escala de Young para la evaluación de la manía (YMRS) - Escala de Hamilton para depresión (descartar depresión mayor)			X	X	X	X	X
Diagnóstico diferencial							
- Esquizofrenia. - Dependencia a sustancias. - Trastorno esquizoafectivo. - Trastornos de la personalidad. - Trastornos depresivos unipolares. - Trastornos de ansiedad generalizada. - Trastornos de pánico - Agorafobia. - Patologías tiroideas. - Alteraciones metabólicas e hidroelectrolíticas. - Lesiones cerebrales.	X	X	X	X	X	X	X
Tratamiento							
El plan de tratamiento debe ser individualizado e interdisciplinario y debe incluir los siguientes aspectos fundamentales:							
Farmacológico							
Episodios agudos o mixtos de manía, objetivos: 1. Controlar los síntomas para permitir el retorno a los niveles normales de funcionamiento psicosocial. 2. Controlar rápidamente la agitación, la agresividad y la impulsividad. 3. Antes del inicio de medicación con estabilizadores de ánimo y antipsicóticos, se recomienda realizar exámenes de laboratorio: hemograma, electrolitos, pruebas renales y hepáticas, pruebas tiroideas y toxicológicas, idealmente. En los episodios de manía graves o mixtos debe indicarse un estabilizador de ánimo combinado con un antipsicótico. Para los pacientes menos graves puede ser suficiente la monoterapia con estabilizadores del ánimo como: litio, ácido valproico, carbamazepina y topiramato, entre otros. Medicamentos: • Carbonato de litio (300 mg/tableta): dosis inicial de 300 mg cada ocho horas, máximo: 1500 mg esto depende del peso y la edad del paciente, realizar niveles séricos de litio de cinco a siete días posterior a iniciado el fármaco. Niveles séricos normales de litio: 0.7 - 1.2 mEq/Lt. • Acido valproico (500 mg/tableta): 500 mg cada ocho horas, máximo 2 gramos al día. • Carbamazepina (200 mg/tableta): se inicia a dosis de 200 - 600 mg día, luego puede incrementarse dosis de 200 mg, hasta un máximo de 1200 mg/día. • Topiramato (25 mg/día): dosis de 50 a 200 mg/día. En algunos casos puede requerirse tratamiento complementario y breve con benzodiazepinas: Clonazepam (2 mg/tableta) dosis de 2 - 6 mg/día, bromazepam (3 mg/tableta) dosis de 3 - 6 mg/día, diazepam (10 mg/tableta) dosis de 10 - 30 mg/día. • Si se usa tratamiento antipsicótico, es preferible que éste sea de segunda generación, en su defecto utilizar antipsicóticos típicos: Haloperidol (5					X	X	X

mg/tableta) dosis de 15 – 30 mg/día, clorpromazina (100 mg/tableta) dosis de 300 - 1200 mg/día. • Si no hay mejoría en diez a catorce días, se debe cambiar o agregar un segundo modulador o antipsicótico a dosis terapéutica. • En casos severos y resistentes a tratamiento, se debe considerar el uso de terapia electroconvulsiva de forma temprana.							
Episodios depresivos agudos. Objetivos. 1. Conseguir la remisión de los síntomas de depresión grave y que el paciente recupere su funcionamiento psicosocial normal. 2. Evitar que se precipite la aparición de un episodio maniaco o hipomaniaco. No se está indicada la monoterapia con antidepresivos. • En los casos más graves puede iniciarse tratamiento combinado con un estabilizador del estado de ánimo y un antidepresivo. • La elección del tratamiento debe guiarse por la gravedad de la enfermedad y las características asociadas como la ciclación rápida o la psicosis. • Los antidepresivos tricíclicos pueden conllevar un riesgo más elevado de precipitar un viraje y no están recomendados. Por lo que los inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina como sertralina o paroxetina son los de primera elección. • Los síntomas psicóticos en la depresión generalmente requieren tratamiento con antipsicóticos. • Se debe evaluar la aplicación de terapia electro-convulsiva, si el cuadro clínico amenaza la vida del paciente. • Siempre se debe utilizar la combinación entre terapia farmacológica y psicoterapia.					X	X	X
Ciclaje rápido. • Se deben identificar y tratar los trastornos médicos como el hipotiroidismo o el consumo de alcohol o sustancias que puedan contribuir a la ciclación, • Si es posible disminuir la dosificación de la medicación, en especial los antidepresivos que puedan contribuir al ciclaje debe hacerse. • Se debe indicar el tratamiento con estabilizadores del estado del ánimo. • Si no hay mejoría en un periodo de siete a diez días, se debe agregar un antipsicótico u otro estabilizador del estado del ánimo. • En casos severos se debe considerar la terapia electroconvulsiva.					X	X	X
Abordaje psicosocial							
Psicoterapia cognitiva-conductual (en periodos de latencia o remisión de síntomas) Psicoterapias de apoyo. Grupos de apoyo Psicoeducación, objetivos: - Aumentar la conciencia de enfermedad - Disminuir la estigmatización - Aumentar la adherencia al tratamiento - Evitar el abuso de sustancias y alcohol - Identificar síntomas de recaída - Fomentar el manejo del estrés - Aprender a enfrentar las consecuencias psicosociales de las recaídas. - Prevenir conductas suicidas - Mejorar funcionamiento interpersonal - Manejo de síntomas subsindrómicos, residuales y del deterioro. - Mejorar la calidad de vida - Facilitación en el abordaje de estresores psicosociales.	X	X	X	X	X	X	X
Restablecer las redes sociales: Identifique las actividades sociales previas de la persona que, si se reiniciaran, tendrían el potencial de ofrecer apoyo psicosocial directo o indirecto (por ejemplo, reuniones familiares, salidas con amigos, visitas a los vecinos, actividades sociales en los sitios de trabajo, deportes, actividades comunitarias). Motive activamente a la persona a reiniciar estas actividades sociales e informe a los familiares sobre esto.	X	X	X	X	X	X	X
Rehabilitación: Facilite las oportunidades para que las personas y sus	X	X	X	X	X	X	X

cuidadores sean incluidos en actividades económicas, educativas y culturales que sean adecuadas a su entorno cultural, usando los sistemas formales e informales disponibles.							
Criterios de referencia a segundo y tercer nivel de atención							
- Detección precoz de casos	X	X	X				
- Apoyo diagnóstico			X	X	X		
- Tratamiento farmacológico.			X	X	X	X	X
- Resistencia a tratamiento farmacológico.					X	X	X
- Comorbilidad psiquiátrica.						X	X
- Casos resistentes a tratamientos establecidos.						X	X
- Terapia electroconvulsiva					X		X
- Psicoterapias			X	X	X	X	X
- Psicoeducación	X	X	X	X	X	X	X
- Restablecer las redes sociales	X	X	X	X	X	X	X
- Rehabilitación	X	X	X	X	X	X	X
- Seguimiento comunitario	X	X	X				
Criterios de seguimiento							
- Al estabilizar la sintomatología en el usuario se debe evaluar el retorno al primer nivel de atención para su seguimiento. El seguimiento y control debe ser complementario entre los equipos comunitarios de salud familiar y especializada, según dispensarización.	X	X	X	X	X	X	X
Medidas preventivas y de educación en salud							
Mensajes para las personas con trastorno bipolar (que actualmente no están en un estado maniaco agudo) y para los familiares de las personas con trastorno bipolar. -Explicación: el trastorno bipolar es una condición de salud mental que tiende a producir estados de ánimo extremos, que pueden variar desde sentirse muy deprimidos y fatigados hasta sentirse con mucha energía, irritados y excesivamente excitados. -Es importante mantener un ciclo de sueño regular (es decir, acostarse a dormir a la misma hora todas las noches, tratar de dormir la misma cantidad de horas que antes de la enfermedad, evitar dormir mucho menos que lo usual). -Se necesita prevenir las recaídas , reconociendo cuando reaparecen los síntomas, por ejemplo, dormir menos, gastar más dinero o sentirse mucho más energético que lo usual, y reiniciando el tratamiento cuando aparecen estos síntomas. -Se debe evitar el alcohol y otras sustancias psicoactivas. -Teniendo en cuenta que los cambios en el estilo de vida deben continuar mientras sean necesarios. Se debe motivar a la persona a que busque apoyo después de acontecimientos significativos en la vida (por ejemplo, duelo) y para que hable con la familia y amigos. Se necesitan mejorar las estrategias generales de afrontamiento, tales como planear un programa regular de trabajo o escolar que evite la privación del sueño, mejorar los sistemas de apoyo social, discutir y solicitar consejo sobre decisiones importantes (especialmente las que involucran dinero o compromisos mayores). Se deben considerar las necesidades físicas, sociales y de salud mental de la familia. Establecer buenas relaciones: la confianza mutua entre la persona y el personal de atención de salud es esencial para una persona con trastorno bipolar, ya que una alianza terapéutica positiva puede mejorar los resultados a largo plazo, especialmente al mejorar la adherencia al tratamiento.	X	X	X	X	X	X	X

FLUJOGRAMA



7. Trastornos mentales y del comportamiento asociados a consumo de alcohol y otras drogas

7.1 Generalidades.

La dependencia a sustancias psicoactivas es un trastorno conductual crónico manifestado por el consumo repetitivo de drogas lícitas (alcohol y tabaco) e ilícitas que interfiere en la salud y en su funcionamiento, social, laboral y económico.

7.2 Definición de sustancia psicoactiva.

Sustancia que, cuando se ingiere, afecta a los procesos mentales, p. ej., a la cognición o la afectividad. Este término y su equivalente, sustancia psicotrópica, son las expresiones más neutras y descriptivas para referirse a todo el grupo de sustancias, legales e ilegales, de interés para los planes y políticas en materia de drogas¹¹.

7.3 Epidemiología.

Cada año se producen 3,3 millones de muertes en el mundo debido al consumo nocivo de alcohol, lo que representa un 5,9% de todas las defunciones. El uso nocivo de alcohol es un factor causal en más de 200 enfermedades y trastornos.

En general, el 5,1% de la carga mundial de morbilidad y lesiones es atribuible al consumo de alcohol, calculado en términos de la esperanza de vida ajustada en función de la discapacidad (EVAD)¹².

A nivel mundial, se calcula que en 2012 entre 162 y 324 millones de personas, es decir del 3,5% al 7,0% de la población de entre 15 y 64 años, consumieron por lo menos una vez alguna droga ilícita, principalmente sustancias del grupo del cannabis, los opioides, la cocaína o los estimulantes de tipo anfetamínico.¹³

7.4 Clasificación de las sustancias psicoactivas

Por su efecto en el Sistema Nervioso Central las sustancias psicoactivas se clasifican en:

Estimulantes: Son sustancias cuyo efecto sobre el sistema nervioso central, produce un estado de excitación o aceleramiento de las funciones psíquicas y biológicas. Algunas de ellas son: Té, café, anfetaminas, cocaína, nicotina.

- **Cocaína:** Es una sustancia que se extrae de las hojas del arbusto Eritroxilon coca. Al combinarse el polvo de la cocaína con bicarbonato de sodio se obtiene otra sustancia denominada crack.

Depresoras: Son sustancias que producen depresión de las funciones psíquicas y biológicas. Esto no significa que produzcan tristeza o estados psíquicos de depresión, sino un retardo o disminución de los impulsos. Algunas de ellas son: alcohol, tranquilizantes, hipnóticos, sedantes, opio.

- **Alcohol:** El porcentaje de alcohol de las diferentes bebidas depende de su elaboración; lo cual es importante para determinar el grado de alcohol en el paciente. Existen diferentes tipos de bebidas alcohólicas: Las bebidas fermentadas son aquellas que proceden de un fruto o de granos (vino, cerveza, sidra.). Las bebidas destiladas,

¹¹ OMS. "Glosario de términos de drogas". Edita Ministerio de Sanidad y Consumo del gobierno de España, Centro de publicaciones. 1994.

¹² OMS. "Informe Mundial de Situación sobre Alcohol y Salud". Ginebra, Suiza. 2014

¹³ UNODC. "Informe mundial sobre las drogas". Resumen Ejecutivo, Washington DC. 2014.

son las que se obtienen destilando una bebida fermentada, conteniendo por tanto, mayor grado de alcohol.

7.5 Etiología.

Considerar los siguientes aspectos:

A. Características de la droga.

Las diversas drogas tienen distintas capacidades para producir sensaciones placenteras inmediatas en el consumidor. Otros factores son su coste, grado de pureza, oferta, potencia farmacológica y farmacocinética.

B. El individuo.

La vulnerabilidad de los individuos está relacionada con los siguientes factores:

Factores biológicos: edad, sexo y carga genética.

Factores psicológicos: rasgos de personalidad, grado de estabilidad emocional, y la presencia de alteraciones o trastornos psiquiátricos.

C. El ambiente.

Es un factor importante en la causalidad y puede manifestarse de la siguiente manera:

- **Familiar:** disfunción familiar.
- **Social:** sociedad consumista y tecnificada, publicidad y propaganda manipuladora e inductora al consumo de drogas.
- **Judicial:** legislación o su práctica permisiva.

Tabla 12. Guía para la intervención de los trastornos mentales y del comportamiento derivados del consumo de drogas.

Trastornos mentales y del comportamiento derivados del consumo de sustancias	Nivel de atención						
	Primer nivel UCSF			Segundo nivel		Tercer nivel (Atención especializada)	
Intervenciones	B	I	E	HG	UHSM	HNBB	HNP
Anamnesis	B	I	E	HG	UHSM	HNBB	HNP
Atienda al usuario/a con calidad y calidez.	X	X	X	X	X	X	X
Síndrome de dependencia. Es un conjunto de manifestaciones fisiológicas, comportamentales y cognitivas en el cual el consumo de una droga o de un tipo de ellas, adquiere la máxima prioridad para el individuo, mayor incluso que cualquier otro tipo de comportamiento que en el pasado tuvo el valor más alto. La manifestación característica del síndrome es el deseo (a menudo fuerte y a veces insuperable) de ingerir sustancias psicótropas, alcohol o tabaco. La recaída en el consumo después de un período de abstinencia lleva a la instauración más rápida del resto de las características del síndrome de lo que sucede en individuos no dependientes.	X	X	X	X	X	X	X
Intoxicación aguda. Es un estado transitorio consecutivo a la ingestión o asimilación de sustancias psicótropas o de alcohol que produce alteraciones del nivel de conciencia, la cognición, percepción, estado afectivo, comportamiento o de otras funciones y respuestas fisiológicas o psicológicas.	X	X	X	X	X	X	X
Síndrome de abstinencia. Es un conjunto de síntomas que se agrupan según diferentes modos y niveles de gravedad que se presentan cuando hay una abstinencia absoluta o relativa de una determinada sustancia, tras un consumo reiterado, generalmente prolongado o a dosis elevadas. El comienzo y evolución del estado de abstinencia están limitados en el tiempo y están relacionados con el tipo de sustancia y la dosis consumida inmediatamente antes de la abstinencia.	X	X	X	X	X	X	X
Exploración física y mental	B	I	E	HG	UHSM	HNBB	HNP
Intoxicación por alcohol: <u>Intoxicación leve.</u> Alcoholemia de 50 - 149 mg %: leve incoordinación motora, euforia,	X	X	X	X	X	X	X

<p>rubicundez facial, inyección conjuntival, verborragia, excitación y disminución de la atención, los reflejos y campo visual.</p> <p><u>Intoxicación moderada.</u></p> <p>Alcoholemia de 150 – 249 mg %: excitación, confusión, agresividad, alteración de la percepción, pérdida del equilibrio, incoordinación motora, disartria, alteración de la comprensión, aturdimiento.</p> <p><u>Intoxicación severa.</u></p> <p>Alcoholemia de 250 - 350 mg %: falta de respuesta a estímulos, relajación de esfínteres, estupor, nistagmos postural, ausencia de percepción. De 350 mg% a más de alcoholemia: coma.</p>							
<p>Síndrome de abstinencia por alcohol:</p> <p>Hiperactividad vegetativa, temblor de manos, insomnio, náuseas o vómitos, ilusiones o alucinaciones transitorias, ansiedad, crisis de gran mal y agitación psicomotora, que inician en las primeras horas después de suspender o reducir el consumo excesivo y prolongado de alcohol. Puede acompañarse también de alteraciones de la sensopercepción como alucinaciones, alucinosis.</p> <p>El síndrome de abstinencia puede complicarse con convulsiones y/o la aparición de Delirium tremens.</p>	X	X	X	X	X	X	X
<p>Delirium tremens</p> <p>Alteración del estado de conciencia, hiperactividad vegetativa notable (taquicardia, sudoración, fiebre, ansiedad o insomnio), alucinaciones visuales, táctil, ideas delirantes paranoides, agitación, temblor y pueden presentarse crisis convulsivas.</p>	X	X	X	X	X	X	X
Diagnóstico							
Criterios diagnósticos							
<p>Síndrome de dependencia:</p> <p>El diagnóstico de drogodependencia sólo debe hacerse si en algún momento en los doce meses previos o de un modo continuo se han presentado tres o más de los rasgos siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none"> Deseo intenso o vivencia de una compulsión a consumir una sustancia. Disminución de la capacidad para controlar el consumo de una sustancia o alcohol, unas veces para controlar el comienzo del consumo y otras para poder terminarlo o para controlar la cantidad consumida. Síntomas somáticos de un síndrome de abstinencia cuando el consumo de la misma sustancia u otra muy similar, se reduce o cesa. Tolerancia, es decir que requiere un aumento progresivo de la dosis de la sustancia para conseguir los mismos efectos que originalmente producían dosis más bajas. Abandono progresivo de otras fuentes de placer o diversiones a causa del consumo de la sustancia, aumento del tiempo necesario para obtener o ingerir la sustancia o para recuperarse de sus efectos. Persistencia en el consumo de la sustancia a pesar de sus evidentes consecuencias perjudiciales. 	X	X	X	X	X	X	X
<p>Intoxicación aguda:</p> <p>Se deben tomar en cuenta los siguientes criterios clínicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> Suele tener una relación estrecha con la dosis de la sustancia, aunque hay excepciones, como en los pacientes con patología orgánica subyacente. Es un fenómeno transitorio. La intensidad disminuye con el tiempo y sus efectos desaparecen si no se repite el consumo de la sustancia. La recuperación es completa, excepto cuando se daña el tejido cerebral o surge alguna otra complicación. Los síntomas no tienen por qué reflejar la acción primaria de la sustancia. Por ejemplo una sustancia depresora del sistema nervioso central puede producir agitación o hiperactividad. Muchas sustancias psicótropas pueden producir efectos de diferentes tipos en función de la dosis. La desinhibición de la conducta debe ser tomada en cuenta. 	X	X	X	X	X	X	X
	B	I	E	HG	UHSM	HNBB	HNP
<p>Síndrome de abstinencia:</p> <p>Se deben tomar en cuenta los siguientes criterios clínicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> El síndrome de abstinencia es uno de los indicadores de la presencia de síndrome de dependencia, por lo cual éste diagnóstico debe ser tomado en consideración. 	X	X	X	X	X	X	X

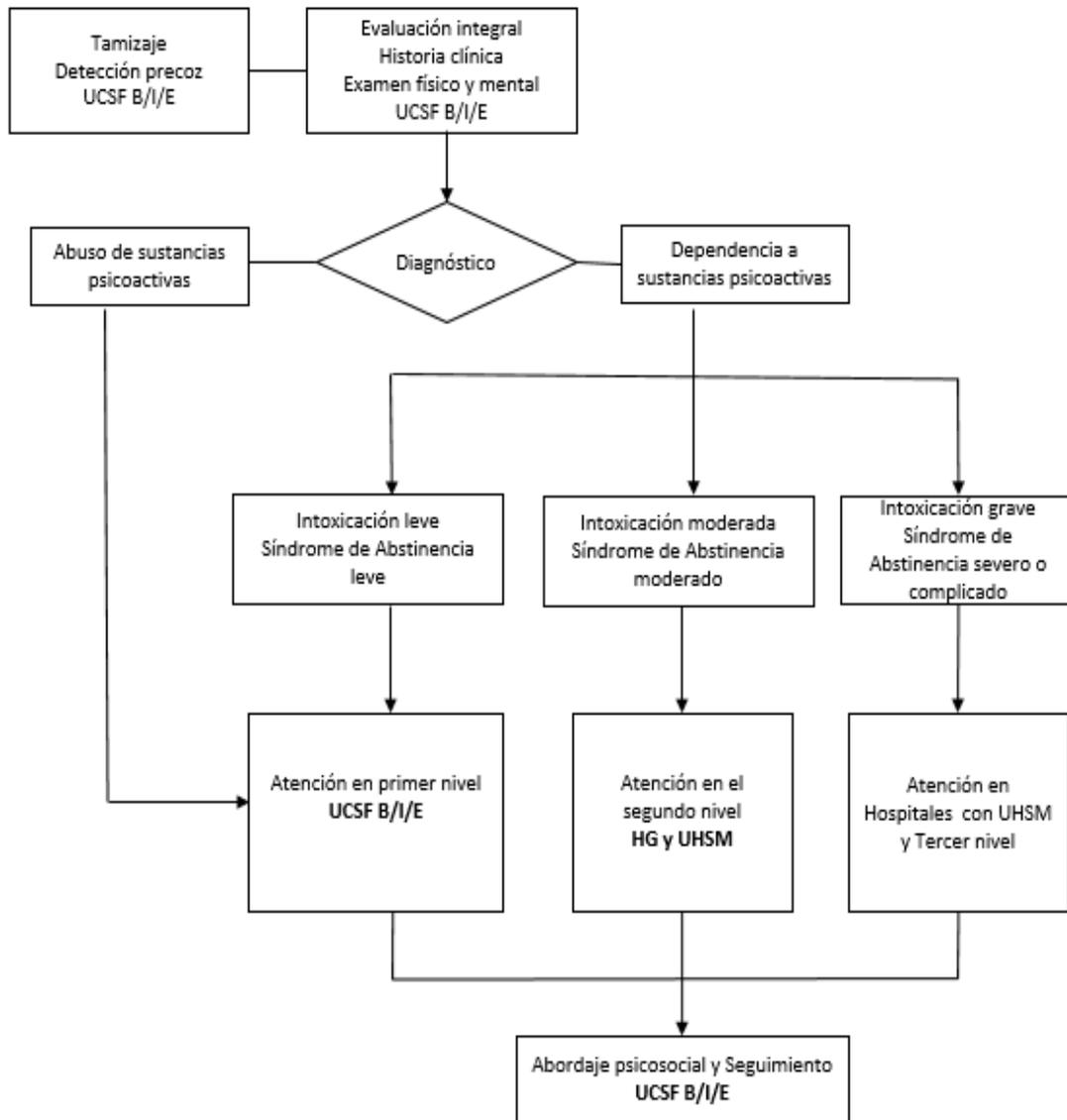
<ul style="list-style-type: none"> - El diagnóstico del síndrome de abstinencia debe tener prioridad si es el motivo de la consulta y tiene gravedad suficiente como para requerir atención médica. - Los síntomas somáticos varían de acuerdo con la sustancia consumida. Los trastornos psicológicos (como ansiedad, depresión o trastorno del sueño) son también rasgos frecuentes de la abstinencia. - Los síntomas desaparecen cuando se vuelve a consumir la sustancia. 							
Clasificación							
Síndrome de dependencia (CIE 10). El personal de salud debe clasificarla de la siguiente manera: <ul style="list-style-type: none"> - En la actualidad en abstinencia - En la actualidad en abstinencia en un medio protegido (como en hospital.) - En la actualidad en un régimen clínico de mantenimiento o sustitución supervisado. - En la actualidad en abstinencia con tratamiento con sustancias aversivas o bloqueantes: con consumo actual de la sustancia, consumo continuo y consumo episódico (dipsomanía). 	X	X	X	X	X	X	X
Intoxicación El personal de salud debe clasificarla de la siguiente manera: No complicada, con traumatismo o lesión, corporal, con otra complicación médica, con delirium, con distorsiones de la percepción, con coma y con convulsiones. <p>Intoxicación patológica (aplicable sólo para alcohol). Consiste en la aparición brusca de un comportamiento agresivo o violento, no característico de individuos en estado sobrio, después de ingerir una cantidad de alcohol que no produciría intoxicación en la mayoría de las personas.</p> <p>Intoxicación leve. Alcoholemia de 50 - 149 mg %</p> <p>Intoxicación moderada. Alcoholemia de 150 – 249 mg %</p> <p>Intoxicación severa. Alcoholemia de 250 - 350 mg %</p>	X	X	X	X	X	X	X
Síndrome de abstinencia. <ul style="list-style-type: none"> - No complicado - Con convulsiones - Con delirium tremens 	X	X	X	X	X	X	X
Síndrome de abstinencia con Delirium Estado tóxico confusional acompañado de trastornos somáticos, de corta duración y que a veces pone la vida en peligro. Suele ser consecuencia de la abstinencia absoluta o relativa de alcohol en personas con una grave dependencia y con largos antecedentes de consumo. En algunos casos se presenta durante episodios de consumo muy elevados de alcohol. También puede ser provocado por otros factores como traumatismo e infecciones. Se deben valorar los siguientes criterios clínicos: <ul style="list-style-type: none"> - Los síntomas prodrómicos típicos son insomnio, temblores y miedo. A veces el comienzo está precedido por convulsiones de abstinencia. - La tríada clásica de síntomas consiste en obnubilación de la conciencia y estado confusional, alucinaciones e ilusiones vívidas en cualquier modalidad sensorial y temblor intenso. - Pueden aparecer también ideas delirantes, agitación, insomnio, inversión del ciclo sueño vigilia y síntomas de excitación del sistema nervioso vegetativo. 	X	X	X	X	X	X	X
Pruebas de laboratorio (para descartar otras condiciones físicas)	B	I	E	HG	UHSM	HNBB	HNP
De acuerdo al estado clínico de cada paciente, deben valorarse las siguientes pruebas: Hemograma completo, electrolitos, glicemia, colesterol, triglicéridos, nitrógeno ureico y creatinina, transaminasas, bilirrubinas, proteína C reactiva, tiempo de protrombina, prueba de coagulación, lactato deshidrogenasa (LDH), creatinfosfocinasa (CPK),				X	X	X	X

gases arteriales, niveles de vitamina B 12 y ácido fólico, VIH, serología para sífilis, punción lumbar, test de embarazo y PPD (test cutáneo de tuberculina).							
- Exámenes toxicológicos							X
Pruebas de gabinete							
- Electrocardiograma				X	X	X	X
- Radiografía de tórax				X	X	X	X
- Electroencefalograma					X	X	X
- TAC cerebral						X	
Pruebas psicométricas							
Pruebas psicológicas (coeficiente intelectual, pruebas de personalidad, entre otras). También se pueden aplicar las escalas de tamizaje CAGE, MAST, TWEAT, AUDIT, CIWA, ASI			X	X	X	X	X
Diagnóstico diferencial							
- Intoxicación por otras drogas sedantes del sistema nervioso central como barbitúricos, benzodiazepinas, enfermedades médicas, intoxicación alcohólica patológica, patologías neurológicas (tumores cerebrales, síndrome convulsivo, trauma craneoencefálico, neuroinfecciones), trastornos psicóticos inducidos por otras sustancias, intoxicación por anfetaminas y opioides, esquizofrenia, otros trastornos psiquiátricos.	X	X	X	X	X	X	X
Tratamiento							
El objetivo del tratamiento es el mantenimiento prolongado de la sobriedad total. Las recaídas son frecuentes. El tratamiento inicial exige la desintoxicación, con ingreso hospitalario si fuera necesario, y el tratamiento de cualquier síntoma de abstinencia. Los trastornos mentales coexistentes se deben tratar cuando el paciente este sobrio y preferentemente por especialistas. El plan de tratamiento debe ser individualizado e interdisciplinario y debe incluir los siguientes aspectos fundamentales:							
Farmacológico							
Tratamiento de intoxicaciones leves por alcohol, cocaína y síndrome de abstinencia leve por alcohol y cocaína.		X	X	X			
a) Corrección hidroelectrolítica: con líquidos endovenosos, soluciones cristaloides, idealmente solución salina normal al 0.9% a pasar en una o dos horas o según los requerimientos. Además se deben usar soluciones electrolíticas intravenosas como cloruro de potasio y sulfato de magnesio, según los parámetros de laboratorio y requerimientos para su corrección. b) Aporte vitamínico: 100 – 200 mg de tiamina endovenosa (previo al aporte calórico con dextrosa). c) Aporte calórico: dextrosa al 50% intravenosa a dosis única o según necesidad, en base al control de glicemia capilar. d) Sedación por vía parenteral u oral con: • Diazepam (10 mg/ampolla) 10 mg IV (a una velocidad de dos miligramos por minuto) con control de signos vitales, rango de dosis de 10 - 60 mg/día. • Diazepam (10mg) o bromazepan (3mg), por vía oral, una tableta cada ocho horas, durante tres días y disminuir paulatinamente una tableta cada tres días hasta suspensión.							
Tratamiento de intoxicaciones moderadas y graves por alcohol y cocaína, síndrome de abstinencia moderada y grave por alcohol y cocaína y delirium por alcohol.				X	X	X	X
a) Verificar: permeabilidad de vías aéreas, la respiración y el estado circulatorio del paciente. b) Corrección hidroelectrolítica. c) Aporte calórico. d) Complemento vitamínico. e) Sedación: benzodiazepinas, neurolepticos o ambos: • Haloperidol (5mg/ampolla) 5 - 10 miligramos por vía intramuscular cada treinta minutos dosis máxima 30 mg en las primeras dos horas; se debe evaluar cada dosis según la respuesta clínica y no sobrepasar 60 mg en veinticuatro horas. • Diazepam (10 mg/ampolla) 10 miligramos por vía intravenosa (a una velocidad de dos miligramos por minuto) cada treinta minutos; sin							

sobrepasar 60 mg en veinticuatro horas. Se debe evaluar la administración de cada dosis.							
Tratamiento de la dependencia al alcohol y cocaína.				X	X	X	X
Antipsicóticos: haloperidol, clorpromazina, olanzapina, risperidona, y quetiapina. • Antidepresivos: tricíclicos, inhibidores selectivos de serotonina • Moduladores del afecto: carbamazepina, ácido valproico, carbonato de litio. • Benzodiacepinas: diazepam, bromazepam, clonazepam. • Las dosis se deben evaluar en cada caso según el cuadro clínico que presente el paciente.							
Abordaje psicosocial							
Consejerías	X	X	X	X	X	X	X
Psicoeducación	X	X	X	X	X	X	X
Facilitación en el abordaje de estresores psicosociales.	X	X	X	X	X		
Terapia recreativa	X	X	X	X	X	X	X
Grupos de apoyo	X	X	X	X	X	X	X
Programas de auto ayuda	X	X	X				
Terapias psicológica: Psicoterapia cognitivo - conductual, Entrevista motivacional Terapia de abordaje individual y grupal Terapia de pareja y de familia, Psicoterapia Gestalt Programa de centro de día			X	X	X	X	X
Abordaje social y comunitario: red de centros de tratamiento y rehabilitación, reinserción integral socio-laboral, preparación para incorporación familiar y social.	X	X	X				
Criterios de referencia al segundo y tercer nivel de atención							
- Detección precoz de casos	X	X	X				
- Apoyo diagnóstico			X	X	X		
- Tratamiento farmacológico.			X	X	X	X	X
- Complicaciones médicas y psiquiátricas				X	X	X	X
- Comorbilidad psiquiátrica.						X	X
- Casos resistentes a tratamientos establecidos.						X	X
- Terapias psicológicas			X	X	X	X	X
- Psicoeducación	X	X	X	X	X	X	X
- Grupos de apoyo	X	X	X	X	X	X	X
- Programas de autoayuda	X	X	X	X	X	X	X
- Seguimiento comunitario	X	X	X				
Complicaciones							
- Psiquiátricas: psicosis, trastornos afectivos, demencia, trastornos de ansiedad, trastornos del sueño, trastornos de la sexualidad, suicidio, entre otras.					X	X	X
- Médicas: Neumonía aspirativa, desequilibrio hidroelectrolítico, síndrome convulsivo, pancreatitis alcohólica, cardiopatía isquémica, hepatopatía, gastritis, cirrosis, perforación de tabique nasal, hipertensión, insuficiencia renal, desnutrición, delirium, infecciones de transmisión sexual, traumatismos.				X	X	X	X
- Sociales: Disfunción familiar y laboral, problemas legales, desempleo, deserción escolar, embarazos en adolescentes entre otros.	X	X	X	X	X	X	X
Criterios de seguimiento	B	I	E	HG	UHSM	HNBB	HNP
- Intoxicaciones y abstinencias leves por alcohol o cocaína.	X	X	X				
- Escalas CAGE para detectar la existencia de consumo, abuso o dependencia de drogas.	X	X	X	X	X	X	X
- Seguimiento por el equipo comunitario de salud, si se trata de la primera consulta.	X	X	X				
- Intoxicación moderada y graves por alcohol y cocaína, síndrome de abstinencia moderada y grave por alcohol y cocaína, delirium por alcohol.				X	X	X	X
- Complicaciones médicas y psiquiátricas.					X	X	X
Medidas preventivas y de educación en salud							
- Las acciones de prevención se realizan basadas en los factores causales y en los factores protectores, estimulando al desarrollo de habilidades para la vida y la implementación de programas	X	X	X	X	X	X	X

<p>comunitarios, que permitan a la misma comunidad apropiarse de un estilo de vida saludable.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se debe evaluar la presencia tanto de factores de riesgo como factores de protección a nivel individual, familiar, escolar, comunitario y social, con el objeto de incidir en la modificación de los mismos. - Prevención: La promoción y desarrollo de ambientes sanos (la familia, la escuela, el barrio, colonia, el trabajo, en las organizaciones diversas, en la sociedad) es uno de los pilares de la prevención del consumo de drogas. 							
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--	--	--	--	--	--

FLUJOGRAMA



8 Psicosis

8.1 Generalidades.

El término “psicosis” se emplea para referirse a aquellos trastornos de la mente caracterizados por una pérdida de contacto con la realidad. Cuando una persona sufre este tipo de trastorno se dice que ha tenido un “episodio psicótico”.

8.2 Definición.

La psicosis es un síndrome en el cual los pensamientos, la respuesta afectiva, la capacidad para comunicarse y relacionarse con los demás, están lo suficientemente deteriorados como para interferir notablemente con la evaluación adecuada de la realidad circundante; por lo tanto quienes la padecen comienzan a sentir, pensar y hablar de forma diferente a como lo hacían antes. Lo que caracteriza al síndrome psicótico es la ruptura con la realidad.

8.3 Epidemiología.

La psicosis afecta principalmente a los jóvenes adultos y es bastante común. Cerca de 3 de cada 100 jóvenes sufrirán un episodio psicótico, lo cual significa que entre este sector de la población la psicosis es más común que la diabetes. La mayor parte de los afectados consigue una plena recuperación del trastorno. La psicosis puede afectar a cualquiera, y como toda enfermedad, es susceptible de tratamiento.

8.4 Etiología.

Puede resultar útil clasificar la psicosis en dos categorías de acuerdo a su etiología:

- a) **Psicosis orgánicas o secundarias:** reconocen su origen en una anomalía cerebral que puede ser explicada desde el punto de vista estructural y/o metabólico. Es decir, existen elementos objetivos y evidentes de un daño en el tejido cerebral o hay evidencias de alguna enfermedad que pueda explicar los síntomas.
- b) **Psicosis funcionales o primarias:** se originan de disfunciones neuroquímicas de manera que en su extremo final las lesiones estructurales y/ metabólicas. Hay evidencias de que los factores genéticos cumplen un papel importante en la etiología de estas psicosis. Las psicosis funcionales mejor estudiadas desde el punto de vista biomédico son las esquizofrenias y los trastornos bipolares.

Factores detonantes o desencadenantes: son los factores que precipitan la aparición de la psicosis en una persona con predisposición genética, los cuales comprenden factores de riesgo psicosocial como el consumo de sustancias psicoactivas, o cualquier estrés importante en la vida de una persona, como perder el empleo, dificultades económicas, problemas de relaciones interpersonal, duelo, violencia entre otros.

8.5 Clasificación.

Psicosis aguda

F23.0 Trastorno psicótico agudo polimorfo sin síntomas de esquizofrenia.

F23.1 Trastorno psicótico agudo polimorfo con síntomas de esquizofrenia.

F23.2 Trastorno psicótico agudo de tipo esquizofrénico.

Psicosis crónica

F 20 Esquizofrenia

F 21 Trastorno esquizotípico

F 22 Trastorno de ideas delirantes persistentes.

Tabla 13. Guía para la intervención de psicosis.

Psicosis Intervenciones	Nivel de atención						
	Primer nivel UCSF			Segundo nivel		Tercer nivel (Atención especializada)	
Anamnesis	B	I	E	HG	UHSM	HNBB	HNP
Atienda al usuario/a con calidad y calidez.	X	X	X	X	X	X	X
Busque los siguientes síntomas:							
La psicosis está caracterizada por distorsiones del pensamiento y de la percepción, así como también por un conjunto de emociones inapropiadas o limitadas. Puede presentar lenguaje incoherente o ilógico. También se pueden presentar alucinaciones (escuchar voces o ver cosas que no existen), estado delirante (creencias fijas, falsas e idiosincrásicas) o recelo excesivo e injustificado. Se pueden observar anomalías graves de conducta, tales como conducta desorganizada, agitación, excitación e inactividad o actividad excesiva. También se pueden detectar alteraciones de las emociones, tales como apatía pronunciada o incoherencia entre la emoción expresada y el afecto observado (por ejemplo, entre las expresiones faciales y el lenguaje corporal).	X	X	X	X	X	X	X
Exploración física							
Descartar condiciones físicas y de consumo de sustancias que pueden causar signos y síntomas similares a la psicosis.	X	X	X	X	X	X	X
Exploración mental							
- Alteraciones de la conducta (irritabilidad, agresividad, comportamiento desorganizado). - Afecto: apatía, embotamiento, incoherencia entre la emoción expresada y el afecto observado. - Pensamiento: ilógico, con alteraciones en el curso, ideas delirantes. - Sensopercepción: pseudoalucinaciones y alucinaciones.	X	X	X	X	X	X	X
Diagnóstico							
Criterios diagnósticos							
Trastornos psicóticos agudos y transitorios.							
Grupo heterogéneo de trastornos caracterizados por el inicio agudo de síntomas psicóticos tales como ideas delirantes, alucinaciones y alteraciones en la percepción, y por la grave perturbación del comportamiento ordinario. El inicio agudo se define como un desarrollo "in crescendo" de un cuadro clínico claramente anormal en unas dos semanas o menos. Para estos trastornos no hay pruebas de causa orgánica. A menudo hay perplejidad y desconcierto, pero la desorientación en tiempo, lugar y persona no son lo suficientemente persistentes o graves para justificar un diagnóstico de delirium de causa orgánica. Habitualmente se produce una recuperación completa en pocos meses, a menudo en pocas semanas e incluso días. Si el trastorno persiste hay que cambiar el diagnóstico.	X	X	X	X	X	X	X
Psicosis crónicas							
Esquizofrenia							
Criterios generales para la esquizofrenia tipo paranoide, hebefrénica, catatónica e indiferenciada.	X	X	X	X	X	X	X
G1. Al menos uno de los síndromes, síntomas o signos incluidos en el apartado 1, o al menos dos de los síntomas y signos incluidos en 2 deben estar presentes la mayor parte del tiempo durante un episodio de enfermedad psicótica de por lo menos un mes de duración (o durante algún tiempo la mayor parte de los días). 1. Por lo menos uno de los siguientes: a) Eco, inserción, robo o difusión del pensamiento. b) Ideas delirantes de ser controlado, de influencia o de pasividad, referidas claramente al cuerpo, a los movimientos de los miembros o a pensamientos, acciones o sensaciones específicas y percepciones delirantes. c) Voces alucinatorias que comentan la propia actividad o que discuten entre sí acerca del enfermo, u otro tipo de voces alucinatorias procedentes de alguna parte del cuerpo. d) Ideas delirantes persistentes de otro tipo que no son propias de la cultura del individuo y que son completamente imposibles. 2. Al menos dos de los siguientes: a) Alucinaciones persistentes de cualquier modalidad, cuando se presentan a diario durante al menos un mes, cuando se							

acompañan de ideas delirantes (que pueden ser fugaces o poco estructuradas) sin un contenido afectivo claro, o cuando se acompañan de ideas sobrevaloradas persistentes.							
b) Neologismos, interceptación o bloqueo del curso del pensamiento, que dan lugar a un discurso incoherente o irrelevante.							
c) Conducta catatónica, tal como excitación, posturas características o flexibilidad cética, negativismo, mutismo y estupor.							
d) Síntomas "negativos", tales como marcada apatía, pobreza del discurso y embotamiento o incongruencia de las respuestas emocionales.							
Trastorno esquizotípico							
1. El sujeto debe haber manifestado, de forma continua o reiterada, durante un período de la menos dos años, al menos cuatro de las siguientes características:	X	X	X	X	X	X	X
a) Afectividad inapropiada o constreñida, con un aspecto frío y distante.							
b) Comportamiento o apariencia extraños, excéntricos o peculiares.							
c) Contacto personal empobrecido y tendencia al retraimiento social.							
d) Creencias extrañas o pensamiento mágico, que influyen en el comportamiento y son inconsistentes con las normas subculturales.							
e) Susplicia o ideas paranoides.							
f) Rumiaciones sin resistencia interna, a menudo con contenidos dismofóbicos, sexuales o agresivos.							
g) Experiencias perceptivas inusuales, incluyendo ilusiones somatosensoriales (corporales) u otras, despersonalización o desrealización.							
h) Pensamiento vago, circunstancial, metafórico, muy elaborado y a menudo estereotipado, que se manifiesta por un discurso extraño o de otras formas, sin llegar a la incoherencia burda.							
i) Episodios casi psicóticos ocasionales y transitorios con ilusiones intensas, alucinaciones auditivas o de otro tipo e ideas deliroides, que habitualmente se producen sin provocación externa.							
2. El sujeto nunca debe haber cumplido criterios de algún trastorno en F20 (esquizofrenia).							
Trastorno de ideas delirantes persistentes							
Trastorno caracterizado por el desarrollo de una idea delirante o una serie de ideas delirantes relacionadas entre sí, que habitualmente son persistentes y a veces persisten toda la vida. El contenido de la idea o ideas delirantes es muy variable.	X	X	X	X	X	X	X
La presencia de alucinaciones auditivas claras y persistentes (voces), de síntomas esquizofrénicos, tales como ideas de control y un afecto marcadamente embotado, o de pruebas definidas de enfermedad cerebral, son todos incompatibles con este diagnóstico.							
a) Presencia de una idea delirante o una serie de ideas delirantes relacionadas entre sí, diferentes a las enumeradas como típicas de la esquizofrenia, es decir que no son completamente imposibles o culturalmente inapropiadas (persecución, grandiosidad, hipocondríacas, de celos o eróticas).							
b) Las ideas delirantes del criterio A, deben estar presentes durante al menos tres meses.							
c) No se cumplen los criterios generales de esquizofrenia.							
d) No debe haber alucinaciones persistentes de ningún tipo (pero puede haber alucinaciones auditivas ocasionales y transitorias que no sean en tercera persona o comenten la propia actividad).							
e) Puede haber síntomas depresivos de forma intermitente, siempre que las ideas delirantes persistan durante los periodos que no hay alteraciones del ánimo.							
f) No debe haber pruebas de ningún trastorno mental orgánico primario o secundario, ni de un trastorno psicótico debido al consumo de sustancias psicoactivas.							
Pruebas de laboratorio (para descartar otras condiciones físicas)	B	I	E	HG	UHSM	HNBB	HNP
- Hemograma				X	X	X	X
- Glicemia							
- Pruebas tiroideas							
- Electrolitos							

- Pruebas hepáticas - Pruebas renales - Exámenes toxicológicos							
Pruebas de gabinete							
- Electrocardiograma - Radiografía de Tórax - Electroencefalograma - TAC cerebral			X	X	X	X	X
Pruebas psicométricas							
- Test de personalidad Mini-Mult 82 - Test de Millon - Test de Bender. - Escala PANSS (síntomatología negativa y positiva de esquizofrenia)			X	X	X	X	X
Diagnóstico diferencial							
Trastorno afectivo de tipo depresivo o maniaco, trastornos esquizo-afectivos, trastornos delirantes, trastornos mentales orgánicos asociados a disfunción cerebral, trastornos mentales y de comportamiento asociados a consumo de sustancias psicoactivas.	X	X	X	X	X	X	X
Tratamiento							
El plan de tratamiento debe ser individualizado e interdisciplinario y debe incluir los siguientes aspectos fundamentales:							
Farmacológico							
Fase aguda. Prescribir un medicamento antipsicótico a la vez, comenzar con dosis bajas y aumentarlas lentamente con el fin de reducir la aparición de los efectos secundarios (síntomas extrapiramidales, sedación, hipotensión ortostática, síndrome neuroléptico maligno), hasta llegar a la dosis terapéutica más baja. Se recomienda usar los siguientes fármacos orales: - Haloperidol 5-20 mg/día repartido en dos o tres dosis. - Clorpromazina 300-800 mg/día repartido en dos o tres dosis. - Olanzapina 10-20mg/día en una o dos dosis. - Risperidona 2-8 mg/día en dos dosis ¹⁴ Procurar suministrar el medicamento a una dosis óptima por lo menos durante 4 semanas antes de considerarla inefectiva. Considere el tratamiento intramuscular agudo solamente si el tratamiento oral no es posible. Debe evaluar estado de conciencia y signos vitales previamente, si estos se encuentran en parámetros normales, administrar: - Haloperidol 5 a 10 mg IM - Clorpromazina 50 a 100 mg IM			X	X	X	X	X
Fase de estabilidad y mantenimiento: La esquizofrenia, el trastorno esquizotípico y el trastorno por ideas delirantes persistentes suele ser enfermedades crónicas y requiere tratamiento prolongado con medicación antipsicótica para disminuir el riesgo de recaídas. Si un paciente ha permanecido estable durante cerca de 1 año, entonces se puede reducir gradualmente la dosis de la medicación hasta la dosis mínima eficaz a razón de un 20% cada mes. Las estrategias para reducir la dosis se deben individualizar según la intensidad de los episodios anteriores, la estabilidad de los síntomas y la tolerabilidad de la medicación ¹⁵ Para usuarios con poca adherencia al tratamiento oral puede ser recomendable el uso de antipsicóticos de depósito o de larga acción, los cuales se administran por vía intramuscular, una dosis cada dos a cuatro semanas. Puede utilizarse: - Decanoato de flufenazina 25-50 mg IM cada dos semanas o mensual. Para el caso de la esquizofrenia refractaria a los antipsicóticos, la alternativa terapéutica es el uso de clozapina 100-600 mg/día. Esta debe ser prescrita por especialista por el riesgo de aparición de sus efectos secundarios entre ellos la agranulocitosis por lo que se recomienda			X	X	X	X	X

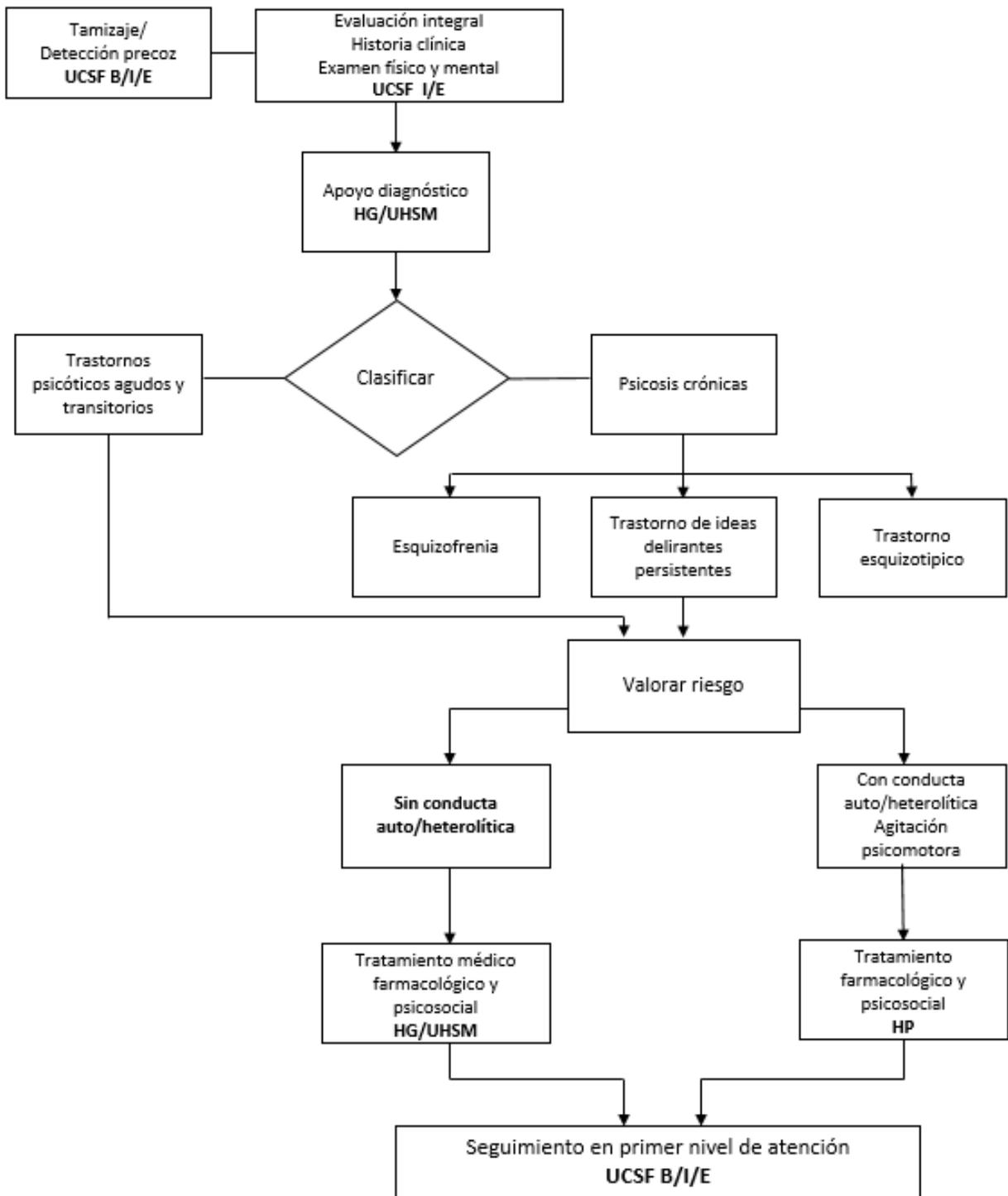
¹⁴ OMS, Guía de intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias en el nivel de atención de la salud no especializada. Ginebra, Suiza. 2010

¹⁵ Kaplan & Sadock. "Manual de bolsillo de psiquiatría clínica" 4ª Edición. 2008 Wolters Kluwer Health España, S. A., Lippincott Williams & Wilkins.

- Apoyo diagnóstico			X	X	X		
- Tratamiento farmacológico.		X	X	X	X	X	X
- Resistencia a tratamiento farmacológico (6-8 semanas sin mejoría)					X	X	X
- Comorbilidad psiquiátrica.						X	X
- Casos resistentes a tratamientos establecidos.						X	X
- Psicoterapias de apoyo			X	X	X	X	X
- Psicoeducación	X	X	X	X	X	X	X
- Terapia familiar	X	X	X	X	X	X	X
- Grupos de apoyo	X	X	X	X	X	X	X
- Rehabilitación y reinserción.	X	X	X				
- Seguimiento comunitario	X	X	X				
Criterios de seguimiento							
Las personas con psicosis requieren de constante seguimiento. El seguimiento inicial debe ser lo más frecuente posible, incluso diariamente, hasta que los síntomas agudos comiencen a responder al tratamiento. Una vez que los síntomas hayan respondido, se recomienda un seguimiento bimensual o trimestral basado en la necesidad clínica y los factores de viabilidad, tales como la disponibilidad de personal, de consulta, la distancia desde la clínica, etc. En cada sesión de seguimiento, evalúe los síntomas, efectos secundarios de los medicamentos y la adherencia al tratamiento. Es frecuente la falta de adherencia al tratamiento y la participación de los cuidadores durante dichos periodos es fundamental.	X	X	X	X	X	X	X
Debido a que se trata de una condición crónica, la persona con psicosis debe brindarse seguimiento. Para efectos de orientar al personal clínico se propone el siguiente plan de seguimiento a cinco años mediante un plan individualizado que contemple, entre otras, las siguientes opciones terapéuticas:							
<ul style="list-style-type: none"> • Cumplimiento de tratamiento farmacológico: para tal efecto la persona con psicosis debe ser evaluada por psiquiatra al menos cuatro veces al año, con el objetivo de verificar el control de los síntomas, adherencia al tratamiento, aparición de efectos adversos e identificar signos tempranos de crisis para prevenir recaídas. Recomendaciones: <ul style="list-style-type: none"> - Las personas que experimentan una mejoría de los síntomas agudos con la medicación antipsicótica deberían continuar recibiendo al menos el año siguiente a la estabilización para prevenir recaídas. - La dosis de mantenimiento de la medicación antipsicótica debe seguir la estrategia de la dosis menor efectiva. - La terapia antipsicótica de liberación prolongada (decanoato de flufenazina) de mantenimiento debería ser considerada para personas que tienen dificultad en el cumplimiento de la medicación oral. - Además, se debe considerar que las personas con psicosis pueden experimentar, de forma clínicamente significativa y persistente, síntomas de ansiedad, depresión y hostilidad, deberían recibir farmacoterapia coadyuvante específica para estos síntomas, si no hay contraindicaciones. 					X	X	X
<ul style="list-style-type: none"> • Hospitalización parcial (en situación de crisis): En caso de presentar crisis agudas se deberá considerar el ingreso hospitalario en un Hospital General con psiquiatra el tiempo necesario para la resolución de la crisis y posterior reformulación de plan individualizado de manejo. 					X	X	X
<ul style="list-style-type: none"> • Terapias individuales y grupales: Que empleen combinaciones bien establecidas de apoyo, educación y metodologías de entrenamiento de habilidades conductuales y cognitivas, para mejorar el funcionamiento personal y social, facilitar el entendimiento (insight), modificación del comportamiento con técnicas psicológicas y favorecer la adherencia a los tratamientos. 			X	X	X	X	X
<ul style="list-style-type: none"> • Participación en terapia ocupacional y/o rehabilitación vocacional Para habilitar al paciente en las competencias básicas para el afrontamiento del estrés desde las áreas ocupacionales acordes a la realidad propia de la persona, fortaleciendo y manteniendo las capacidades y habilidades sociales previamente adquiridas, adquiriendo 			X	X	X	X	X

nuevas y facilitar así el proceso de adaptación y reinserción de la persona con psicosis a la comunidad y vida laboral.							
<ul style="list-style-type: none"> Intervención familiar: A los usuarios que tienen un contacto continuo con sus familiares se les debe ofrecer una intervención psicosocial familiar que proporcione una combinación de educación acerca de la enfermedad, apoyo familiar, y entrenamiento en habilidades de comunicación y de resolución de problemas. Incorporar a estrategia De Familia a Familia. 	X	X	X	X	X		
<ul style="list-style-type: none"> Evaluación y seguimiento del plan individualizado: Utilizar la escala HoNos para evaluación. Se recomienda su aplicación cada año. 					X	X	X
<ul style="list-style-type: none"> Alta: Se deberá considerar el alta por equipo multidisciplinario de las UHSM y HNP al mantener la persona una remisión total de los síntomas por 5 años y alcanzar reincorporación familiar, laboral y social 					X	X	X
Medidas preventivas y de educación en salud							
<p>La psicoeducación a usuarios y familiares debe ir orientada a la reducción de factores de riesgo de recaídas.</p> <p>La identificación e intervención tempranas pueden mejorar la calidad de vida de los pacientes con psicosis crónicas.</p> <p>El tratamiento suele tener más éxito cuando los síntomas del primer episodio psicótico se tratan correcta y oportunamente.</p> <p>La continuidad del tratamiento es crucial en aquellos pacientes a quienes se les ha recetado medicamentos para la psicosis crónica.</p>	X	X	X	X	X	X	X

FLUJOGRAMA



9 Síndrome suicida

9.1 Generalidades

El suicidio es un problema de salud pública. Al año mueren alrededor de un millón de personas por suicidio. Esto significa que cada 40 segundos una persona se suicida. Así también, por cada suicidio consumado, hay otros 20 que intentaron suicidarse.

9.2 Definición

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define el intento de suicidio como “un acto no habitual, con resultado no letal, deliberadamente iniciado y realizado por el sujeto, para causarse auto-lesión o terminar con su vida sin la intervención de otros, o por ingesta de medicamentos en dosis superior a la reconocida como terapéutica”.

El personal de salud debe considerar la presencia de los criterios operativos de la conducta suicida, los cuales son: un acto con finalidad letal, deliberadamente iniciado y realizado por el sujeto, el sujeto sabe o espera el resultado letal, busca la muerte como instrumento para obtener cambios deseables en la actividad consciente y/o en el medio social.

Más del 90% se da en personas que presentan trastornos psiquiátricos y otro porcentaje de personas pueden realizarlo por causas reactivas.

9.3 Epidemiología.

En el año 2012, la tasa promedio mundial de suicidio fue de 11.4 por 100,000 habitantes (15.0 para hombres y 8.0 para mujeres). En El Salvador para el año 2012 la tasa es de 13.6 por 100,000 habitantes (23.5 para hombres y 5.7 para mujeres), siendo la segunda causa de muerte en la población de 10 a 19 años y es la cuarta causa en la población de 20 a 49 años¹⁷.

9.4 Etiología:

Entre las causas de la conducta suicida se encuentran:

Trastornos psiquiátricos:

- Trastornos del estado anímico: depresión, principalmente la depresión psicótica y el trastorno bipolar, responsables del 50% de los casos de suicidio.
- Trastornos de ansiedad responsables del 20% de los casos de intento de suicidio.
- Abuso de sustancias psicoactivas, asociado al 25% de los casos de suicidio consumado.
- Esquizofrenia y otras psicosis, responsables del 15% de casos de suicidio.
- Trastornos de la personalidad: personalidad limítrofe, antisocial, histriónica, anancástica, entre otras.
- Síndromes mentales orgánicos: demencia y la enfermedad de Párkinson entre otros.
- Antecedentes de intentos y amenazas suicidas.

Factores epidemiológicos:

- Edad: Los adolescentes y los ancianos son grupos de alto riesgo.

¹⁷ OMS. “Tercer Informe, Prevención del Suicidio, un imperativo global”. Ginebra, Suiza. 2014

- Sexo: Los hombres consuman en mayor medida el suicidio en una relación de 2.5-3:1 en relación a las mujeres, no obstante las mujeres realizan más intentos de suicidio que los hombres.
- Estado civil: solteros, viudos, separados y divorciados.

Factores sociales:

- Estresores psicosociales desencadenantes: vivir solo, pérdida o fracaso de una relación amorosa en el último año, lugar de residencia (En el medio urbano es mayor la incidencia). Pérdida del rol o status social, desempleo, problemas laborales, sociales o familiares graves, ateos, violencia en todas sus formas.

Enfermedad médica:

- En el 50% de los intentos se presenta enfermedad física, dolor crónico, enfermedad terminal (cáncer y Sida, entre otras) y diagnóstico reciente de lesiones invalidantes o deformantes. Antecedentes de aborto, mortinato, bajo peso al nacer.

Factores psicológicos:

- Sentimientos de desesperanza, desesperación, soledad y culpa.

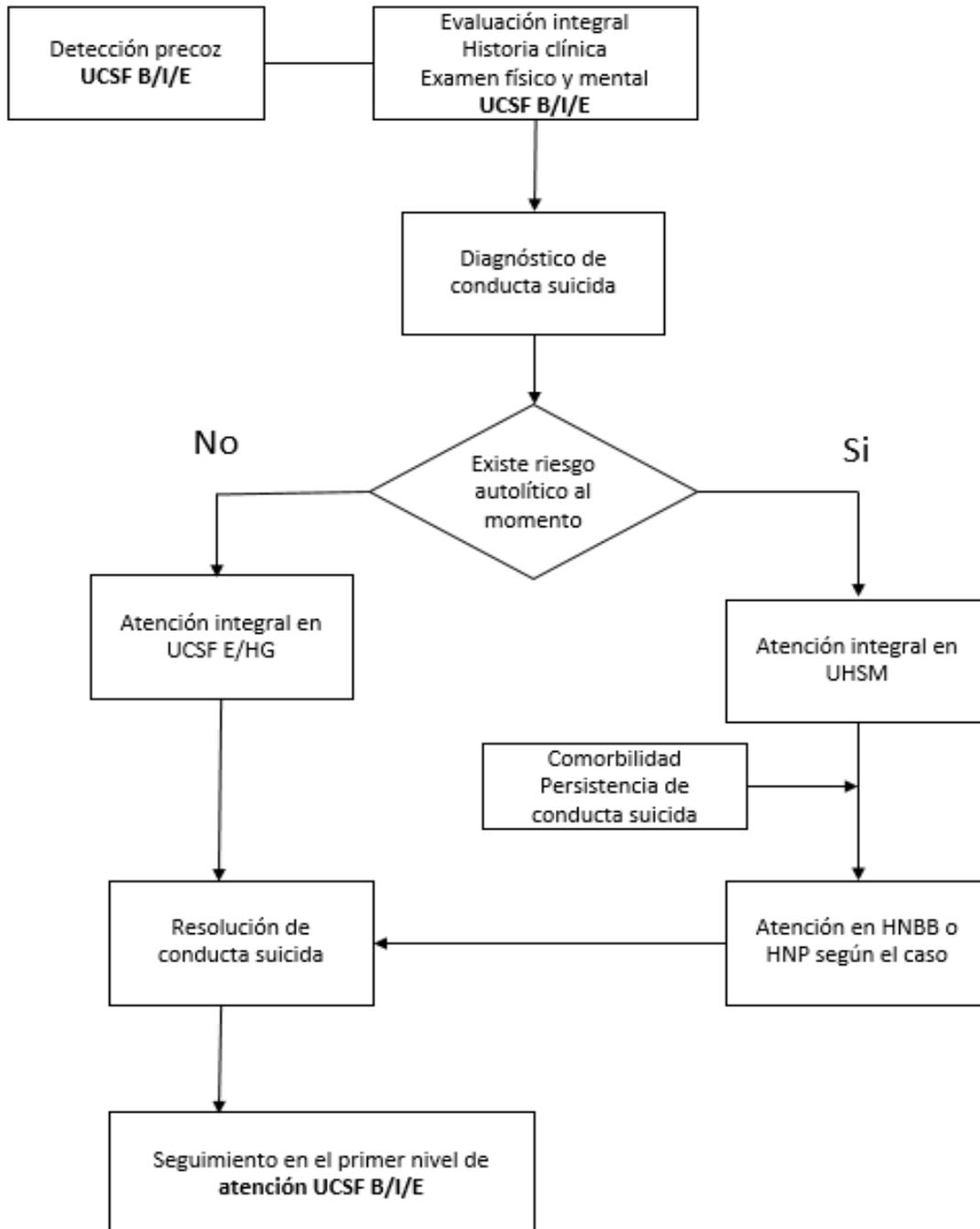
Tabla 13. Guía para la intervención de la conducta suicida.

Intervenciones	Nivel de atención						
	Primer nivel UCSF			Segundo nivel		Tercer nivel (Atención especializada)	
Anamnesis	B	I	E	HG	UHSM	HNBB	HNP
Atienda al usuario/a con calidad y calidez.	X	X	X	X	X	X	X
Síntomas							
<p>En la evaluación del usuario/a deberá buscar la siguiente sintomatología:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ideas de Muerte: pensamientos cuyo centro es la idea de no existir o morir, sin la intención de realizarse un daño propio, por ejemplo "dormirse y nunca despertar, que suceda un accidente y muera". - El deseo de morir: representa la inconformidad e insatisfacción de la persona con su modo de vivir en el momento presente. - La representación suicida: constituida por imágenes mentales del suicidio de la propia persona. - Ideas suicidas: consisten en pensamientos de terminar con la propia existencia y que pueden adoptar las siguientes formas de presentación: Idea suicida sin un método específico, con un método inespecífico o indeterminado, con un método específico, plan o idea suicida planificada. - La amenaza suicida: consiste en la insinuación o afirmación verbal de las intenciones suicidas. - El gesto suicida: es el ademán de realizar un acto suicida. Mientras la amenaza es verbal, el gesto suicida incluye el acto, que por lo general no conlleva lesiones de relevancia para el sujeto pero que se debe considerar muy seriamente. - Conducta parasuicida: comprende conductas variadas que incluyen desde gestos e intentos manipuladores hasta intentos fallidos de terminar con la propia vida. Se hace referencia a actos deliberados que no tienen un final fatal pero que provocan daños en el propio sujeto que las ejecuta; como por ejemplo: conducir a alta velocidad, bajo estado de ebriedad, fugarse a altas horas de la noche, exponerse a situaciones peligrosas. (Conductas según el contexto y situación individual). - Autolesiones: es una conducta autoinflingida de manera intencional que daña la superficie de su cuerpo, del tipo que puede inducir sangrado o moretones o dolor (por ejemplo, cortarse, quemarse, golpearse, frotarse excesivamente). <p>-Preguntar por las ideas suicidas, en particular los planes para hacerse daño. -No dudar en preguntar al usuario si "desea morir". El enfoque directo es el más eficaz. -No ofrecer tranquilización falsa.</p>							

-Indagar siempre sobre las tentativas anteriores de suicidio, que podrían relacionarse con tentativas futuras. -Preguntar siempre por el acceso a métodos de suicidio, entre ellas, armas de fuego y corto punzantes, pesticidas, sogas, salidas al techo. -No dar alta, sino se tiene la certeza de que no se hará daño. -Evaluar el apoyo familiar.							
Identificación de factores de riesgo en poblaciones especiales							
- Aplicación de los lineamientos técnicos para la prevención, identificación temprana y abordaje de la conducta suicida en adolescentes, jóvenes y mujeres embarazadas.	X	X	X	X	X		
Exploración física y mental							
- Realizar exploración física a fin de identificar signos de autolesión, tales como laceraciones o heridas con arma blanca, signos de asfixia o lesiones de cuello, signos y síntomas de intoxicación con sustancias.	X	X	X	X	X	X	X
Diagnóstico							
Criterios diagnósticos							
- El diagnóstico se basa en la interpretación clínica de la sintomatología	X	X	X	X	X	X	X
Pruebas psicométricas							
- Escala de ideación suicida y pruebas psicológicas de acuerdo a la patología de base.			X	X	X	X	X
Diagnóstico diferencial							
Se debe clasificar la conducta suicida e identificar la causa médica o psiquiátrica que la origina.					X	X	X
Tratamiento							
Iniciar el tratamiento médico de emergencia, brindar intervención en crisis, luego realizar una evaluación integral del paciente para determinar la causa que desencadenó la conducta suicida e instaurar tratamiento específico.							
Estrategia de abordaje							
- Trate a las personas que tienen problemas de autolesión con la misma atención, respeto y privacidad que se ofrecen a otras personas. - No dejar nunca sola a la persona con conducta suicida. - Eliminar cualquier objeto potencialmente peligroso del área de evaluación. - Examinar si la tentativa estaba prevista o era impulsiva. - Conocer si los factores que provocaron la conducta suicida siguen presentes. - Considere la intervención en crisis y/o la terapia de solución de problemas para tratar a las personas que han cometido actos de autolesión según sea el caso. - Incluya a los cuidadores si la persona desea contar con su apoyo durante la evaluación y el tratamiento, aunque la evaluación Psicológica generalmente debe incluir una entrevista individual entre la persona y el profesional de la salud para ayudar a explorar inquietudes o asuntos privados. - Ofrezca apoyo emocional a los familiares / cuidadores, si lo necesitan. - Garantice la continuidad de la atención. - Si para atender las consecuencias médicas de un acto de autolesión es necesario la internación en un hospital general (no psiquiátrico), monitoree estrechamente a la persona para prevenir actos de autolesión durante su estancia en el hospital.	X	X	X	X	X	X	X
Tratamiento farmacológico:							
- Se indicará tratamiento farmacológico para el abordaje de alguna condición patológica relacionada con el origen de la conducta suicida, ejemplo: uso de antidepresivos para el tratamiento de la depresión, antipsicóticos para el tratamiento de la psicosis.							
Abordaje psicosocial	B	I	E	HG	UHSM	HNBB	HNP
Incorpore a la familia, los amigos y las personas interesadas y a otros recursos disponibles para asegurar que la persona esté siendo estrechamente monitoreada mientras persiste el riesgo.	X	X	X	X	X	X	X
Aconseje a la persona y a los cuidadores a restringir el acceso a los métodos usados para autoagredirse (por ejemplo, pesticidas y otras sustancias tóxicas, medicamentos, armas de fuego), mientras la persona	X	X	X	X	X	X	X

tenga pensamientos, planes o actos de autolesión.							
Mejore y coordine el apoyo social con los recursos comunitarios disponibles	X	X	X	X	X	X	X
Informe a los cuidadores y a otros miembros de la familia que preguntarle a una persona directamente acerca del suicidio a menudo reduce la ansiedad que rodea el sentimiento; la persona se puede sentir aliviada y mejor comprendida	X	X	X	X	X	X	X
Los cuidadores de las personas que están en riesgo de autolesión con frecuencia tienen mucho estrés. Ofrezca apoyo emocional a los familiares / cuidadores, si lo necesitan.	X	X	X	X	X	X	X
Orientar a la familia a fin de que eviten las críticas severas y la hostilidad hacia la persona que está en riesgo de autolesión	X	X	X	X	X	X	X
Criterios de referencia a segundo y tercer nivel de atención							
- Detección de factores de riesgo de conducta suicida	X	X	X	X	X	X	X
- Evaluación especializada			X		X	X	X
- Apoyo diagnóstico			X		X	X	X
- Tratamiento médico de emergencia (lesiones, intoxicaciones)				X	X	X	X
- Tratamiento de condiciones psiquiátricas que motivaron la conducta suicida.					X	X	X
- Comorbilidad psiquiátrica						X	X
- Apoyo psicosocial	X	X	X	X	X	X	X
- Psicoeducación	X	X	X	X	X	X	X
- Seguimiento comunitario	X	X	X				
Criterios de seguimiento							
Los establecimientos del primer nivel de atención deberán verificar el cumplimiento del tratamiento indicado así como apoyar en la identificación y el abordaje de los factores de riesgo de la conducta suicida.	X	X	X	X	X	X	X
- El personal de salud inicialmente mantendrá contacto (a través del teléfono o visitas al domicilio) con más frecuencia (por ejemplo, quincenalmente durante los primeros dos meses) y con menos frecuencia a medida que la persona mejora (de allí en adelante, una vez en cuatro semanas). Si es necesario, considere mantener contacto más intenso o prolongado. Se deberá ofrecer seguimiento mientras persista el riesgo de suicidio. En cada contacto, evaluar rutinariamente los pensamientos y planes suicidas. Si el riesgo es inminente, refiera para evaluación y manejo por especialista.							
- El seguimiento y control en el primer nivel debe ser complementario entre el Ecos familiar y especializado, según dispensarización							
Medidas preventivas y de educación en salud							
- Manejo y abordaje de los factores de riesgo psicosocial	X	X	X	X	X	X	X
- Tratamiento oportuno de las condiciones físicas, crónicas y de dolor							
- Tratamiento de las condiciones psiquiátricas tales como depresión, trastorno bipolar, psicosis, consumo de sustancias psicoactivas, trastornos de personalidad y ansiedad.							
- Involucrar activamente a la comunidad para encontrar formas localmente factibles de implementar las intervenciones a nivel de la población con el fin de reducir el acceso a los métodos de suicidio.							
- Establecer la colaboración entre el sector salud y otros sectores relevantes. Psicoeducación: hablar y aclarar sobre los mitos más comunes que se dan en relación a la conducta suicida; manejo de estrés entre otros.							

FLUJOGRAMA



10. Demencias

10.1 Generalidades

La demencia es un síndrome provocado por una enfermedad del cerebro, generalmente de naturaleza crónica y progresiva. Las condiciones que causan la demencia producen cambios en la capacidad mental, la personalidad y la conducta de la persona. Las personas con demencia experimentan con frecuencia problemas relacionados con la memoria y las habilidades necesarias para llevar a cabo las actividades diarias. La demencia no es parte del envejecimiento normal. Aunque puede presentarse a cualquier edad, es más común en los adultos mayores.

10.2 Definición

La demencia es un síndrome multifactorial, fruto de un deterioro cerebral acelerado que se puede presentar a cualquier edad, aunque es más común en el adulto mayor. Destaca por la alteración grave de la memoria, el juicio y la orientación, a pesar del nivel normal de alerta y vigilia.

10.3 Epidemiología

Según diferentes estimaciones, entre 2% y 10% de todos los casos de demencia comienzan antes de los 65 años. La prevalencia se duplica con cada intervalo de 5 años después de los 65 años de edad. En 2011, se calculó que, a nivel mundial, 35.600 millones de personas vivían con demencia y diversos estudios epidemiológicos indican que se espera que este número aumente de manera alarmante. Se estima que la cifra casi se duplicará cada 20 años, 65.7 millones en 2030 y 115.4 millones en 2050.¹⁸

10.4 Etiología

La causa más frecuente es la enfermedad de Alzheimer (50-60% de los casos), seguida de las enfermedades vasculares (las formas mixtas son también comunes). Otras causas habituales son los traumatismos craneales, tumores, el alcohol, los trastornos motores, las enfermedades de Huntington y de Parkinson y la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH).

10.5 Clasificación

La clasificación etiológica de las demencias las divide en tres grandes grupos a saber:

Demencias degenerativas primaria: enfermedad de Alzheimer, demencias fronto-temporales, por cuerpos de Lewy, asociada a enfermedad de Parkinson y enfermedad de Huntington, parálisis supranuclear progresiva y atrofia cerebelosa.

Demencias vasculares: Demencia multiinfarto, demencia lacunar, enfermedad de Biswanger, vasculitis infecciosas, inflamatorias y autoinmunes.

Demencias secundarias: infecciosas (complejo demencia-SIDA, enfermedad de Creutzfeld-Jacob, meningoencefalitis tuberculosa), carenciales (déficit de ácido fólico y vitamina B12), metabólicas (hipotiroidismo, hipertiroidismo y enfermedades de depósito),

¹⁸ OPS/OMS. Informe "Demencia: una prioridad de salud pública". Washington D.C. EE.UU. 2013

tóxicas (alcohol, metales pesados), neoplasias, hematoma subdural crónico, postraumática y pseudo demencia depresiva¹⁹.

Los cuatro subtipos más comunes en orden de frecuencia son, la enfermedad de Alzheimer, la demencia vascular, la demencia con cuerpos de Lewy, y la demencia frontotemporal. Las estimaciones sobre la proporción de casos de demencia atribuibles a cada uno de estos subtipos deben ser interpretadas con cautela, ya que se trata de diagnósticos clínicos basados en patrones típicos de inicio y curso de la enfermedad.

Tabla 14. Guía para la intervención de las demencias.

Demencias Intervenciones	Nivel de atención						
	Primer nivel UCSF			Segundo nivel		Tercer nivel (Atención especializada)	
Anamnesis	B	I	E	HG	UHSM	HNBB	HNP
Atender al usuario/a con calidad y calidez.	X	X	X	X	X	X	X
Buscar los siguientes síntomas:							
La demencia afecta a cada persona de manera diferente, dependiendo del impacto de la enfermedad y de la personalidad del sujeto antes de empezar a padecerla. Los signos y síntomas relacionados con la demencia se pueden entender en tres etapas. Etapa temprana: a menudo pasa desapercibida, ya que el inicio es paulatino. Los síntomas más comunes incluyen: <ul style="list-style-type: none"> - Tendencia al olvido; - Pérdida de la noción del tiempo; - Desubicación espacial, incluso en lugares conocidos. Etapa intermedia: a medida que la demencia evoluciona hacia la etapa intermedia, los signos y síntomas se vuelven más evidentes y más limitadores. En esta etapa las personas afectadas: <ul style="list-style-type: none"> - Empiezan a olvidar acontecimientos recientes, así como los nombres de las personas - Se encuentran desubicadas en su propio hogar - Tienen cada vez más dificultades para comunicarse - Empiezan a necesitar ayuda con el aseo y cuidado personal - Sufren cambios de comportamiento, por ejemplo, dan vueltas por la casa o repiten las mismas preguntas. Etapa tardía: en la última etapa de la enfermedad, la dependencia y la inactividad son casi totales. Las alteraciones de la memoria son graves y los síntomas y signos físicos se hacen más evidentes. Los síntomas incluyen: <ul style="list-style-type: none"> - Una creciente desubicación en el tiempo y en el espacio; - Dificultades para reconocer a familiares y amigos; - Una necesidad cada vez mayor de ayuda para el cuidado personal; - Dificultades para caminar; - Alteraciones del comportamiento que pueden exacerbarse y desembocar en agresiones²⁰. 	X	X	X	X	X	X	X
Exploración física							
Identificar o descartar condiciones físicas, infecciosas y de consumo de sustancias que pueden causar signos y síntomas de demencia. <ul style="list-style-type: none"> - Exploración sistémica general. - Exploración neurológica 	X	X	X	X	X	X	X
Exploración mental	B	I	E	HG	UHSM	HNBB	HNP
- Deterioro de función cognitiva (capacidad para procesar el	X	X	X	X	X	X	X

¹⁹ Toro, Ricardo José, Fundamentos de medicina, Psiquiatría. 5° Edición.

²⁰ Sitio web: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs362/es/>

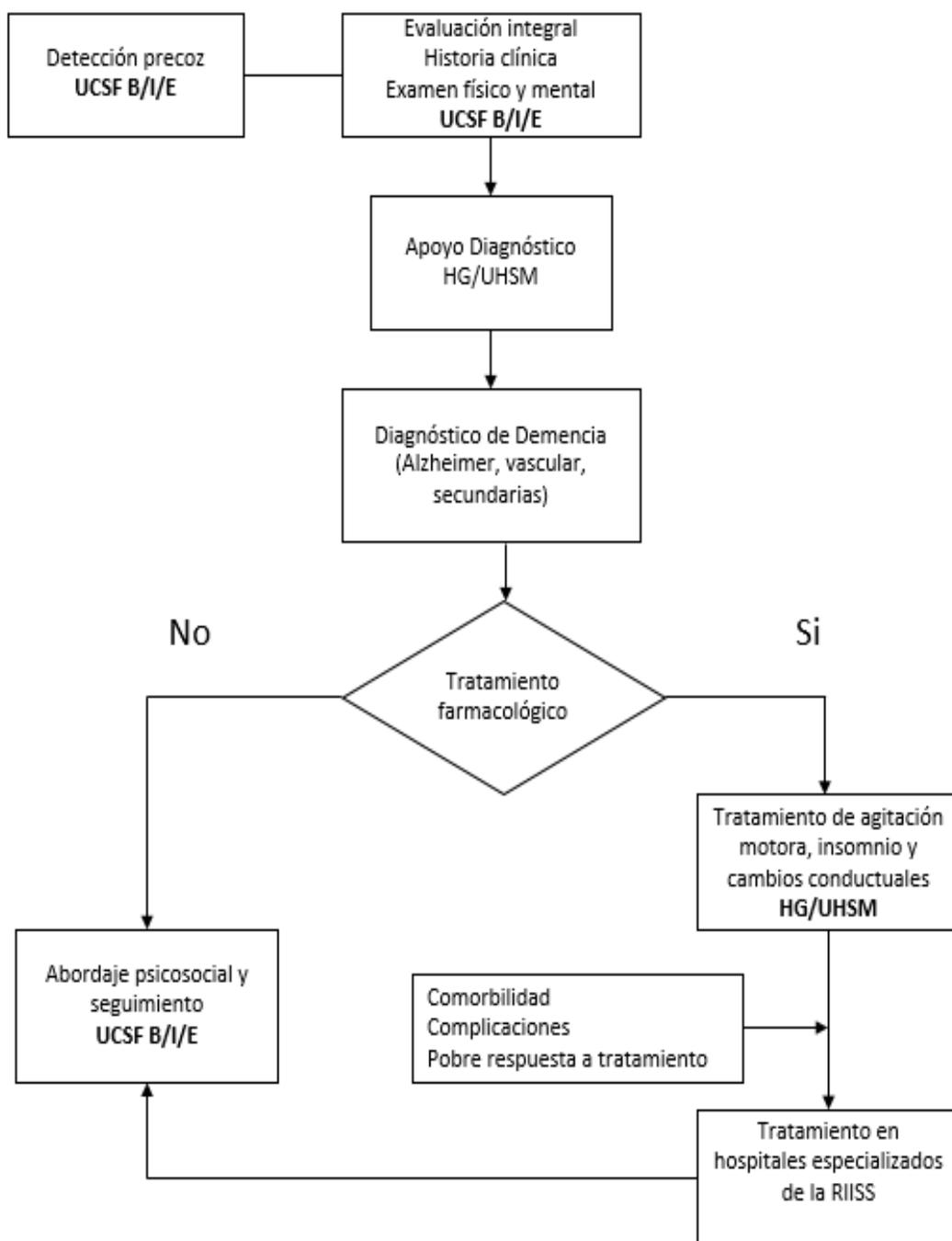
<p>pensamiento)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Alteraciones de la memoria inmediata y mediata en las primeras etapas de la enfermedad. - Alteraciones en la orientación del tiempo (primera que se afecta), lugar y persona. - Dificultad para el aprendizaje nuevo y del juicio. - Alteraciones conductuales secundarias al deterioro cognitivo, tales como comportamiento emocional y social. 							
Diagnóstico							
Criterios diagnósticos							
<p>Criterios generales para el diagnóstico de demencia Existen pruebas de cada uno de los siguientes síntomas:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Deterioro de la memoria: <ol style="list-style-type: none"> A. Alteración en la capacidad de registrar, almacenar y evocar información B. Pérdida de contenidos amnésicos relativos a la familia o al pasado 2. Deterioro del pensamiento y del razonamiento <ol style="list-style-type: none"> A. Reducción del flujo de ideas B. Deterioro en el proceso de almacenar información: <ol style="list-style-type: none"> i. Dificultad para prestar atención a más de un estímulo a la vez ii. Dificultad para cambiar el foco de atención 3. Interferencia en la actividad cotidiana 4. Nivel de conciencia normal, sin excluir la posibilidad de alteraciones episódicas. 5. Las deficiencias se hallan presentes durante al menos seis meses. 	X	X	X	X	X	X	X
<p>Demencia de la enfermedad de Alzheimer:</p> <ol style="list-style-type: none"> A. Deben cumplirse los criterios generales de demencia. B. No existen pruebas en la historia clínica, exploración física o investigaciones especiales de otra posible causa de demencia o de abuso de sustancias. <p>La división actual de la enfermedad de Alzheimer en subtipos puede considerarse tomando la edad de inicio y catalogar la enfermedad como precoz o tardía, con un punto de corte aproximado a los 65 años.</p>	X	X	X	X	X	X	X
<p>Demencia vascular: Es el resultado de un infarto del tejido cerebral debido a una enfermedad vascular, incluida la enfermedad vascular hipertensiva. El inicio suele ser en edades avanzadas.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Deben cumplirse los criterios generales de demencia. 2. Los déficits de las funciones corticales superiores se distribuyen de forma desigual, con algunas funciones afectadas y otras relativamente no afectadas. Así, la memoria puede estar notablemente afectada mientras que en el pensamiento, el razonamiento y el procesamiento de la información puede mostrarse sólo un leve deterioro. 3. Hay pruebas clínicas de lesión cerebral local: debilidad espástica unilateral de los miembros, aumento unilateral de los reflejos osteotendinosos, reflejo plantar extensor y parálisis pseudobulbar. 4. Hay pruebas en la historia clínica, exploraciones o test, de una enfermedad cerebrovascular significativa, la cual puede juzgarse, de forma razonable, de estar relacionada etiológicamente con la demencia. 	X	X	X	X	X	X	X
Pruebas de laboratorio (para descartar otras condiciones físicas)							
<ul style="list-style-type: none"> - Pruebas tiroideas - Hemograma - Glicemia - Electrolitos - Pruebas hepáticas - Pruebas renales - Exámenes toxicológicos 				X	X	X	X
Pruebas de gabinete							
<ul style="list-style-type: none"> - Electrocardiograma - Radiografía de tórax - Electroencefalograma - Resonancia magnética - TAC cerebral 			X	X	X	X	X

Pruebas psicométricas							
- Minimental State Examination			X	X	X	X	X
Diagnóstico diferencial							
- Alteración de la memoria asociada a la edad (envejecimiento normal)	X	X	X	X	X	X	X
- Depresión							
- Delirium							
Tratamiento							
El plan de tratamiento debe ser individualizado e interdisciplinario y debe incluir los siguientes aspectos fundamentales:							
Consideraciones generales:							
<ul style="list-style-type: none"> El tratamiento suele ser de soporte. Asegurar el tratamiento de los problemas médicos asociados. 							
Farmacológico							
En caso de agitación, administrar dosis bajas de un antipsicótico:			X	X	X	X	X
- Haloperidol 2 mg oral o intramuscular cada día o							
- Risperidona 0.25 a 1.0 mg vía oral al día.							
Enfermedad de Alzheimer:				X	X	X	X
-Administrar memantina 5-10 mg vía oral cada día.							
Puede mejorar la cognición y retrasar la merma cognitiva. ²¹							
Abordaje psicosocial							
Psicoeducación a usuario y familiar y/o cuidador.	X	X	X	X	X	X	X
Brindar información básica, considere decir:							
- Explicar el diagnóstico y en que consiste la demencia.							
- El tratamiento disponible: aunque no exista cura, se puede hacer mucho para ayudar y apoyar a la persona y la familia.							
- Realizar una oferta de ayuda y apoyo constante realista.							
- Informe acerca de otros servicios de apoyo que están disponibles en la comunidad.							
Intervenciones psicosociales para síntomas cognitivos y de funcionamiento:							
- Suministrar información de orientación a usuarios a fin de ayudarlas a permanecer orientadas con respecto al tiempo, lugar y persona.							
- Mantener una rutina diaria							
- Tratar de disminuir al mínimo posible los estresores psicosociales.							
Promover la independencia, el funcionamiento y la movilidad:							
- Orientar a fin de que se planeen actividades de la vida diaria que maximice la independencia, aumente el funcionamiento, ayude a adaptar y desarrollar habilidades, y minimice la necesidad de apoyo.							
- Facilitar la rehabilitación en la comunidad involucrando a las personas y a sus cuidadores en la planificación e implementación de estas intervenciones.							
- Recomendar la actividad física y el ejercicio, actividades recreativas (según la etapa de demencia).							
- Tratar problemas físicos concomitantes (incluyendo deficiencias auditivas y visuales).							
Intervenciones psicosociales para síntomas conductuales y psicológicos.							
- Considerar las modificaciones ambientales (uso de sillas de ruedas, seguridad para la deambulación, carteles en la puerta "no salir"), identificar situaciones o factores que pueden preceder, desencadenar o aumentar las conductas inadecuadas.							
Remitir a terapia ocupacional (si estuviere disponible).							
Restablecimiento de las redes de apoyo							
Consejería del personal de enfermería:	X	X	X	X	X	X	X
- Mantener las actividades básicas de la vida diaria (alimentación, higiene, eliminación de excrementos y orina, vestido y conservación de la movilidad funcional).							
- Proporcionar los cuidados que permitan mantener, dentro de lo posible, el estado de salud de la persona mayor con demencia (proteger de la desnutrición y deshidratación, disfagia y problemas de deglución, prevenir caídas, prevenir el riesgo de infecciones y							

²¹ Kaplan & Sadock. "Manual de bolsillo de psiquiatría clínica" 4° Edición. 2008 Wolters Kluwer Health España, S. A., Lippincott Williams & Wilkins.

ulceras).							
- Apoyo para la conservación de las capacidades cognitivas del usuario.							
Intervención para los cuidadores:							
- Brindar información a los cuidadores acerca del diagnóstico, pronóstico y tratamientos.							
- Identificar alteraciones psicológicas y el impacto psicosocial en los cuidadores y brindar apoyo. Si es posible abordar el cansancio psicológico del cuidador mediante apoyo, consejería para la solución de problemas, o intervenciones cognitivo conductuales.							
- Motivar a los cuidadores a que respeten la dignidad de la persona con demencia, involucrándolos en las decisiones sobre su vida, tanto como sea posible.							
Ofrecer apoyo práctico, por ejemplo, servicio de relevo en el hogar para el descanso del cuidador principal. Otro familiar o persona apropiada puede supervisar y cuidar de la persona con demencia (preferiblemente del entorno habitual del hogar).							
Criterios de referencia a segundo y tercer nivel de atención							
- Detección precoz	X	X	X				
- Apoyo diagnóstico				X	X		
- Tratamiento farmacológico				X	X		X
- Comorbilidad psiquiátrica.							X
- Casos resistentes a tratamientos establecidos.							X
- Intervenciones psicosociales	X	X	X	X	X		X
- Psicoeducación	X	X	X	X	X		X
- Atención del cuidador	X	X	X	X	X		X
- Abordajes de factores psicosociales estresantes.	X	X	X				
- Seguimiento comunitario	X	X	X				
Criterios de seguimiento							
- Evaluar la estabilidad o progresión de los síntomas de demencia, evolución y adaptación social, riesgos de seguridad, presencia de depresión o comorbilidades psiquiátricas y médicas.	X	X	X	X	X	X	X
- Determinar necesidades de apoyo de la persona y del cuidador.							

FLUJOGRAMA



VII. Disposiciones finales

a. Sanciones por el incumplimiento.

Es responsabilidad de todo el personal involucrado en la atención de pacientes en el primer, segundo y tercer nivel, dar cumplimiento a las presentes Guías clínicas, en caso de incumplimiento se aplicarán las sanciones establecidas en la legislación administrativa correspondiente.

b. Derogatoria.

Déjanse sin efecto las Guías Clínicas de Psiquiatría de febrero de 2012.

c. De lo no previsto.

Todo lo que no esté previsto en las presentes Guías Clínicas, se debe resolver a petición de parte, por medio de escrito dirigido a la Titular de esta Cartera de Estado, fundamentando científica y jurídicamente la razón de lo no previsto.

VIII. Vigencia

Las presentes Guías clínicas entrarán en vigencia a partir de la fecha de su oficialización por parte de la Titular de esta Cartera de Estado.

San Salvador a los cuatro días del mes de octubre de 2017.



Elvia Violeta Menjivar
Ministra de Salud

VIII. Referencias bibliográficas

- ¹Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Norma de atención integral en salud mental. San Salvador, 2006.
- ² Organización Mundial de la Salud (OMS). Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10. Editorial Médica Panamericana. Madrid 1994.
- ³ Secretaría de Salud, México. Guía clínica de atención infantil del Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan Navarro. México DF.
- ^{4,19} Toro, Ricardo José, Fundamentos de medicina, Psiquiatría. 5° Edición.
- ⁵ Selye H. The physiopathology of stress. Postgrad Med.1959; 25(6): 660-7.
- ⁶ Sitio Web: www.nichd.nih.gov
- ^{7,14,16} OMS, Guía de intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias en el nivel de atención de la salud no especializada. Ginebra, Suiza. 2010.
- ⁸ Ministerio de sanidad y política social.(2009). Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos del Espectro Autista en Atención Primaria. Madrid, España: Estugraf Impresores.
- ^{9, 15, 21} Kaplan & Sadock. “Manual de bolsillo de psiquiatría clínica” 4° Edición. 2008 Wolters Kluwer Health España, S. A., Lippincott Williams & Wilkins.
- ¹⁰ Aichhorn W, Stuppach C, Kralovec K, Yazdi K, Aichhorn M, Hausmann A. (2007). Child and adolescent bipolar disorder. Neuropsychiatr, 21 (2): 84-92.
- ¹¹ OMS. “Glosario de términos de drogas”. Edita Ministerio de Sanidad y Consumo del gobierno de España, Centro de publicaciones. 1994.
- ¹² OMS. “Informe Mundial de Situación sobre Alcohol y Salud”. Ginebra, Suiza. 2014
- ¹³ UNODC. “Informe mundial sobre las drogas”. Resumen Ejecutivo, Washington DC. 2014.
- ¹⁵ Kaplan & Sadock. “Manual de bolsillo de psiquiatría clínica” 4° Edición. 2008 Wolters Kluwer Health España, S. A., Lippincott Williams & Wilkins.
- ¹⁷ OMS. “Tercer Informe, Prevención del Suicidio, un imperativo global”. Ginebra, Suiza. 2014
- ¹⁸ OPS/OMS. Informe “Demencia: una prioridad de salud pública”. Washington D.C. EE.UU. 2013
- ²⁰ Sitio web: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs362/es/>