MINISTERIO DE SALUD DE EL SALVADOR

Guías Clínicas de Psiquiatría

Documento Derogado

Ministerio de Salud

GOBIERNO DE EL SALVADOR

UNIR, CRECER, INCLUIR

San Salvador, febrero de 2012.

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

Dirección de Regulación y Legislación en Salud
Dirección Nacional de Hospitales

Documento Derogado

Guías Clínicas de Psiquiatría

San Salvador, El Salvador, febrero 2012.

FICHA CATALOGRÁFICA.

2012 Ministerio de Salud.

Todos los derechos reservados. Está permitida la reproducción parcial o total de esta obra, 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 a través de:
http://asp.salud.gob.sv/regulacion/default.asp

Edición y distribución.

Ministerio de Salud
Viceministerio de Políticas de Salud
Calle Arce No. 827, San Salvador. Teléfono: 2201 7000
Página oficial: http://www.salud.gob.sv
Diseño de proyecto gráfico:

Diagramación:
Impreso en El Salvador por:

InHouse Print S.A. de C.V.

El Salvador. Ministerio de Salud. Viceministerio de Políticas de Salud. Dirección de Regulación y Legislación en Salud. Dirección Nacional de Hospitales. San Salvador, El Salvador. C.A. **"Guías Clínicas de Psiquiatría"**

Documento Derogado

AUTORIDADES

DRA. MARÍA ISABEL RODRÍGUEZ
MINISTRA DE SALUD

DRA. VIOLETA MENJÍVAR
VICEMINISTRA DE SERVICIOS DE SALUD

DR. EDUARDO ESPINOZA FIALLOS
VICEMINISTRO DE POLÍTICAS DE SALUD

Documento Derogado

EQUIPO TÉCNICO

1. Dra. Dina Ileana Callejas (coordinadora)	Hospital Nacional Psiquiátrico.
2. Dra. Karina Lizeth Juárez Cañas	Hospital Nacional Psiquiátrico.
3. Dra. Sandra Yanira Lazo de García	Hospital Nacional Psiquiátrico.
4. Dr. Nelson Isais Miranda Morataya	Hospital Nacional Psiquiátrico.
5. Dr. Carlos Javier Trujillo	Hospital Nacional de Santa Ana
6. Licdo. Carlos E. Hernández	Región Metropolitana.

COMITÉ CONSULTIVO

1. Dr. Willy González	Hospital Saldaña.
2. Dra. Claudia de Cruz	Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom.
3. Dr. Walter Gutiérrez	Hospital Nacional Psiquiátrico.
4. Dra. Dina Ileana Callejas	Hospital Nacional Psiquiátrico.

Documento Derogado

ÍNDICE.

I. INTRODUCCIÓN. 1

II. BASE LEGAL. 2

III. OBJETIVOS. 3

IV. ÁMBITO DE APLICACIÓN. 3

V. CONTENIDO TÉCNICO. 4

1. Trastorno de ansiedad generalizada. 4
2. Trastorno de pánico (Ansiedad paroxística episódica) 7
3. Trastornos fóbicos. 10
4. Trastorno de adaptación. 15
5. Reacción a stress agudo. 19
6. Trastorno de estrés post-trauma. 22
7. Trastornos depresivos. 26
8. Paciente agitado. 31
9. Trastornos mentales y del comportamiento asociados a consumo de alcohol y otras drogas. 35
10. Trastorno bipolar. 48
11. Esquizofrenia. 56
12. Síndrome suicida. 61
13. Trastorno por déficit de atención e hiperactividad. 66
14. Trastornos de la conducta en la infancia y la adolescencia. 72

VI. DISPOSICIONES FINALES. 77

VII. BIBLIOGRAFÍA. 78

Documento Derogado

Documento Derogado

I. INTRODUCCIÓN.

Las enfermedades psiquiátricas representan una carga considerable en la salud de la población salvadoreña, que se encuentra constantemente expuesta a múltiples factores de riesgo que la vuelven vulnerable, por tal razón, se constituye en un desafío la provisión de servicios en las Redes integrales e integradas de servicios de salud, que identifiquen tempranamente factores de riesgo y la sintomatología inicial de las enfermedades psiquiátricas más frecuentes, para contribuir con su tratamiento oportuno.

En ese sentido, las presentes Guías Clínicas contienen las directrices necesarias a cumplir para la identificación, referencia, tratamiento y retorno de los pacientes con enfermedades psiquiátricas de mayor prevalencia, para que el personal de salud cuente con las herramientas necesarias para brindar una atención primaria en salud en estos pacientes.

Los profesionales de salud deben adoptar diariamente múltiples y complejas decisiones asistenciales que conllevan la capacidad de identificar la alternativa más adecuada mediante la valoración de las implicaciones en términos de resultados clínicos, idoneidad, riesgos, costos e impacto social e individual de las diferentes opciones asistenciales disponibles para los problemas específicos que se atienden, la complejidad de este proceso de decisión se ve agravada por el incremento de las posibilidades y opciones asistenciales que surgen del avance del conocimiento científico, la imposibilidad de asimilar toda la información científica disponible y la racionalización de los recursos sanitarios, unido a la variabilidad de los estilos de práctica clínica.

Por lo anterior resulta indispensable la implementación de las guías clínicas en la actuación médica, para sintetizar el estado del conocimiento científico y establecer un equilibrio entre riesgos y beneficios, en este caso para la atención de los principales problemas priorizados en esta área.

Es así como este documento ha sido elaborado, por un grupo de especialistas de la red, partiendo de evidencia y revisión de datos disponibles sobre las enfermedades psiquiátricas, los que han sido fortalecidos y adaptados a la realidad local, para contar con las presentes Guías Clínicas que son el resultado de un esfuerzo sin precedentes en el campo de la psiquiatría.

Documento Derogado

II. BASE LEGAL.

Que de acuerdo a lo prescrito en la Constitución de la República, en su artículo 65, el cual establece que la salud de los habitantes, constituyen un bien público, por lo que el Estado y las personas están obligados a velar por su conservación y restablecimiento.

Que de conformidad a lo establecido en el Artículo 40 del Código de Salud y 42 numerales del Reglamento Interno del Órgano Ejecutivo, prescribe que el Ministerio de Salud, es el organismo responsable de emitir las normas pertinentes en materia de salud, así como organizar, coordinar y evaluar la ejecución de las actividades relacionadas con la salud; y ordenar las medidas y disposiciones que sean necesarias para resguardar la salud de la población.

Que de acuerdo a la estrategia 8, Prestaciones de la Red de Servicios en la Política Nacional de Salud "Construyendo la Esperanza. Estrategias y Recomendaciones en Salud, 2009 – 2014", el Sistema Nacional de Salud, debe brindar un servicio integral y universal a toda la población, con base a la estrategia de atención primaria de salud integral, por lo cual es importante regular la atención en las Redes integrales e integradas de servicios de salud.

Documento Derogado

III. OBJETIVOS.

Objetivo general.

Establecer los lineamientos necesarios para la atención de los pacientes con las principales enfermedades psiquiátricas, en el Sistema Nacional de Salud, que permitan al personal de salud, desarrollar la atención con estándares de eficiencia y eficacia.

Objetivos específicos.

- Estandarizar los procesos de atención de pacientes, con las principales enfermedades psiquiátricas en las Redes integrales e integradas del Sistema Nacional de Salud.
- Fortalecer el sistema de referencia, retorno e interconsulta que permita que los pacientes con las principales enfermedades psiquiátricas sean atendidos según el nivel de complejidad en los establecimientos de las Redes integrales e integradas de servicios de salud.

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 los establecimientos de las Redes integrales e integradas de servicios de salud, que correspondan.

Documento Derogado

V. CONTENIDO TÉCNICO.

1. Trastorno de ansiedad generalizada.

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.

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.

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.

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.

1.5 Manifestaciones clínicas.
- Ansiedad y preocupación excesivas (expectación aprensiva) 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 y preocupación se asocian a tres o más de los seis síntomas siguientes (alguno de los cuales han persistido más de seis meses) en los niños solo se requiere uno de estos síntomas: Inquietud o impaciencia, fatigabilidad fácil, dificultad de concentración o mente en blanco, irritabilidad, tensión muscular y alteraciones del sueño (sensación de despertar de un sueño no reparador, o difícil conciliación).
- 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 trascurso de un trastorno de ánimo, trastorno psicótico o generalizado del desarrollo.

Documento Derogado

1.6 Apoyo diagnóstico.
Deben evaluarse la indicación de las siguientes pruebas**:** Hemograma, electrolitos y glicemia, pruebas de función tiroidea, tóxicos en sangre y orina, electrocardiograma, electroencéfalograma y pruebas psicológicas.

1.7 Diagnóstico diferencial.
Entre las enfermedades médicas que producen ansiedad, se encuentran: angina péctoris, 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, ciclocerina, esteroides, lidocaína, teofilina, deprivación de drogas depresoras del sistema nervioso central.

1.8 Tratamiento.
Frente a un trastorno de ansiedad, inicialmente se debe descartar una causa médica de los síntomas, realizando un diagnóstico presuntivo y la toma de exámenes complementarios.

Tratamiento farmacológico:

- Diazepam (10 mg/tableta) 5 - 10 mg/día por la noche ó
- Bromazepam (3 mg/tableta), de 1 - 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 caso contrario se deben indicar antidepresivos triciclicos o inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina por cuatro semanas.

En los pacientes tratados con diazepam, se recomienda disminuir de 2.5 a 5 mg cada semana y bromazepam 1.5 mg cada semana.

Si el paciente no presenta mejoría con la medicación anterior, se debe referir para ser evaluado por psiquiatría.

Medicamentos antidepresivos:

- Imipramina (25 mg/tableta) y amitriptilina (25 mg/tableta): dosis de 25 - 150 miligramos cada día. Se recomienda iniciar con dosis bajas.
- Paroxetina (20 mg/tableta): 20 - 40 mg/día.
- Sertralina (50 mg/tableta): 50 - 100 mg/día.

El tratamiento con antidepresivos debe mantenerse como mínimo de seis a doce meses.

Documento Derogado

Los antidepresivos, pueden usarse conjuntamente con benzodiacepinas. 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.

Tratamiento no farmacológico: terapia cognitivo conductual, psicoterapias de apoyo, técnicas de relajación, entre otras, realizado por personal competente.

1.9 Niveles de atención y criterios de referencia y retorno.
Primer nivel: Posterior a descartar una patología médica, el paciente puede ser tratado en este nivel por médico o psicólogo.

Segundo nivel: A este nivel se deben referir los pacientes que no han presentado mejoría luego de seis semanas de tratamiento.

Hospital psiquiátrico: A este nivel se deben referir los pacientes con comorbilidad psiquiátrica complicada.

1.10 Criterios de seguimiento.
Al ser estabilizado se debe evaluar el retorno al primer nivel para su seguimiento. El seguimiento y control debe ser complementario entre el Ecos familiar y especializado, según dipensarización.

1.11 Medidas preventivas y de educación en salud.
Se debe educar en todos los niveles de atención tanto al paciente como a su familia y estará dirigida a:

a) Facilitar la expresión de 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 bases orgánicas para la angustia que padece, con el objetivo que el paciente comprenda que la condición es originada mayoritariamente por elementos psicosociales.
d) Informar el diagnóstico, evitar decir al paciente “no tiene nada”, o “solo se trata de stress”.
e) Identificar con el paciente alternativas en el manejo del problema real que lo está originando.
f) Explicar el tratamiento y los efectos colaterales del medicamento a emplear.
g) Manifestar razonable optimismo en el resultado del tratamiento.

En los tres niveles de atención se debe indicar lo siguiente: 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.

Documento Derogado

2. Trastorno de pánico (Ansiedad paroxística episódica).

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.

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.

2.3 Epidemiologia.
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.

2.4 Etiología.
Hipótesis bioquímica, hipótesis cognitiva.

2.5 Manifestaciones clínicas.
Se caracteriza por una aparición temporal y aislada de miedo o malestar intenso acompañada de cuatro o más de los siguientes síntomas: palpitaciones, sudoración, temblores o sacudidas, sensación de ahogo o falta de aliento, sensación de atragantarse, opresión o malestar torácico, náuseas o molestias abdominales, inestabilidad, mareo o desmayo, desrealización (sensación de irrealidad), o despersonalización (estar separado de uno mismo), miedo a perder el control o “volverse loco”, miedo a morir, parestesias, escalofríos o sofocaciones.

Los síntomas deben aparecer 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 periodo 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.

2.6 Criterios diagnósticos.
a. Crisis de angustia inesperada y recidivante.
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.

Documento Derogado

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 medica.
e. Las crisis no pueden explicarse por la presencia de otro trastorno mental como fobia social, trastorno obsesivo – compulsivo (TOC), fobia especifica y estrés postrauma.

En caso del trastorno de angustia sin agorafobia se deben cumplir los mismos criterios anteriores sin ausencia de agorafobia.

Clasificación: Trastorno de pánico con agorafobia, trastorno de pánico sin agorafobia.

2.7 Apoyo diagnóstico.
Se debe descartar causa orgánica y valorar las siguientes pruebas: Glicemia, pruebas tiroideas y hepáticas, electrolitos, estudios de presencia de tóxicos en sangre y orina, examen general de orina, electrocardiograma, escala de Sheehan (para trastorno de pánico), electroencefalograma, pruebas psicológicas.

2.8 Diagnóstico diferencial.
Angina pectoris, taquiarritmia paroxística, prolapso de válvula mitral, insuficiencia cardíaca congestiva, hipotiroidismo, hipertiroidismo, hipoglicemia, 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: derivación de fármacos depresores del sistema nervioso central, anfetaminas, esteroides, salbutamol y dextrometorfan.

2.9 Tratamiento.
Frente a un trastorno de pánico inicialmente, se debe descartar una causa médica de los síntomas, realizando un diagnóstico presuntivo y la toma de exámenes complementarios.

Tratamiento farmacológico recomendado:

- Diazepam (10 mg/tableta) 5 - 10 mg/día por la noche.
- Bromazepam (3 mg/tableta) de 3 - 6 mg/día.
- Clonazepam (2 mg/tableta) 2 - 6 mg/día.

Ante la mejoría se debe disminuir paulatinamente el fármaco durante dos a tres semanas para evitar síndrome de abstinencia; en caso contrario se deben indicar antidepresivos

Documento Derogado

tricíclicos o inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) por cuatro semanas.

En los pacientes tratados con diazepam, se recomienda disminuir de 2.5 a 5 mg cada semana, bromazepam 1.5 mg cada semana y clonazepam 1 mg por semana.

Si el paciente no presenta mejoría con la medicación anterior, se debe referir para ser evaluado por psiquiatría.

Los antidepresivos que se pueden indicar son los siguientes:

Imipramina (25 mg/tableta) y amitriptilina (25 mg/tableta): dosis de 25 - 150 miligramos cada día, las cuales se recomienda iniciar con dosis bajas.

Paroxetina (20 mg/tableta): 20 - 40 mg/día,

Sertralina (50 mg/tableta): 50 - 100 mg/día.

Para la mayoría de los pacientes, el mantenimiento del tratamiento con antidepresivos es de seis a doce meses, siendo esta una manera de prevenir síntomas recurrentes y como forma de conseguir el funcionamiento previo.

Los antidepresivos, pueden usarse conjuntamente con benzodiacepinas.

Otros medicamentos que pueden utilizarse si 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.

Tratamiento no farmacológico: terapia cognitivo conductual, psicoterapias de apoyo, terapia cognitiva, terapia de relajación, terapia asertiva, terapia de desensibilización, entre otras; realizado por personal competente.

2.10 Niveles de atención y criterios de referencia y retorno.

Primer nivel: En este nivel se realiza la detección de los casos, el médico puede iniciar tratamiento con benzodiacepinas por un periodo máximo de tres semanas, y/o antidepresivos por un promedio de seis a ocho semanas. Si no hay mejoría con el tratamiento instaurado en el primer nivel, el paciente debe ser referido a evaluación y tratamiento por psiquiatría. Las terapias no farmacológicas pueden ser realizadas por el equipo de salud mental del establecimiento.

Segundo nivel: En este nivel se deben tratar pacientes con comorbilidad, respuesta parcial al tratamiento, falla en la respuesta al tratamiento o hipersensibilidad a fármacos utilizados.

Hospital psiquiátrico: En este nivel se deben tratar pacientes con comorbilidad psiquiátrica complicada siendo los más frecuentes depresión, alcoholismo e intento suicida.

Documento Derogado

2.11 Criterios de seguimiento.
Al ser estabilizado se debe evaluar el retorno al segundo o primer nivel para su seguimiento. El seguimiento y control debe ser complementario entre el Ecos familiar y especializado, según dipensarización.

2.12 Medidas preventivas y de educación en salud.
Educación en salud mental.

Información para el paciente y su familia sobre los síntomas y el tratamiento de la enfermedad.

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 si mismo que es un ataque de pánico y que pasará pronto.

3. Trastornos fóbicos.

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 1915 como histeria de angustia.

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 estimulo 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, 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 Epidemiologia.
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.

3.4 Etiología.
Genética, neuroquímica, neuroanatómica, neurofisiológica, teorías psicológicas.

Documento Derogado

3.5 Clasificación.
Agorafobia; sin trastorno de pánico; con trastorno de pánico; fobias sociales, fobias específicas: claustrofobia, fobia a insectos, a las alturas, entre otros; trastorno de ansiedad fóbica sin especificación

3.6 Manifestaciones clínicas.
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.

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 estimulo 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.

Documento Derogado

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).

3.7 Apoyo diagnóstico.

Valorar según el caso la realización de: eletroencéfalograma, electrocardiograma, pruebas psicológicas, pruebas tiroideas y otros exámenes para descartar otras patologías.

3.8 Diagnóstico diferencial.

Se deben descartar los diagnósticos diferenciales de trastorno de ansiedad generalizada y trastorno de pánico.

3.8 Tratamiento.

Agorafobia y fobia social.

Los medicamentos utilizados en el tratamiento del trastorno de pánico también son efectivos en el tratamiento de la agorafobia, acompañándose siempre de medidas psicoeducativas y terapia conductual.

En fobia social, también pueden utilizarse fármacos betabloqueadores tipo propanolol o atenolol (si no existe contraindicación), los cuales mejoran de forma significativa la ansiedad previa a la actuación.

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.

3.9 Complicaciones.

Trastornos depresivos, consumo de alcohol y drogas, disfunción socio-laboral, automedicación, aislamiento social, suicidio.

3.10 Niveles de atención y criterios de referencia y retorno.

Primer nivel.

En este nivel se realiza la detección de los casos, el médico puede iniciar tratamiento con benzodiacepinas por un periodo máximo de tres semanas, y/o antidepresivos por un promedio de seis a ocho semanas. Las terapias no farmacológicas pueden ser realizadas por el equipo de salud mental del establecimiento. Si no hay mejoría con el tratamiento instaurado en el primer nivel, el paciente deberá referirse a evaluación y manejo por médico psiquiatra.

Documento Derogado

Segundo nivel, se debe dar tratamiento a pacientes con: comorbilidad, respuesta parcial o falla en tratamiento, hipersensibilidad a fármacos utilizados.

Hospital psiquiátrico: El trastorno fóbico generalmente no requiere hospitalización, a menos que exista una comorbilidad sobreagregada, las más comunes son depresión, alcoholismo e intento suicida.

Referencia y retorno: Cuando los pacientes mejoren pueden ser dados de alta o referirse al segundo o primer nivel para seguimiento.

3.11 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.
El seguimiento y control debe ser complementario entre el Ecos familiar y especializado, según dipensarización.

3.12 Medidas preventivas y de educación en salud.
La educación debe darse en todos los niveles de atención y debe ser para el paciente, su familia y la comunidad y estar dirigida a:

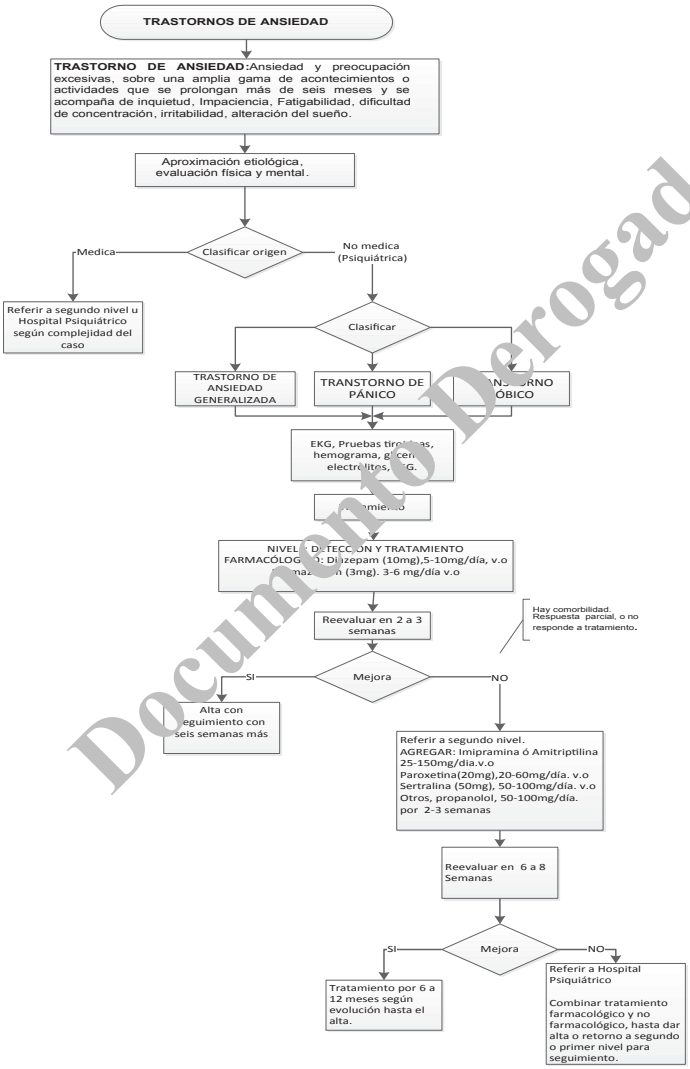
a) Facilitar la expresión de sus ideas, temores, sentimientos y quejas somáticas.
b) Identificar los elementos psicológicos o ambientales que hayan generado o agravado el padecimiento.
c) Explicar la ausencia de causas médicas para la angustia que padece, con el objetivo de que comprenda que ésta obedece 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.

En los tres niveles de atención, junto al tratamiento farmacológico, se deben indicar:

- 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.
- Incluir en grupos de autoayuda y/o terapéuticos.
- Orientar sobre la prevención en el consumo de drogas.

Documento Derogado

3.13 Flujograma.



Documento Derogado

4. Trastorno de adaptación.

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.

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.

4.3 Epidemiología.
La prevalencia varía entre el 5% y el 20%.

Puede aparecer a cualquier edad, pero predominan discretamente en los adolescentes.

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

4.5 Clasificación.

- Trastorno de adaptación con reacción depresiva breve: duración menor a tres meses.
- Reacción depresiva prolongada: duración mayor a seis meses.
- Reacción mixta de ansiedad y depresión.
- Reacción mixta con predominio de alteraciones de otras emociones.
- Reacción adaptativa con predominio de alteraciones disociales.
- Reacción adaptativa con alteración de las emociones y disociales mixtas.
- Trastornos adaptativos sin especificación.

4.6 Manifestaciones clínicas.
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 especifico y no constituye una simple exacerbación de un trastorno preexistente, los síntomas no responden a una reacción de duelo.

Documento Derogado

4.7 Apoyo diagnóstico.
El diagnóstico es eminentemente clínico, no existe ninguna prueba específica para la patología. Debe realizarse una historia clínica psiquiátrica completa, podrán indicarse pruebas que descarten otra patología médica o uso de sustancias psicoactivas y pruebas psicológicas.

4.8 Diagnóstico diferencial.
Trastornos de personalidad, reacción de duelo, episodios depresivos, trastorno psicótico breve, trastornos de estrés agudo, trastornos de estrés post trauma y trastornos de ansiedad.

4.9 Tratamiento.

No farmacológico:

A. El tratamiento de elección es el psicoterapéutico y las modalidades más empleadas son la terapia de apoyo, la terapia breve de orientación psicodinámica y la intervención en crisis.

B. La psicoterapia de cualquier modalidad permite explorar el significado del estrés para el paciente, elaborar traumas previos, estimular mecanismos de defensa adaptativos, evitando reforzar ganancias secundarias por enfermedad (beneficios excesivos). La terapia grupal puede estar especialmente indicada cuando la situación de estrés es común para varias personas.

Farmacológico:

Si se requiere, puede tratarse la ansiedad acompañante al cuadro adaptativo con uno de los siguientes medicamentos:

- Bromazepam (3 mg/tab) 3 - 6 mg/día VO.
- Diazepam (10 mg/tab) 5 - 10 mg/día VO.
- Clonazepam (2 mg/tab) 2-4 mg/día por siete – diez días VO.

El uso de antidepresivos estará supeditado a la evolución del cuadro, pero no es un manejo de primera elección en un trastorno adaptativo.

En el caso de requerir hospitalización la estancia promedio será de cinco días, posterior a los cuales el paciente se referirá a la consulta externa, para continuar su tratamiento y ser dado de alta o referido a otro nivel de acuerdo a la evolución del caso.

4.10 Complicaciones.
Deterioro de las relaciones interpersonales, laborales y sociales, conductas fóbicas, dependencia farmacológica o a sustancias psicoactivas, episodios depresivos, intentos suicidas.

Documento Derogado

4.11 Niveles de atención y criterios de referencia y retorno.

Primer nivel: En el primer nivel se realizará la detección del caso, y se brindará la primera ayuda psicológica por personal de salud entrenado y psicología en caso necesario.

Segundo nivel: Se atenderán los pacientes que requieran tratamiento farmacológico además de psicoterapia.

Hospital psiquiátrico: En este nivel se atenderán los pacientes que presenten complicaciones o comorbilidades psiquiátricas refractarias al tratamiento.

4.12 Referencia y retorno.

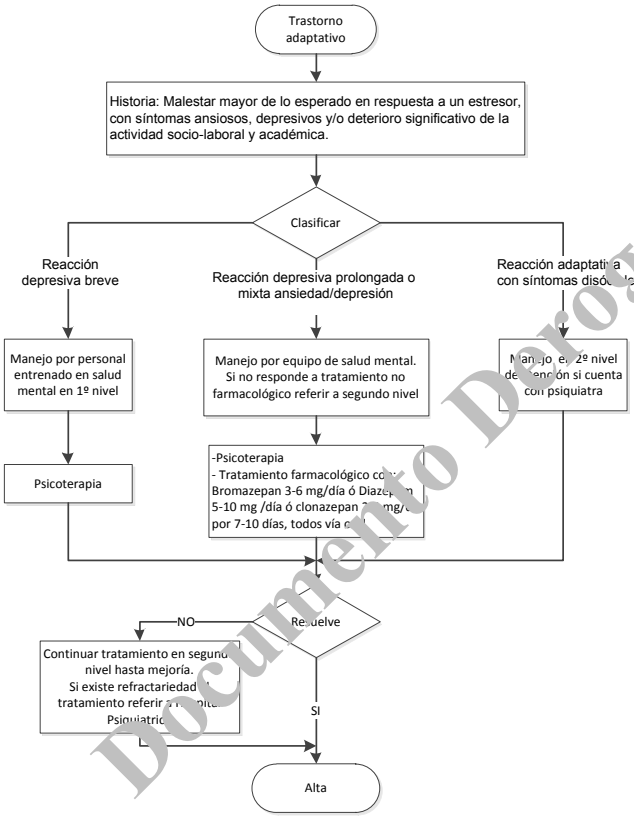
La gravedad del cuadro clínico que requiera manejo especializado y combinación de terapias farmacológicas y no farmacológicas, será referido al segundo nivel u hospital psiquiátrico. El paciente debe ser retornado al primer nivel cuando se requiera seguimiento en su comunidad, debe ser complementario entre el Ecos familiar y especializado, según dipensarización.

4.13 Medidas preventivas y de educación en salud.

- Educar en el manejo de situaciones estresantes del medioambiente.
- Fortalecer las habilidades para la vida.
- 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.
- Educar sobre técnicas de resolución de problemas.

Documento Derogado

4.14 Flujograma.



Documento Derogado

5. Reacción a stress agudo.

5.1 Generalidades.

El trastorno de stress agudo se ha hecho más difundido en la medida que la cobertura de los medios de comunicación hacen llegar los innumerables hechos traumáticos que ocurren a diario.

5.2 Definición.

Es una reacción de intenso miedo, desamparo y horror como consecuencia de un acontecimiento traumático, en el que el sujeto ve peligrar su vida o su integridad física de forma inminente, la reacción ha de ser lo suficientemente intensa como para alterar su funcionamiento normal.

5.3 Epidemiología.

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

5.4 Etiología.

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

5.5 Manifestaciones clínicas.

a. La persona ha estado expuesta a un acontecimiento traumático en el que:
   - 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.
b. Durante o después del acontecimiento traumático, el paciente presenta tres o más de los siguientes síntomas disociativos:
   - Sensación subjetiva de embotamiento afectivo, desapego o ausencia de reactividad emocional.
   - Reducción del conocimiento de su entorno.
   - Desrealización, despersonalización.
   - Amnesia disociativa.
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.
d. Evitación acusada de estímulos que recuerdan el trauma.
e. Síntomas acusados de ansiedad, irritabilidad, mala concentración, hipervigilancia e inquietud motora.
f. Estas alteraciones provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social o laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Documento Derogado

g. Estas alteraciones duran un mínimo de dos días y un máximo de cuatro semanas y aparecen en el primer mes del evento traumático.
h. Estas alteraciones no se deben a efectos fisiológicos directos de una sustancia, o enfermedad médica.

5.6 Apoyo diagnóstico.
No existe una prueba diagnóstica específica para la patología.

Podrán indicarse pruebas que descarten patología médica o el uso de sustancias psicoactivas.

5.7 Diagnóstico diferencial.

Trastorno adaptativo, trastorno de estrés post trauma, trastorno de ansiedad fóbica, trastorno de pánico, trastornos disociativos o de conversión, trastornos somatomorfos, trastorno psicótico agudo.

5.8 Tratamiento.

La finalidad del tratamiento es disminuir el estrés agudo e intentar evitar un posible trastorno de estrés postrauma.

No farmacológico.

El tratamiento de elección es el psicoterapéutico: intervención en crisis, terapias de relajación, terapias grupales de autoayuda o terapéuticos, incentivar el ejercicio físico regular y la estructuración del tiempo libre.

Farmacológico:

- De ser necesario, puede tratarse la ansiedad acompañante al cuadro de estrés agudo con bromazepam (3 mg/tableta) 3 - 6 mg/día VO o diazepam (10 mg/tableta) 5 - 10 mg/día o clonazepan (2mg/tableta) 2 - 4mg/día por siete a diez días.
- 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.
- Ante la necesidad de hospitalización la estancia promedio será de cinco días, posterior a los cuales el paciente se remitirá a la consulta externa, para continuar su tratamiento y ser dado de alta o referido a otro nivel de acuerdo a la evolución del caso.

5.9 Complicaciones.
Deterioro de las relaciones interpersonales, laborales y sociales; conductas fóbicas, dependencia farmacológica o a sustancias psicoactivas, episodios depresivos, trastorno de estrés postrauma, intentos suicidas.

Documento Derogado

5.10 Niveles de atención y criterios de referencia y retorno.
Primer nivel: En el primer nivel se realizará la detección del caso y se brindará la primera ayuda psicológica por personal de salud entrenado y psicología en caso necesario.

Segundo nivel: Se atenderán aquellos casos que requieran tratamiento farmacológico además de la psicoterapia.

Hospital psiquiátrico: Se atenderán aquellos casos que presenten complicaciones o comorbilidades psiquiátricas refractarias al tratamiento.

5.11 Referencia y retorno.

De acuerdo a la gravedad del cuadro clínico por la cual requiera manejo especializado y combinación de terapias farmacológicas y no farmacológicas, el paciente será referido al segundo nivel u hospital psiquiátrico. El paciente debe ser retornado al primer nivel cuando se requiera seguimiento en su comunidad, debe ser complementario entre el Ecos familiar y especializado, según dipensarización.

5.12 Criterios de seguimiento.

El seguimiento de los pacientes se realizará de acuerdo a la presencia de comorbilidades o complicaciones.

5.13 Medidas preventivas y de educación en salud

Información y educación al paciente y su familia sobre lo siguiente:

- 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.

Documento Derogado

6. Trastorno de estrés post-trauma.

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.

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 si mismo malestar generalizado en casi todas las personas.

6.3 Epidemiología.
La prevalencia actualmente es del 10% en la población general.

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.

6.5 Clasificación.

- **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.

6.6 Manifestaciones clínicas.

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.

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 externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático.

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:
- Esfuerzos para evitar pensamientos, sentimientos o conversaciones sobre el suceso traumático.

Documento Derogado

- 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.

d. Estas alteraciones (criterios A,B,C) se prologan más de un mes.
e. Estas alteraciones provocan malestar clínico significativo o deterioro sociolaboral de otras esferas importantes en el individuo.

6.7 Apoyo diagnóstico.
El diagnóstico en eminentemente clínico, No existe una prueba diagnóstica específica para la patología.

6.8 Diagnóstico diferencial.
Trastornos de personalidad, trastorno de estrés agudo, trastornos adaptativos, episodios depresivos, trastornos de ansiedad, fuga psicógena, trastornos disociativos.

6.9 Tratamiento.

Objetivo.
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.

Farmacológico.
Los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) son el manejo de primera línea por su tolerancia y mejor respuesta:

- Paroxetina (20 mg/tableta) 20 - 60 mg/día, VO ó
- Sertralina (50 mg/tableta) 50 - 200 mg/día, VO

Como alternativa se pueden utilizar los antidepresivos tricíclicos:

- Amitriptilina (25 mg/tab) 50 - 150 mg/día, VO ó
- Imipramina (25 mg/tab) 50 - 100 mg/día, VO.

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.

No farmacológico: Psicoterapia cognitivo conductual, psicoterapia racional emotiva, psicoterapia de apoyo y medidas psicoeducativas entre otras

Documento Derogado

6.10 Complicaciones.

Deterioro de las relaciones interpersonales, laborales y sociales, conductas fóbicas, dependencia farmacológicas y a sustancias psicoactivas, episodios depresivos, intentos suicidas.

6.11 Niveles de atención y criterios de referencia y retorno.

Primer nivel.

En este nivel se debe brindar la primera ayuda psicológica y se debe referir al segundo nivel u Hospital Psiquiátrico en caso que presente conductas de riesgo (conducta suicida, agresividad entre otras).

Segundo nivel.

En este nivel el paciente debe ser atendido por un equipo multidisciplinario para brindarle una asistencia integral según el tipo de trauma sufrido.

Hospital psiquiátrico.

El paciente se referirá a este nivel en caso de presentar complicaciones con comorbilidad psiquiátrica refractarias al tratamiento. Una vez resuelto el cuadro clínico, el paciente puede ser dado de alta, a menos que presente comorbilidad psiquiátrica que requiera continuar tratamiento en el segundo o primer nivel.

6.12 Criterios de seguimiento.

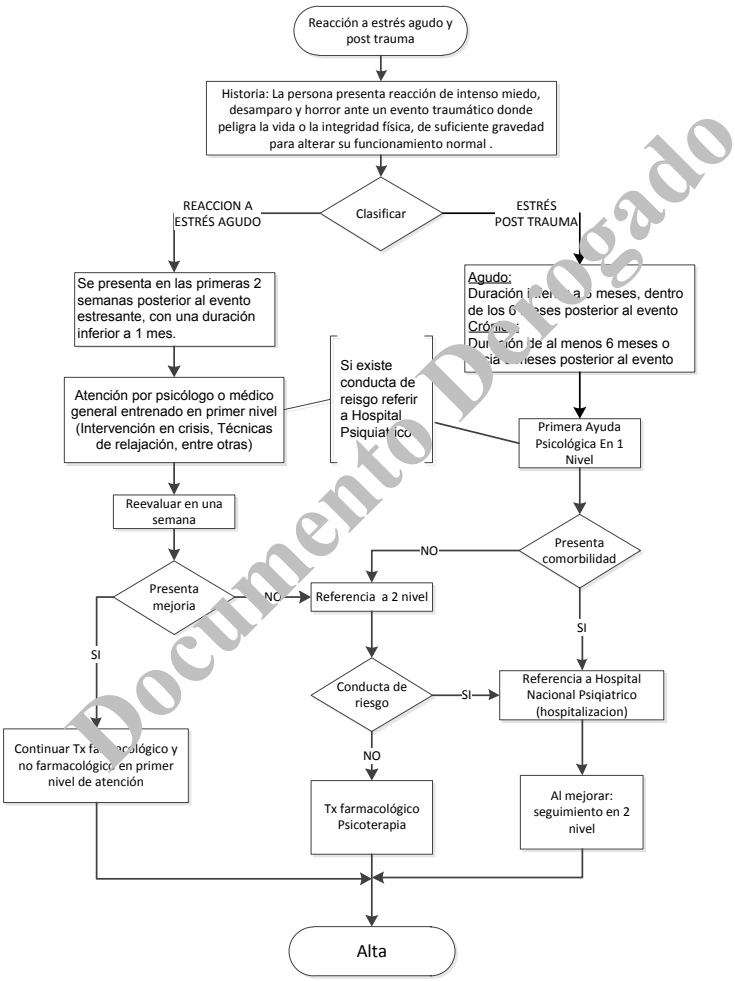
El seguimiento se realizará de acuerdo a la evolución de cada caso, en el segundo o primer nivel. El seguimiento y control en el primer nivel debe ser complementario entre el Ecos Familiar y Especializado, según dipensarización.

6.13 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.

Documento Derogado

6.14 Flujograma.



Documento Derogado

7. Trastornos depresivos.

7.1. Generalidades.
El trastorno depresivo es una entidad clínica que se caracteriza por la alteración del estado de ánimo.

7.2. Definición.
La depresión (del latín depressus "abatido" "derribado") es un estado de abatimiento e infelicidad que puede ser transitorio o permanente. En general el paciente se ve y los demás lo ven como derribado, debilitado en su potencialidad y en la base de sustentación afectiva; desplaza su eje de acción usual, esta desganado y con baja energía.

7.3. 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.

7.4. 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 error, y baja tolerancia a la frustración, personalidad de tipo dependiente y pasivo, adictos a sustancias, entre otros.

7.5. Clasificación.
1. **De acuerdo a su severidad**, los episodios depresivos se clasifican en: episodio depresivo leve, moderado, grave con o sin síntoma psicótico y grave con o sin ideación suicida.
2. **Trastorno depresivo recurrente**: Es aquel en el que hay una recaída de la sintomatología depresiva en un periodo inferior a dos años. Puede ser con episodio actual leve, moderado, grave con o sin síntomas psicóticos, grave con o sin ideación suicida.
3. **Trastornos afectivos persistentes.** Distimia, depresión leve que dura por lo menos dos años (para niños y adolescentes puede ser de un año o menos) y ciclotimia.
4. **Otros trastornos del afecto:** Trastornos del afecto secundarios a enfermedad médica, a otra enfermedad psiquiátrica o inducido por sustancias; depresión atípica, depresión post parto, trastorno mixto ansioso depresivo, melancolía, depresión doble (sobre un cuadro de distimia se sobrepone un episodio depresivo mayor), depresión enmascarada (Depresión que se manifiesta por medio de síntomas somáticos predominantemente), trastorno disfórico pre menstrual (se da durante la última semana de la fase luteínica o progestacional) y depresión bipolar (se da en el marco de un trastorno bipolar).

Documento Derogado

7.6. Manifestaciones clínicas.

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 enlentecimiento (de carácter tanto subjetivo como objetivo)
6. Cualquier tipo de alteración del sueño.
7. Cambio en el apetito (aumento o disminución) con el correspondiente cambio de peso.
8. Una perspectiva sombría del futuro o rumiación sobre el pasado.
9. Aislamiento o retraimiento social.
10. Percepción de inhabilidad para asumir las responsabilidades del diario vivir.
11. Disminución de la locuacidad.
12. Síntomas psicóticos, ideación o intento suicida en casos graves.

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

7.7. Apoyo diagnóstico.

- Historia clínica psiquiátrica
- Escalas para depresión.
- Psicometría.
- Electroencefalograma.
- Pruebas tiroideas.

7.8. Diagnóstico diferencial.

- Trastornos de ansiedad.
- Duelo.
- Demencias de diverso origen.
- Enfermedades médicas como: cáncer de páncreas, esclerosis múltiple, infección por VIH-Sida, entre otros.
- Hipotiroidismo o hipertiroidismo
- Uso crónico de sustancias psicoactivas o medicamentos (Alcohol, barbitúricos, antihipertensivo que afectan las aminas centrales, interferón, entre otros).
- Trastornos por somatización.
- Trastorno bipolar.
- Trastorno esquizoafectivo y esquizofrenias incipientes
- Uso crónico de anticonceptivos orales.

Documento Derogado

7.9. Tratamiento.
El tratamiento se debe instaurar de acuerdo a la gravedad del episodio depresivo:

- Si se trata de un episodio depresivo leve puede ser tratado con psicoterapia o consejería en el primer nivel de atención por un psicólogo, médico general o de familia con entrenamiento en salud mental.
- En el caso de una depresión moderada o grave, por lo general se requiere el uso de fármacos y psicoterapia, por lo que se debe referir al nivel de atención en el que pueda ser evaluado por un médico psiquiatra.
- En un episodio depresivo grave, debe evaluarse el riesgo suicida y en caso de existir, se debe referir al nivel de atención que cuente con psiquiatra.
- Fármacos:

Antidepresivos tricíclicos.

- Amitriptilina (25 mg/tableta): Dosis ambulatorias 50 - 100 mg/día en pacientes hospitalizados puede llegarse hasta 200 - 300 mg/día.
- Imipramina (25 mg/ tableta): 50 - 100 mg/día. Dosis máxima: 300 mg/día.
- Clomipramina (25 mg/ tableta): 100 - 150 mg/día. Dosis máxima: 250 mg/día.

Inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina.

- Paroxetina (20 mg/ tableta): 20 - 60 mg/día.
- Sertralina (50 mg/ tableta): 50 - 100 mg/día. Dosis máxima: 200 mg/día.

Si el paciente no muestra una mejoría moderada después de seis a ocho semanas de tratamiento farmacológico debe explorarse la presencia de otros factores que pueden interferir como: trastornos médicos o psiquiátricos concurrentes, problemas psicosociales relevantes o falta de respuesta al fármaco en uso.

En caso de buena respuesta al tratamiento, los fármacos deberán mantenerse un mínimo de seis a doce meses luego de la remisión de la sintomatología. En caso de riesgo suicida persistente, síntomas catatónicos o psicóticos graves debe ingresarse en el tercer nivel de atención y valorarse el uso de terapia electroconvulsiva.

7.10 Complicaciones: Disfunción familiar, social y laboral, suicidio, consumo de sustancias psicoactivas.

7.11 Niveles de atención y criterios de referencia y retorno.

Primer nivel
Se realizará la detección, diagnóstico y tratamiento de depresiones leves.

Segundo nivel
Se tratarán depresiones moderadas y graves sin riesgo.

Tercer nivel
Se tratarán depresiones graves y refractarias.

Documento Derogado

7.12 Criterios de referencia y retorno.

- En pacientes con depresiones moderadas o graves deben referirse al nivel de atención en el que sea evaluado y tratado por un psiquiatra.
- Los pacientes con depresión grave en remisión y sin criterios de riesgo, pueden ser retornados al segundo nivel para seguimiento.
- En caso de una depresión moderada en remisión, puede ser retornada al primer nivel para seguimiento.
- Depresiones graves con síntomas psicóticos que representen un riesgo para el paciente o para terceros, depresiones graves con ideación o intentos de suicidio y depresiones graves con síntomas catatónicos deben referirse al Hospital Nacional Psiquiátrico para evaluación y tratamiento.

7.13 Criterios de seguimiento.

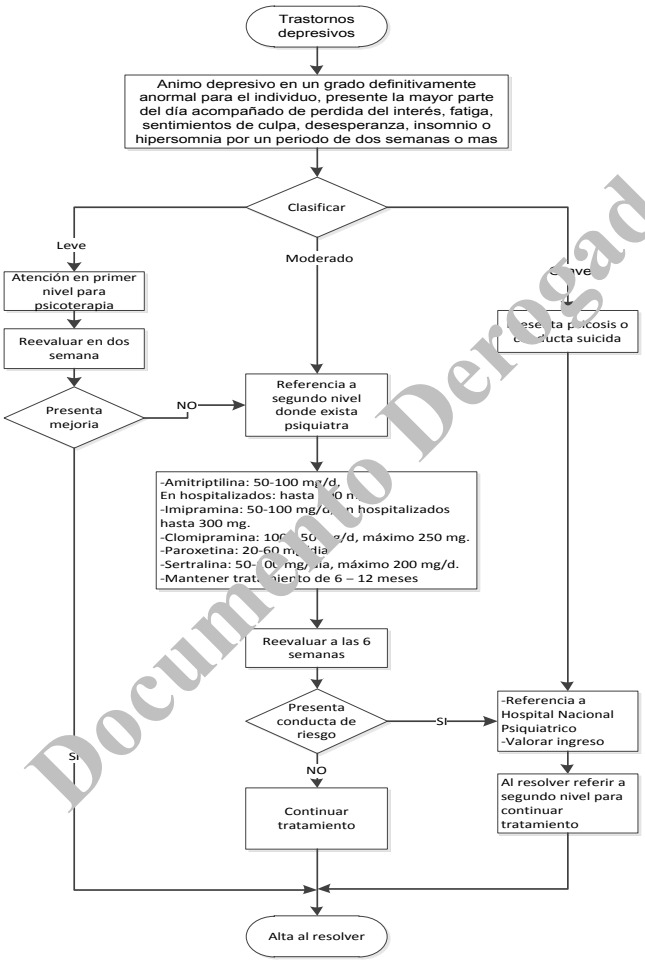
- El tratamiento deberá mantenerse por un periodo mínimo de seis meses luego de la remisión de los síntomas.
- La suspensión del medicamento debe realizarse de forma gradual y bajo supervisión médica para evitar recaídas.
- .El seguimiento y control en el primer nivel debe ser complementario entre el Ecos Familiar y Especializado, según dipensarización.

7.14 Medidas preventivas y de educación en salud.

- Psicoeducación al paciente y la familia sobre el trastorno depresivo, y sobre prevención de suicidio.
- 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.

Documento Derogado

7.15 Flujograma.



Documento Derogado

8. Paciente agitado.

8.1. Generalidades.
Tanto la agitación como la agresión son constelaciones sindrómicas que pueden ser vistas en gran número de condiciones clínicas y no son específicas de cuadros psiquiátricos, sino también de cuadros médicos, neurológicos y post-operatorios, entre otros.

8.2. Definición.
La agitación es una condición clínica caracterizada por una actividad motora excesiva, irritabilidad, hostilidad y suele preceder a la violencia.

La actividad motora puede presentarse dentro de un amplio rango que puede ir desde una inquietud motora moderada hasta un comportamiento francamente agresivo, con potencial daño para el paciente mismo o para otras personas o cosas; esta actividad puede ir acompañada de fenómenos psíquicos diversos tales como alucinaciones o ideas delirantes.

8.3. Etiología.
Las etiologías más frecuentes son:

I. Trastornos psiquiátricos primarios: Trastornos psicóticos, del estado de ánimo, de ansiedad y de personalidad.
II. Etiología médica general.
   A. Patologías médicas sistémicas.
      - Alteraciones metabólicas: desbalance hidroelectrolítico, diabetes mellitus, hipoxia.
      - Endócrinas: patologías tiroideas, adrenales, síndrome de carcinoide.
      - Falla orgánica: encefalopatía hepática, urémica, falla respiratoria, patologías cardiovasculares.
   B. Patologías del sistema nervioso central: traumatismos, patologías vasculares, neuroinfecciones, epilepsia, demencia.
   C. Abuso de sustancias licitas e ilícitas, intoxicación aguda o síndrome de abstinencia.
   D. Efectos idiosincrásicos, tóxicos y adversos de medicamentos.

8.4. Manifestaciones clínicas.
- Aumento creciente de la actividad motora (hiperactividad).
- Presencia de gestos, actitudes violentas y amenazas verbales.
- Respuesta desproporcionada a estímulos externos.
- Conductas de auto o hetero - agresión.
- Gritos o exhibición de violencia sobre objetos.
- Alucinaciones e ideas delirantes.
- Alteraciones de signos vitales, autonómicos, de la conciencia y orientación.
- Suspicacia, hostilidad, demandante.

Se deben indagar antecedentes de consumo de sustancias o conductas agresivas previas.

8.5. Apoyo diagnóstico.
Dependiendo de la sospecha clínica se deben indicar los siguientes exámenes: hemograma, química sanguínea, gases arteriales, punción lumbar, pruebas toxicológicas, radiografías, electroencefalograma o TAC cerebral.

8.6. Diagnóstico diferencial.
El diagnóstico diferencial se debe realizar discriminando tanto causas médicas como psiquiátricas.

Documento Derogado

8.7. Tratamiento.
Para el manejo integral del paciente agitado, se debe evaluar la aplicación de las siguientes medidas de acuerdo a cada caso:

1. Medidas de seguridad.
Inicialmente, se debe proteger la integridad del paciente y del personal que le atiende, asimismo se debe mantener una distancia de seguridad de aproximadamente un metro entre el paciente y el personal.

También se debe prever una vía de salida abierta e inmediata, el personal debe mantenerse de pie durante el abordaje y solicitar ayuda al personal de apoyo y de seguridad o policía según el caso. Idealmente, la sala debe estar libre de objetos contundentes.

2. Contención verbal.
El personal de salud, se debe dirigir al paciente en tono bajo, no amenazante pero con seguridad y firmeza. Se debe evitar el contacto físico inicial y mirarlo fijamente a los ojos.

Se debe mostrar interés por su problema, escucharlo, comprenderlo y ofrecerle ayuda. Se debe procurar ganarse su confianza.

En general, la contención verbal suele ser insuficiente para controlar un cuadro de agitación intensa.

3. Contención mecánica (sujeción):
Consiste en restringir los movimientos del paciente y va encaminado a disminuir los riesgos de autoagresividad o heteroagresividad.

Se debe informar inicialmente al familiar o acompañante que el paciente será sujetado. Si el estado clínico lo permite se le debe también informar al paciente.

En general, suelen ser necesarias entre tres o cinco personas. Una vez tomada la decisión de contener físicamente al paciente, debe hacerse de la manera más rápida y coordinada posible, sujetándolo de cada una de las extremidades, a una cama o camilla con sujeción adicional en el tórax (respetando la articulación humero-clavicular).

El paciente sujetado debe ser supervisado cada treinta minutos y no debe mantenerse en esa condición por más de ocho horas.

4. Estabilizar las causas médicas.

5. Contención farmacológica. Debe utilizarse cuando la condición médica o psiquiátrica del paciente lo amerite. la medicación parenteral específica debe indicarse y tenerse preparada antes de la sujeción, de tal forma que se aplique con rapidez:

- Haloperidol (5 mg/ampolla) 5 - 10 mg IM cada treinta minutos, hasta obtener sedación, sin sobrepasar 60 mg en veinticuatro horas.
- Clorpromazina (50 mg/ampolla) 50 mg IM cada treinta minutos, hasta obtener sedación, sin sobrepasar 300 - 400 mg en veinticuatro horas.
- Benzodiacepinas:
    - Diazepam 10 mg IV (a una velocidad de 2 mg por minuto) cada treinta minutos, hasta obtener sedación, sin sobrepasar 60 mg en veinticuatro horas. Se puede usar

Documento Derogado

concomitantemente con haloperidol, en diferentes jeringas, según lo amerite el estado del paciente.

- Midazolam: (15 mg/ampolla) 7.5 - 15 mg IM cada treinta minutos, hasta obtener sedación, sin sobrepasar 45 mg en veinticuatro horas. Se puede usar combinado con haloperidol.

Se debe evaluar los signos vitales del paciente antes, durante y después de la aplicación de la medicación parenteral.

La sujeción y la sedación deben mantenerse el menor tiempo posible, ya que son medidas emergentes que deben ser sustituidas por un manejo clínico específico para cada patología. El objetivo de éstas es controlar el estado de agitación y no necesariamente sedar profundamente.

8.8. Complicaciones.
El paciente agitado puede sufrir complicaciones médicas; asimismo consecuencias sociales, legales, económicas o familiares.

8.9. Niveles de atención y criterios de referencia y retorno.
Todo paciente agitado debe ser manejado en el segundo o tercer nivel de atención, si el paciente consulta en el primer nivel, debe ser evaluado y referido al nivel correspondiente según la patología y el estado del paciente**.**

Los pacientes agitados idealmente deben ser evaluados por medicina Interna para descartar una patología orgánica.

8.10. Criterios de referencia.
Los pacientes con agitación identificada en el primer nivel deben ser referidos al segundo nivel u Hospital Psiquiátrico de acuerdo a la complejidad del cuadro clínico.

8.11. Criterios de seguimiento.
Una vez resuelta la agitación y estabilizada la causa que la originó, el paciente debe mantenerse en observación por cuarenta y ocho o setenta y dos horas.
Al ser dado de alta, se debe continuar el seguimiento en el nivel respectivo. El seguimiento y control en el primer nivel debe ser complementario entre el Ecos familiar y especializado, según dipensarización.

8.12. Medidas preventivas y de educación en salud.

- Detección temprana y tratamiento oportuno de los problemas de salud que pueden originar agitación.

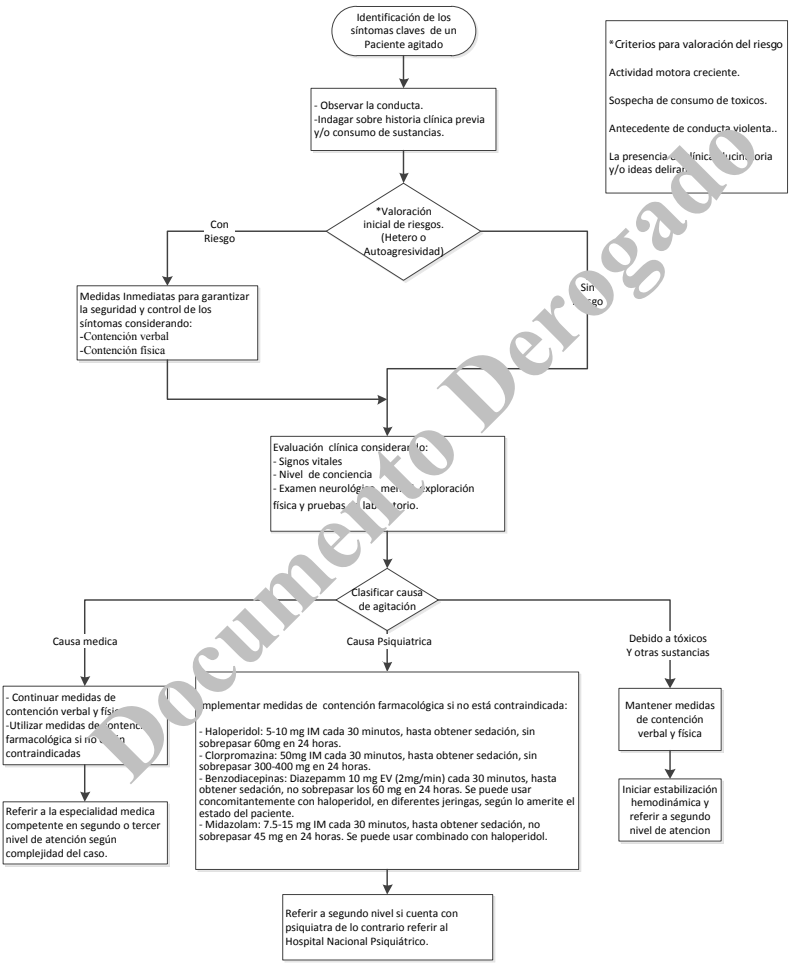
- Educación del personal médico y paramédico de las posibles causas de dicho cuadro.

- Educación y orientación a la familia y al paciente sobre las razones de los procedimientos como la contención física, la sedación y porqué se utilizan aún en contra de los deseos del paciente.

- Debe aclararse que la sujeción y la sedación tienen como objetivo la protección del paciente y de los que lo rodean.

Documento Derogado

8.13. Flujograma.



Documento Derogado

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

9.1 Generalidades.

La drogodependencia es un trastorno conductual crónico manifestado por el consumo repetitivo de drogas licitas e ilícitas que interfiere en la salud y en su funcionamiento, social, laboral y económico.

Las vías de administración pueden ser:

- Oral
- Pulmonar: inhalada o fumada
- Nasal: esnifada
- Rectal o genital
- Parenteral.

9.2 Definición.

Droga: Según la OMS: "Es toda sustancia que, introducida en el organismo por cualquier vía de administración, produce una alteración del natural funcionamiento del sistema nervioso central del individuo y es además, susceptible de crear dependencia".

9.3 Clasificación.

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.

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

La UNESCO define las diferentes formas de consumo de las drogas de la siguiente manera:

- Experimental: consumo fortuito y durante un período de tiempo muy limitado.
- Ocasional: la persona discrimina que tipo de droga y donde quiere usarla, es un consumo intermitente.
- Habitual: la persona dedica gran parte de su tiempo a pensar en la droga, buscarla y autoadministrarla.
- Compulsivo: consumo muy intenso varias veces al día.

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:

Documento Derogado

-Las bebidas fermentadas son aquellas que proceden de un fruto o de granos (vino, cerveza, sidra.)

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

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.

9.4 Epidemiología.

El 10% de la población en general padece de alcoholismo.

El alcoholismo es una de las primeras diez causas de consulta en las instituciones del Sistema Nacional de Salud, entre las primeras cinco en el Hospital Nacional Psiquiátrico.

La dependencia a cocaína se encuentra dentro de las primeras cinco causas de consulta en emergencia y la segunda causa de egreso de hospitales psiquiátricos.

A nivel internacional, la drogodependencia disminuye la esperanza de vida de la persona de diez a doce años y se relaciona con el 33.6% de homicidios, 33.6% de suicidios, y el 60% de accidentes de tránsito.

9.5 Etiología.

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.

Documento Derogado

Social: sociedad consumista y tecnificada, publicidad y propaganda manipuladora e inductora al consumo de drogas.

Judicial: legislación o su práctica permisiva.

9.6 Clasificación y manifestaciones clínicas.

Síndrome de dependencia.
Es un conjunto de manifestaciones fisiológicas, comportamentales y cognoscitivas 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.

El diagnóstico de drogodependencia sólo debe hacerse si en algún momento en los doce meses previos o de un modo continuo se han presentando tres o más de los rasgos siguientes:

a. Deseo intenso o vivencia de una compulsión a consumir una sustancia.
b. 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.
c. Síntomas somáticos de un síndrome de abstinencia cuando el consumo de la misma sustancia u otra muy similar se reduce o cesa.
d. 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.
e. 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.
f. Persistencia del consumo de la sustancia a pesar de sus evidentes consecuencias perjudiciales.

Clasificación del síndrome de dependencia (CIE 10).

El personal de salud debe clasificarla de la siguiente manera:

- 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.

Documento Derogado

- En la actualidad en abstinencia con tratamiento con sustancias aversivas o bloqueantes: con consumo actual de la sustancia, consumo continuo y consumo episódico (dipsomanía).

Intoxicación aguda.

Es un estado transitorio consecutivo a la ingestión o asimilación de sustancias psicotropas 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. Se deben tomar en cuenta los siguientes criterios clínicos:

- 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 porque reflejar la acción primaria de la sustancia. Por ejemplo una sustancia depresora del sistema nervioso central puede producir agitación o hiperactividad.
- Los efectos de algunas sustancias como el cannabis y los alucinógenos son imprevisibles.
- Muchas sustancias psicotropas pueden producir efectos de diferentes tipos en función de la dosis.
- La desinhibición de la conducta debe ser tomada en cuenta.

Los signos y síntomas de intoxicación deben atribuirse a una sustancia y será el diagnóstico principal en los casos en los que se presenta en ausencia de problemas más graves o persistentes relacionados con el alcohol u otras sustancias psicótropas.

Signos de intoxicación según alcoholemia.

Intoxicación leve.

Alcoholemia de 50 - 149 mg %: leve incoordinación motora, euforia, rubicundez facial, inyección conjuntival, verborragia, excitación y disminución de la atención, los reflejos y campo visual.

Intoxicación moderada.

Alcoholemia de 150 – 249 mg %: excitación, confusión, agresividad, alteración de la percepción, pérdida del equilibrio, incoordinación motora, disartria, alteración de la comprensión, aturdimiento.

Documento Derogado

Intoxicación severa.

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.

Clasificación de la Intoxicación. (CIE-10).

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.

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.

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. Se deben tomar en cuenta los siguientes criterios clínicos:

- 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.
- 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 del síndrome de abstinencia.

Pueden ser: No complicado, con convulsiones, con delirium.

Delirium tremens por alcohol.

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

Documento Derogado

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:

- 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.

9.7 Apoyo diagnóstico.
Pruebas de laboratorio. De acuerdo al estado clínico de cada paciente, deben valorarse las siguientes pruebas:

Hemograma completo, electrolitos, glicemia, colesterol, triglicéridos, nitrógeno ureico y creatinina, transaminasas, billirrubinas, proteína C reactiva, tiempo de protombina, prueba de coagulación, lactato deshidrogenasa (LDH), creatinfosfocinasa (CPK), gases arteriales, niveles de vitamina B 12 y acido fólico, VIH, serología para sífilis, punción lumbar, test de embarazo y PPD (test cutáneo de tuberculina).

Pruebas de gabinete:

Electroencefalograma, TAC cerebral, electrocardiograma, radiografía de tórax, pruebas psicológicas (coeficiente intelectual, pruebas de personalidad, entre otras). También se pueden aplicar las escalas de tamizaje CAGE, MAST, TWEAT, AUDIT, CIWA, ASI y Glasgow).

9.8 Diagnóstico diferencial.
Intoxicación por otras drogas sedantes del sistema nervioso central como barbitúricos, benzodiacepinas, 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.

9.9 Tratamiento.
Actualmente no existe un tratamiento farmacológico específico para curar las drogodependencias.

Tratamiento de intoxicaciones leves por alcohol, cocaína y síndrome de abstinencia leve por alcohol y cocaína.

El tratamiento de las drogodependencias se realiza en base a cinco pilares fundamentales:

Documento Derogado

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 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.
e) Al revertir cuadro médico, se debe referir a Hospital Nacional Psiquiátrico para tratamiento y rehabilitación integral de la drogodependencia.

Tratamiento de intoxicaciones moderadas y graves por alcohol y cocaína, síndrome de abstinencia moderada y grave por alcohol y cocaína y delirium por alcohol.

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: benzodiacepinas, neurolépticos o ambos:
   - Haloperidol (5mg/ampolla) 5 - 10 mg 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.
   - Diacepam (10 mg/ampolla) 10 mg intravenoso (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.
f) Manejo de complicaciones médicas.
g) Al revertir la morbilidad, se debe referir al Hospital Nacional Psiquiátrico para tratamiento y rehabilitación integral de la dependencia.

Tratamiento de la dependencia a alcohol y cocaína.

1. Terapia farmacológica
   - Antipsicóticos: haloperidol, clorpromacina, olanzapina, risperidona, y quetiapina.
   - Antidepresivos: triciclicos, inhibidores selectivos de serotonina
   - Moduladores del afecto: carbamacepina, acido valproico, carbonato de litio.
   - Benzodiacepinas: diazepam, bromazepam, clonazepam.
   - Las dosis se deben evaluar en cada caso según el cuadro clínico que presente el paciente.

Documento Derogado

2. Terapia psicológica: psicoterapia conductual, cognitivo - conductual, terapia motivacional, terapia de abordaje individual y grupal, terapia de pareja y de familia, terapia recreativa, psicoterapia Gestalt, programas de auto ayuda, programa de centro de día.

3. Abordaje social y comunitario: red de centros de tratamiento y rehabilitación, reinserción integral socio-laboral, preparación para incorporación familiar y social.

9.10 Complicaciones.

- 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.

- Psiquiátricas: psicosis, trastornos afectivos, demencia, trastornos de ansiedad. trastornos del sueño, trastornos de la sexualidad, suicidio, entre otros.

- Sociales: Disfunción familiar y laboral, problemas legales, desempleo, accidentes de tránsito, deserción escolar, embarazos en adolescentes entre otros.

9.11 Niveles de atención, criterios de referencia y retorno.

Primer nivel de atención.

- En este nivel se atenderán los pacientes con intoxicaciones y abstinencias leves por alcohol o cocaína.

- Durante la entrevista clínica se utilizarán las escalas y test para detectar la existencia de consumo, abuso o dependencia de drogas.

- Desde este nivel se dará alta y se continuará con el seguimiento por el equipo comunitario de salud, si se trata de la primera consulta; de lo contrario se debe referir al segundo o tercer nivel de atención según la complejidad de cada caso.

Segundo nivel de atención.

- En éste nivel se deben atender los pacientes con: intoxicación moderada y graves por alcohol y cocaína, síndrome de abstinencia moderada y grave por alcohol y cocaína, delirium por alcohol, Todos los casos pueden presentarse con o sin complicaciones médicas y psiquiátricas.

Hospital Nacional Psiquiátrico. En este nivel se debe:

- Evaluar al paciente para determinar si el cuadro psiquiátrico es de inicio previo a la drogodependencia, concomitante, posterior o como consecuencia del uso de drogas. Se debe evaluar además que tipo de trastorno psiquiátrico presenta.

Documento Derogado

- Evaluar la necesidad de ingreso de los pacientes con comorbilidad psiquiátrica descompensada, y de los pacientes que iniciarán la rehabilitación integral de drogodependencia.

El proceso de rehabilitación debe durar un promedio de dos años, posteriormente el seguimiento se debe realizar a través de visitas por equipo interdisciplinario, controles telefónicos durante seis meses y al dar alta referencia al primer nivel.

9.12 Referencia y retorno.

- Todo paciente que ha corregido la intoxicación o abstinencia por alcohol y cocaína, se debe referir al Hospital Nacional Psiquiátrico para rehabilitación integral.

- Todo paciente que presente una complicación médica o psiquiátrica moderada o grave, se debe referir al nivel correspondiente según la complejidad de cada caso, una vez estabilizado, referir a Hospital Nacional Psiquiátrico para su rehabilitación.

- Al completar el programa o proceso de rehabilitación integral en el Hospital Nacional Psiquiátrico, se debe referir al primer nivel para su seguimiento.

9.13 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 comunitarios, que permitan a la misma comunidad apropiarse de un estilo de vida saludable.

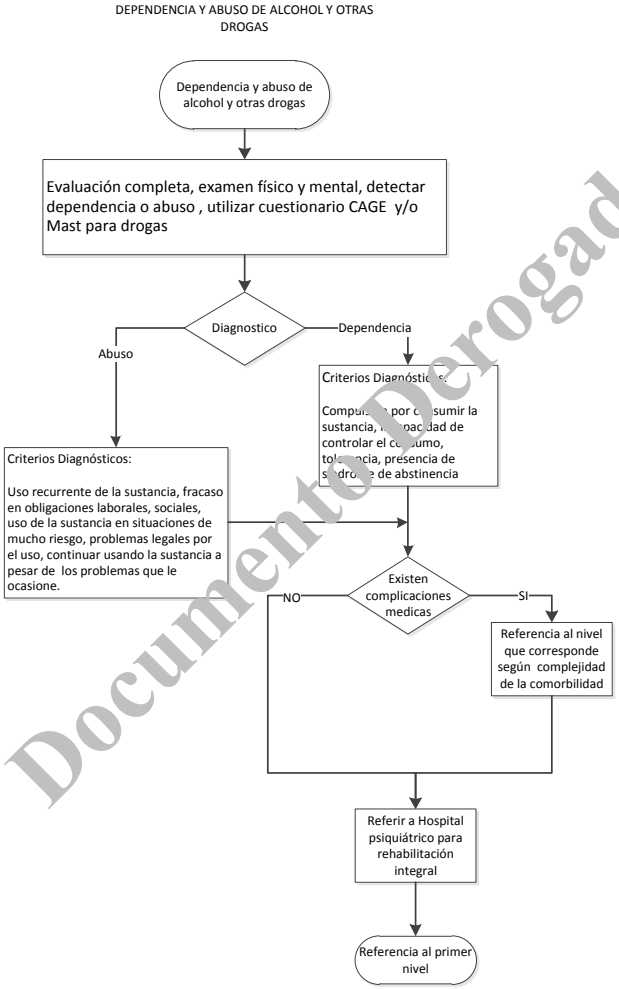
Se debe evaluar la presencia de factores de riesgo como factores de protección a nivel individual familiar, escolar, comunitario y social, con el objeto de incidir en la modificación de los mismos.

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.

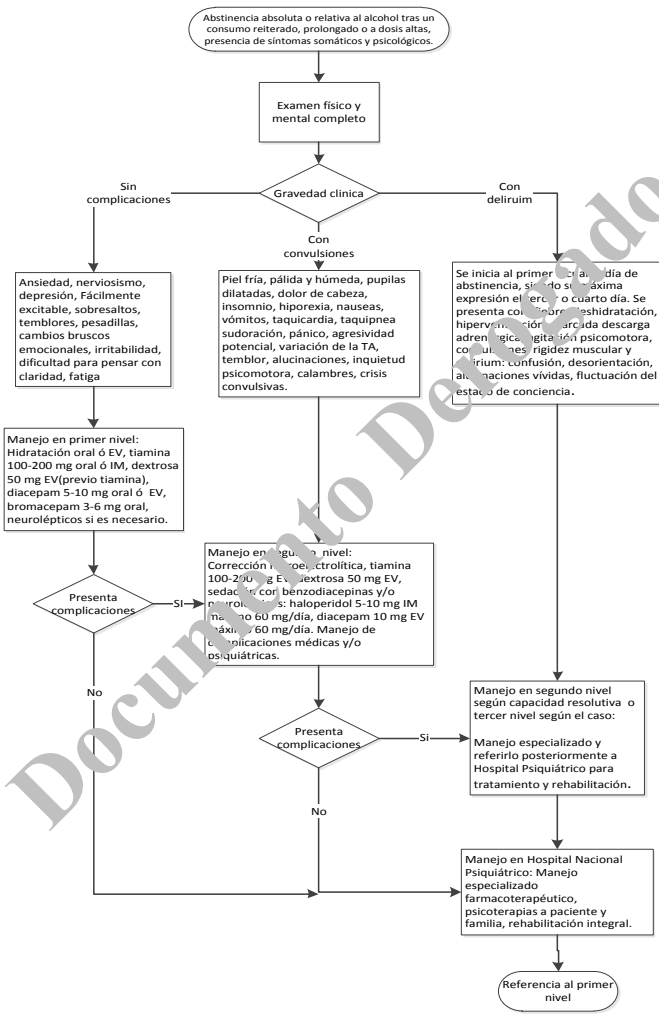
Documento Derogado

9.14 Flujogramas.



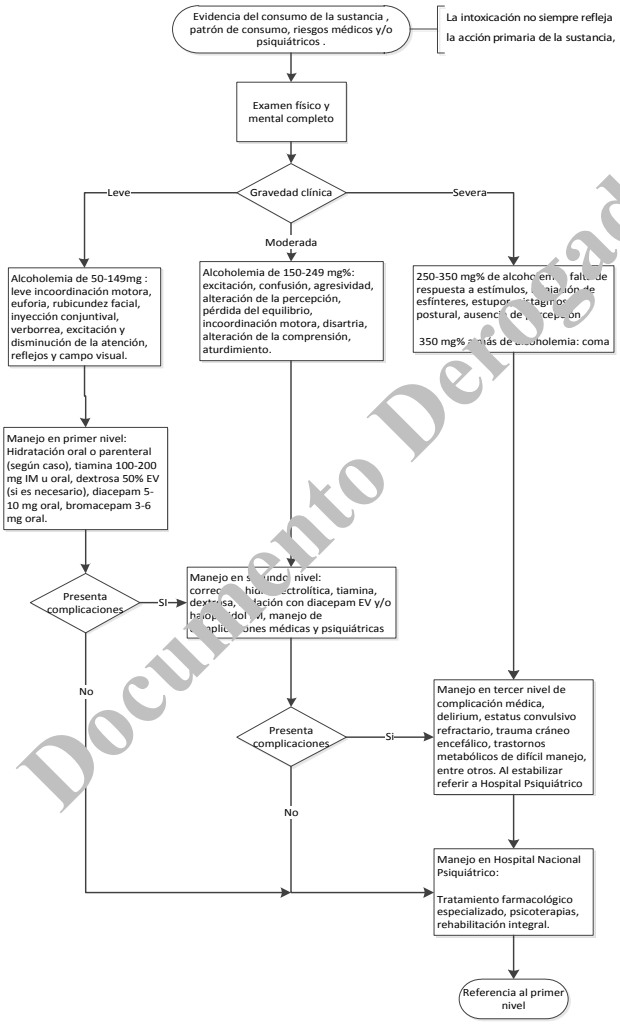
Documento Derogado

ABSTINENCIA A ALCOHOL



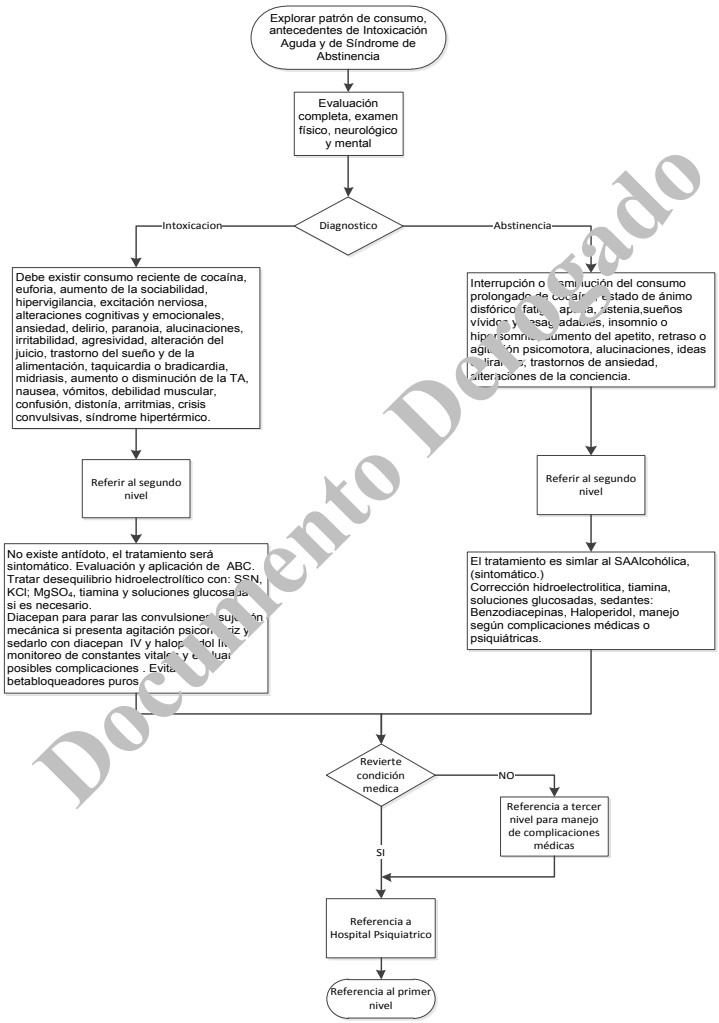
Documento Derogado

INTOXICACION ALCOHOLICA



Documento Depurado

INTOXICACION Y SINDROME DE ABSTINENCIA POR COCAINA



Documento Deteriorado

10. Trastorno bipolar.

10.1. 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.

10.2. Definición.

Es un trastorno caracterizado por la presencia de episodios reiterados (al menos dos) en los que el estado de ánimo y los niveles de actividad del paciente 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 otros, en una disminución del estado de ánimo y un descenso de la vitalidad y de la actividad (depresión).

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.

10.3 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 en los 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.

10.4 Etiología.

Factores genéticos, bioquímicos, neuroendocrinos, neurofisiológicos, psicológicos y psicosociales.

10.5 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

Documento Derogado

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.

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.

10.6 Manifestaciones clínicas.

Episodio depresivo

- 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 (letargo).
- 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 maníaco.

- 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.

Documento Derogado

- 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.
- 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 hipomaníaco.

- 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.

- 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.

  Son más resistentes al tratamiento.

10.7 Apoyo diagnóstico.

El diagnóstico es eminentemente clínico y se pueden realizar las siguientes evaluaciones:

- Escala de Young para la evaluación de la manía (YMRS)
- Escala de Hamilton para depresión
- Pruebas que descarten uso de sustancias psicoactivas.
- Pruebas tiroideas.

Documento Derogado

- Hemograma y química sanguínea.
- Electroencefalograma.
- TAC cerebral.

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.

10.8 Tratamiento.

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, electrólitos, 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: Li, 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.
- 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

Documento Derogado

- En algunos casos puede requerirse tratamiento complementario y breve con benzodiacepinas: 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: risperidona (2 mg/tab) dosis de 2 a 8 mg, olanzapina (10 mg/tableta), dosis de 10 - 20 mg/día y quetiapina (fumarato) (300 mg/tableta) 300 - 1200 mg/día
- En su defecto utilizar antipsicóticos típicos: Haloperidol (5 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.
- Deben combinarse terapias farmacológicas y psicosociales.

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 electroconvulsiva, si el cuadro clínico amenaza la vida del paciente.
- Siempre se debe utilizar la combinación entre terapia farmacológica y psicoterapia.

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.

Documento Derogado

Tratamiento no farmacológico.

- Psicoterapia.
- Intervenciones psicosociales concomitantes, dirigidas al control de la enfermedad, apego terapéutico, cambios en estilo de vida, detección temprana de síntomas prodrómicos, prevención de recaídas y de consumo de sustancias psicoactivas.

10.9 Complicaciones.

- El pronóstico de la enfermedad suele ser malo, sin un diagnóstico oportuno y tratamiento adecuado, ya que causa una considerable morbilidad psicosocial con notable deterioro familiar, laboral y social.
- Problemas legales.
- La tasa de mortalidad de los pacientes bipolares es de dos a tres veces superior a la de la población general, tanto por suicidio como por causas médicas.
- Abuso de alcohol y drogas.

10.10 Niveles de atención y criterios de referencia y retorno.

Primer nivel.
En este nivel se realiza la detección, diagnóstico y referencia al nivel correspondiente según la severidad.

Segundo nivel.
En este nivel se atienden pacientes que no presentan factores de riesgo (conducta suicida, violencia, resistencia al tratamiento, entre otros).

Hospital psiquiátrico.
En este nivel se atienden pacientes con factores de riesgo y difícil manejo:

- Episodio maníaco o hipomaníaco con agitación severa.
- Episodio depresivo grave o con ideación suicida.
- Episodio que por sus características ponga en peligro la vida del paciente, familiares o la comunidad.
- Tratamiento ambulatorio con respuesta clínica insatisfactoria (recaídas, resistencia y otros).
- Necesidad de tratamiento disponible únicamente en servicios de hospitalización psiquiátrica como terapia electroconvulsiva.

10.11 Criterios de referencia y retorno.
Todo paciente en quien se sospeche la presencia de trastorno bipolar deberá referirse al segundo o tercer nivel de atención para evaluación y tratamiento por médico psiquiatra.

Documento Derogado

Una vez estabilizado el paciente deberá continuar su manejo en el segundo nivel de atención por psiquiatra..

10.12 Criterios de seguimiento.

Dado que se trata de una patología de evolución crónica, estos van orientados a:

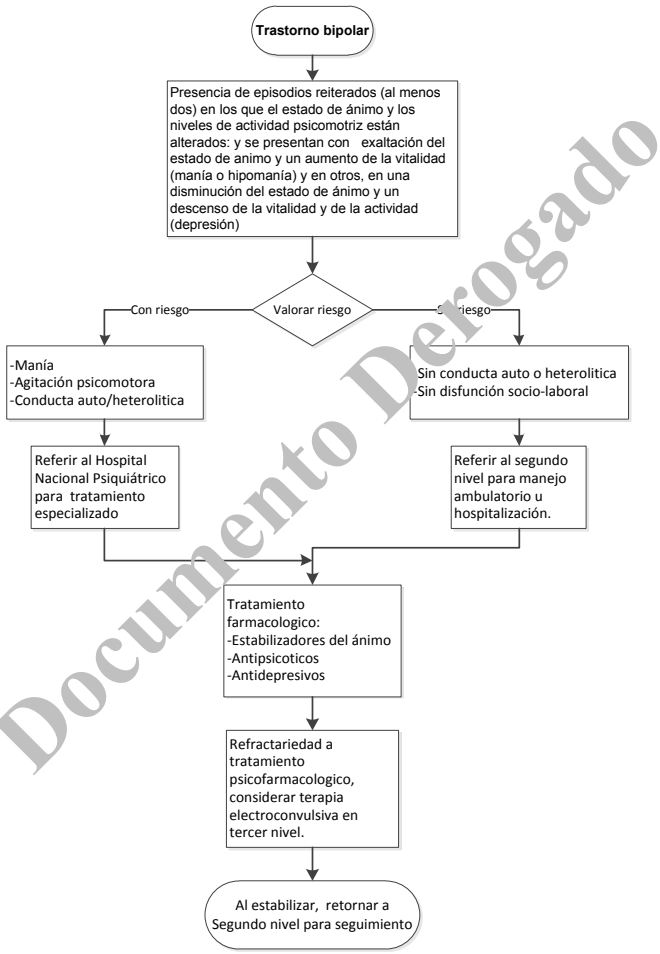
- Prevenir las recaídas, recurrencia y consumo de sustancias psicoactivas.
- Reducir los síntomas subclínico.
- Reducir el riesgo de suicidio.
- Reducir la frecuencia de ciclación o disminuir los niveles de inestabilidad del estado de ánimo.
- Mejorar el funcionamiento general.
- Dar continuidad y mantenimiento a la terapia psicofarmacológica con fines de mantener la estabilidad en el paciente.
- El seguimiento y control en el primer nivel debe ser complementario entre el Ecos familiar y especializado, según dipensarización

10.13 Medidas preventivas y de educación en salud.

- Ayudar a aceptar la enfermedad.
- Proporcionar información sobre su autocuidado como seguridad en el sexo, posibles problemas legales, dieta, sueño, u otras indicaciones pertinentes.
- Propiciar la adherencia al régimen de tratamiento y la necesidad del tratamiento profiláctico.
- Enseñar a identificar los síntomas precozmente para consultar oportunamente.
- Fortalecer la relación médico - paciente.
- Discutir riesgos-beneficios del cumplimiento del tratamiento farmacológico con el paciente y los familiares.
- Brindar información sobre efectos secundarios de medicamentos.
- Discutir otros factores que puedan influir a futuro en sus recaídas.
- Enseñar a evitar y a manejar situaciones estresantes del medioambiente.
- Fomentar el soporte familiar.
- Establecer expectativas de vida.
- Proveer al paciente y su familia de la información necesaria acerca de su enfermedad y manejo.

Documento Derogado

10.14 Flujograma.



Documento Derogado

11. Esquizofrenia.

11.1. Generalidades.

La esquizofrenia se constituye en una de las enfermedades o padecimientos mentales más antiguos en la historia de la humanidad, su importancia radica en el compromiso y afectación en las funciones esenciales de la persona que la adolece, deteriorando de manera severa las relaciones sociales, familiares y laborales.

El comienzo puede ser agudo, con alteraciones del comportamiento conductual o insidioso con un deterioro gradual.

11.2. Definición.

Se considera una enfermedad o un grupo de trastornos crónicos, caracterizados por alteraciones de tipo cognoscitivo, afectivo y del comportamiento que producen desorganización severa del funcionamiento social.

11.3 Epidemiología.

El riesgo de desarrollar esquizofrenia es aproximadamente 1 % de la población a nivel mundial, la incidencia por sexo es similar.

11.4 Etiología.

No se ha logrado establecer una etiología clara, pero existe una interrelación entre factores biológicos y psicosociales, entre los cuales podemos citar: genéticos, neuroquímicos, neurodesarrollo, inmunológicos, psicosociales.

11.5 Manifestaciones clínicas.

Los signos y síntomas clínicos descritos a continuación deben presentarse y permanecer al menos durante un periodo de seis meses.

- Inserción del pensamiento, pensamientos de eco y robo de ideas.
- Ideas delirantes de control, persecución e influencia referidas al propio cuerpo y percepciones delirantes.
- Ideas delirantes que se relacionan con identidad religiosa, poderes sobrehumanos.
- Bloqueos en el curso del pensamiento dando lugar a un lenguaje disgregado, divagatorio, incoherente y con frecuente aparición de neologismos.
- Voces alucinatorias que comentan la propia actividad o que proceden de otra parte del cuerpo.
- Alucinaciones persistentes de cualquier modalidad, generalmente de carácter auditivo, con menos frecuencia de carácter visual, somático y táctil.
- Manifestaciones catatónicas (Excitación, estupor, flexibilidad cérea).
- Síntomas “negativos”, tales como: apatía, empobrecimiento del lenguaje, incongruencia en la respuesta emocional.
- Cambios consistentes y significativos de la conducta personal tales como: pérdida de interés, aislamiento social y retraimiento.
- Todos los síntomas descritos anteriormente, no son producidos por uso, consumo o abuso de sustancias, enfermedad médica general, ni originados por un trastorno en el estado de ánimo.

Documento Derogado

11.6 Clasificación.
Los tipos de esquizofrenia son los siguientes: paranoide, hebefrénica, catatónica (agitada o inhibida), indiferenciada, residual y simple.

11.7 Apoyo diagnóstico.
Pruebas psicométricas (test de personalidad, coeficiente intelectual, test de Bender); electroencefalograma; escala PANSS (sintomatología negativa y positiva de esquizofrenia)

11.8 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.

11.9 Tratamiento.

Fase aguda.
Objetivos del tratamiento: Prevenir las agresiones, controlar conductas disruptivas, reducir la gravedad de los síntomas psicóticos con el uso de antipsicóticos, determinar y tratar factores que conducen y originan episodio agudo, efectuar un rápido retorno al mejor nivel de funcionamiento posible.

Farmacoterapia

Fármaco	**Dosis sugerida (miligramos/día)**
Clorpromacina	300-1000 mg al día, vía oral
Haloperidol	5-60 mg al día, vía oral
Decanoato de Flufenazina	25-50 mg IM cada 15 días o mensual
Clozapina (en esquizofrenia refractaria)	100-900 mg, al día vía oral
Olanzapina	10-20 mg al día vía oral
Risperidona	2-8 mg al día vía oral
Quetiapina (fumarato)	300-900 al día vía oral

11.10 Fase de estabilidad y mantenimiento.
Objetivos de tratamiento: reducir el estrés, proporcionar apoyo, disminuir posibilidad de recaída, potencializar adaptación de vida en sociedad, facilitar la reducción continuada de

Documento Derogado

síntomas, promover el proceso de recuperación e iniciar intervenciones terapéuticas de apoyo.

Criterios de egreso: Normalización del ciclo vigilia-sueño, disminución de fenómenos alucinatorios, ausencia de daño auto y heterolesivo, adherencia al tratamiento farmacológico, disponibilidad de apoyo familiar y psicosocial.

11.11 Niveles de atención y criterios de referencia y retorno.
Primer nivel: En el primer nivel de atención es importante la detección y referencia oportuna al especialista de salud mental en segundo o tercer nivel de atención según de acuerdo a cada paciente. Se debe brindar además seguimiento ambulatorio y la psicoeducación a la familia, paciente y comunidad.
El seguimiento y control en el primer nivel debe ser complementario entre el Equipo familiar y especializado, según dipensarización.

Segundo nivel: En este nivel se puede brindar tratamiento ambulatorio y hospitalario a pacientes que no presenten un riesgo elevado de hetero o auto agresión, ni refractariedad al tratamiento.

Tercer nivel: En este nivel se deben atender a pacientes con factores de riesgo elevado, y que por tanto ameriten tratamiento intrahospitalario para su estabilización: peligro de auto y heteroagresión, agitación psicomotriz severa, alucinaciones auditivas de carácter imperativo, incapacidad del paciente para cumplir el tratamiento ambulatorio o para alimentarse, tratamiento ambulatorio con respuesta clínica insatisfactoria (recaídas, resistencia y otros).

El manejo de esta patología es exclusivo de médico psiquiatra por lo que deberá manejarse en el nivel que cuente con este especialista y psicofármacos apropiados.

11.12 Complicaciones.

Sociales.
Debido a su carácter insidioso y progresivo se produce un marcado deterioro de las relaciones interpersonales, retraimiento y aislamiento hacia el mundo circundante, reduciendo la capacidad de integración hacia la sociedad.

Laborales.
Su cronicidad es sinónimo de inactividad, la mayoría de pacientes pierden potencialmente la fuerza de trabajo, que se manifiesta a través de una notable disminución de habilidades y aptitudes para desarrollar cualquier responsabilidad y compromiso de este tipo (laboral).

Familiares.
Fragmentación del núcleo familiar al verse imposibilitado para constituir un pilar de sostén, quedando confinado a la manutención por parte de la familia.

Legales.
No se adquiere la capacidad de introspección en la fase aguda de la enfermedad, por tanto no puede adjudicarse responsabilidad sobre sus acciones pudiendo incurrir en actos que

Documento Derogado

conllevan a delinquir ante la sociedad con la consecuente penalidad por parte del estado (cárcel, libertad condicional, institucionalización).

11.13 Criterios de seguimiento.

Debido a que se trata de una condición crónica, el paciente debe permanecer en control psiquiátrico, debiendo incluir las siguientes indicaciones:

- Incorporación y asistencia a grupos de autoayuda.
- Participación en terapia ocupacional.
- Aceptación de hospitalización parcial.
- Cumplimiento de tratamiento farmacológico.
- Psicoeducación a comunidad, familia y paciente.

11.14 Medidas preventivas y de educación en salud.

- La psicoeducación a pacientes y familiares debe ir orientada a la reducción de factores de riesgo.

- Hasta el momento, no se conocen medidas preventivas para reducir la incidencia de la esquizofrenia.

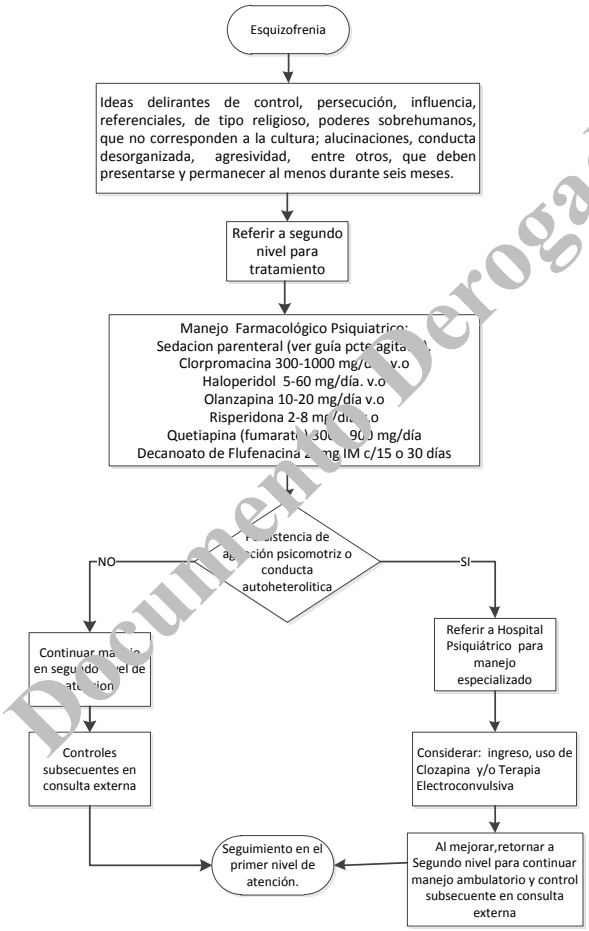
- La identificación e intervención temprana pueden mejorar la calidad de vida de los pacientes con esquizofrenia.

- El tratamiento suele tener más éxito cuando los síntomas del primer episodio psicótico se tratan correcta y oportunamente.

- La continuidad del tratamiento es crucial en aquellos pacientes a quienes se le ha recetado medicamentos para la esquizofrenia.

Documento Derogado

11.15 Flujograma.



Documento Derogado

12. Síndrome suicida.

12.1. Generalidades.

El término suicidio procede del latín: sui caedere, “matar a uno mismo”; es el acto de quitarse la vida de forma voluntaria y premeditada.

12.2 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.

12.3 Epidemiología.

Representa el 1.4 % de la carga mundial de morbilidad. Representa el 10% de las muertes en personas entre veinticinco y treinta y cuatro años. La tasa de suicidio es más alta en el sexo masculino (3:1) con la excepción de la vejez avanzada cuando los hombres tienden a presentar tasas aun mas altas. Más del 70% de las personas que se suicidan son mayores de cuarenta años y la frecuencia aumenta dramáticamente en los mayores de sesenta, sobre todo en los hombres. Es más frecuente entre solteros. Las mujeres intentan suicidarse con una frecuencia tres veces mayor que los hombres, estos consuman el suicidio en una proporción cuatro veces mayor que ellas.

Se estima que existe una proporción de 8:1 entre los intentos y las muertes por suicidio.

12.4 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.
- Trastornos de ansiedad.
- Abuso de sustancias psicoactivas
- Esquizofrenia

Documento Derogado

- 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.
- Estado civil: solteros, viudos, separados y divorciados.

Factores sociales:

- 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, abusos, violencia doméstica.

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.

Factores psicológicos:

- Sentimientos de desesperanza, desesperación, soledad y culpa.

12.5 Manifestaciones clínicas.

El comportamiento suicida abarca las siguientes manifestaciones:

- 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.

- Las 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.

Documento Derogado

- El intento suicida: también denominado parasuicidio, tentativa de suicidio, intento de autoeliminación o autolesión intencionada, es aquel acto sin resultado de muerte en el cual un individuo deliberadamente, se hace daño a sí mismo.

- El suicidio frustrado: es aquel acto suicida que, de no mediar situaciones fortuitas, no esperadas o casuales, hubiera terminado en la muerte.

- El suicidio accidental: es realizado con un método del cual se desconocía su verdadero efecto o con un método conocido, pero que no se pensó que el desenlace fuera la muerte.

- Suicidio intencional: es cualquier lesión auto infligida, deliberadamente realizada por la persona con el propósito de morir y cuyo resultado es la muerte.

El diagnóstico de la conducta suicida es eminentemente clínico y se realiza sobre la base de las manifestaciones anteriormente descritas.

12.6 Apoyo diagnóstico.
El diagnóstico se basa en la interpretación clínica de la sintomatología, sin embargo se pueden utilizar la escala de ideación suicida y pruebas psicológicas de acuerdo a la patología de base.

12.7 Diagnóstico diferencial.
Se debe clasificar la conducta suicida e identificar la causa médica psicológica o psiquiátrica que la originó.

12.8 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 especifico.

12.9 Niveles de atención, criterios de referencia y retorno.
Todo paciente con riesgo suicida, requiere evaluación y manejo psiquiátrico en el segundo o tercer nivel de atención, por lo tanto debe ser referido a dicho nivel a la mayor brevedad.

Criterios a tomar en cuenta para la atención del paciente suicida en el primer nivel: Ausencia de trastorno mental y de complicaciones físicas por la conducta suicida, resolución de la situación precipitante, autocrítica del intento suicida, ausencia de ideación auto lítica y apoyo sociofamiliar.

Al identificar la ausencia de uno o más de estos criterios, se debe referir al segundo o tercer nivel para atención por psiquiatra. Antes de realizar la referencia se deben considerar las siguientes indicaciones: informar e involucrar a los familiares, usar contención farmacológica o mecánica, si fuera necesaria y vigilancia continua.

Documento Derogado

Criterios de referencia.

1. Patología psiquiátrica activa.
2. Intoxicación o lesiones secundarias al intento de suicidio que requieran cuidados no disponibles en el primer nivel de atención.
3. Ausencia de autocrítica y persistencia de la ideación suicida.
4. Amenazas suicidas.

Indicaciones al dar el alta:

1. Seguimiento psiquiátrico de acuerdo a la existencia de condiciones de base.
2. Informar e involucrar en el tratamiento a familiares.
3. Restringir la accesibilidad a los medios de autolisis.
4. Supervisar el cumplimiento de indicaciones médicas.

Criterios de seguimiento: Al dar el alta se debe referir al Ecos especializado para verificar el cumplimiento del tratamiento indicado. El seguimiento y control en el primer nivel debe ser complementario entre el Ecos familiar y especializado, según dipensarización

12.10 Medidas preventivas y de educación en salud.

La prevención del suicidio se puede subdividir en tres tipos:

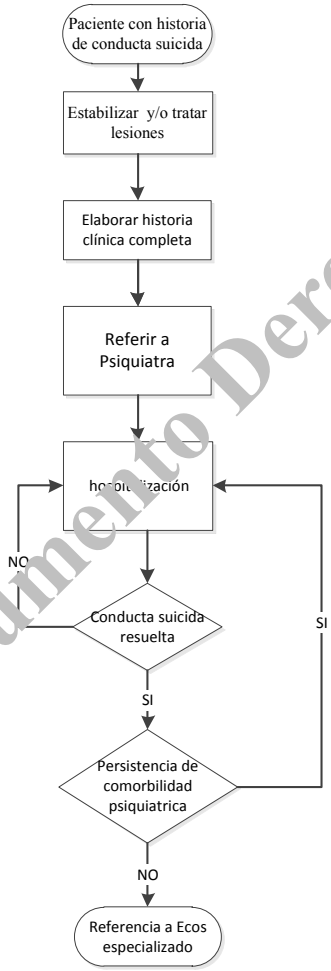
1. Prevención general es el conjunto de medidas de apoyo o sostén psicológicos, sociales, institucionales, que contribuyen a que las personas estén en mejores condiciones de manejar los eventos vitales psicotraumáticos y mitigar los daños que ellos pudieran ocasionar.

2. Prevención indirecta, que está conformada por el conjunto de medidas encaminadas a tratar los trastornos mentales y del comportamiento, las enfermedades físicas que conllevan suicidio, las situaciones de crisis, la reducción del acceso a los métodos mediante los cuales las personas se pueden autolesionar, entre otros.

3. Prevención directa, se encuentra constituida por aquellas medidas que ayudan a resolver mediante soluciones no autodestructivas, la conducta suicida.

Documento Derogado

12.11 Flujograma.



Documento Derogado

13. Trastorno por déficit de atención e hiperactividad.

13.1. 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.

13.2 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.

13.3 Epidemiología.

La prevalencia se sitúa entre el 3 al 7 %. La relación masculino : femenino varía según desde 6:1 a 3:1.

13.4 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, antiepilépticos), 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.

13.5 Clasificación.

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

Documento Derogado

13.6 Manifestaciones clínicas.

Síntomas de falta de atención:

1. No logra prestar atención cuidadosa a los detalles o comete errores por descuido en el trabajo escolar.
2. Tiene dificultad para mantener la atención en tareas o juegos.
3. Parece no escuchar cuando se le habla directamente.
4. No sigue instrucciones y no logra terminar el trabajo escolar, los deberes u obligaciones en el lugar de trabajo.
5. Tiene dificultad para organizar sus tareas y actividades.
6. Evita o le disgusta comprometerse en tareas que requieran esfuerzo mental continuo (como las tareas escolares).
7. Con frecuencia pierde juguetes, tareas escolares, lápices, libros o herramientas necesarias para las tareas o actividades.
8. Se distrae fácilmente.
9. Se muestra a menudo olvidadizo en las actividades diarias.

Síntomas de hiperactividad:

1. Juega con las manos o los pies o se retuerce en el asiento.
2. Abandona su asiento cuando lo que se espera es que se quede sentado.
3. Corre y trepa excesivamente en situaciones inapropiadas.
4. Tiene dificultad para jugar en forma silenciosa.
5. A menudo habla excesivamente, está "en movimiento" o actúa como si fuera "impulsado por un motor".
6. Habla demasiado.

Síntomas de impulsividad:

1. Emite respuestas antes de que termine de escuchar la pregunta.
2. Tiene dificultades para esperar su turno.
3. Se entromete e interrumpe a los demás (irrumpe en conversaciones o juegos)

El diagnóstico está basado en síntomas muy específicos que deben estar presentes en más de un escenario.

13.7 Criterios diagnósticos.

Los niños deben tener al menos seis síntomas de alteración de la atención o seis síntomas de hiperactividad e impulsividad, con algunos síntomas presentes antes de la edad de siete años.
Los síntomas 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.
Los síntomas de TDAH se dividen en falta de atención e hiperactividad e impulsividad.

Documento Derogado

Algunos niños con TDAH tienen principalmente el tipo de trastorno de falta de atención, algunos el tipo hiperactivo - impulsivo y algunos otros el tipo combinado. Aquellos niños con el tipo de trastorno de falta de atención son menos perturbadores y es más probable que no se les diagnostique el TDAH.

13.8 Apoyo diagnóstico:

El diagnóstico se realiza en base a la interpretación clínica de la información aportada por diferentes fuentes como padres, maestros o cuidadores. De acuerdo a los hallazgos particulares también pueden ser útiles las siguientes pruebas: electroencefalograma, pruebas psicométricas, test de WISS, test de Bender, pruebas proyectivas como casa - árbol, test Machover, test de familia, test psicopedagógico, cuestionario de conducta de Conners para padres y maestros, cuestionarios de TDAH y pruebas tiroideas, entre otros.

13.9 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
- Retraso mental
- Trastornos emocionales, afectivos, conductuales: Depresión, trastorno bipolar, ansiedad, conducta disocial, estrés postraumático.
- Trastornos ambientales: estrés manifiesto, educación inadecuada, maltrato, abuso, psicopatología en padres y maestros, diferencias socioculturales.
- Fármacos: Broncodilatadores, esteroides, entre otros.
- Trastorno de la conducta.

13.10 Tratamiento

El manejo del TDAH debe realizarse idealmente por el psiquiatra infantil en el segundo o tercer nivel de atención.

El plan de tratamiento debe ser individualizado e interdisciplinario y debe incluir tres aspectos fundamentales

1. **Entrenamiento a los padres.**
   - Psicoeducación sobre el TDAH.
   - Entrenamiento en técnicas del manejo conductual del niño.
2. **Intervención a niveles académico y escolar:**
   - En el colegio
   - En casa
3. **Medicación específica para el TDAH.**

- Metilfenidato (10mg/tableta): dosis de 0.3 - 1.2 mg/kg/día,
  Los efectos clínicos se prolongan entre dos y cuatro horas por lo que se requiere más de una dosis al día.

Documento Derogado

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 ó 25 mg/tableta), dosis de 2 - 2.5 mg/kg/día.

13.11 Complicaciones.
Este cuadro tiene un gran impacto en la sociedad en términos de: alto costo económico, estrés familiar, problemas de aprendizaje, disminución de la autoestima, inestabilidad emocional, mayor propensión a accidentes y abuso de drogas, deserción escolar, propensión a problemas legales.

13.12 Niveles de atención y criterios de referencia y retorno.
Primer y segundo nivel: En estos niveles debe realizarse la detección oportuna y referencia de los casos para la atención por psiquiatra.

Tercer nivel: Los casos de difícil manejo serán referidos a este nivel para atención por psiquiatra infantil.

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.
- 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 el Ecos familiar y especializado, según dipensarización

13.13 Medidas preventivas y de educación en salud.
Los padres y maestros deben conocer el TDAH sin mitos ni miedos infundados que les impidan enfrentarse mejor al problema.

En el hogar se debe recomendar a los padres:

- 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.

Documento Derogado

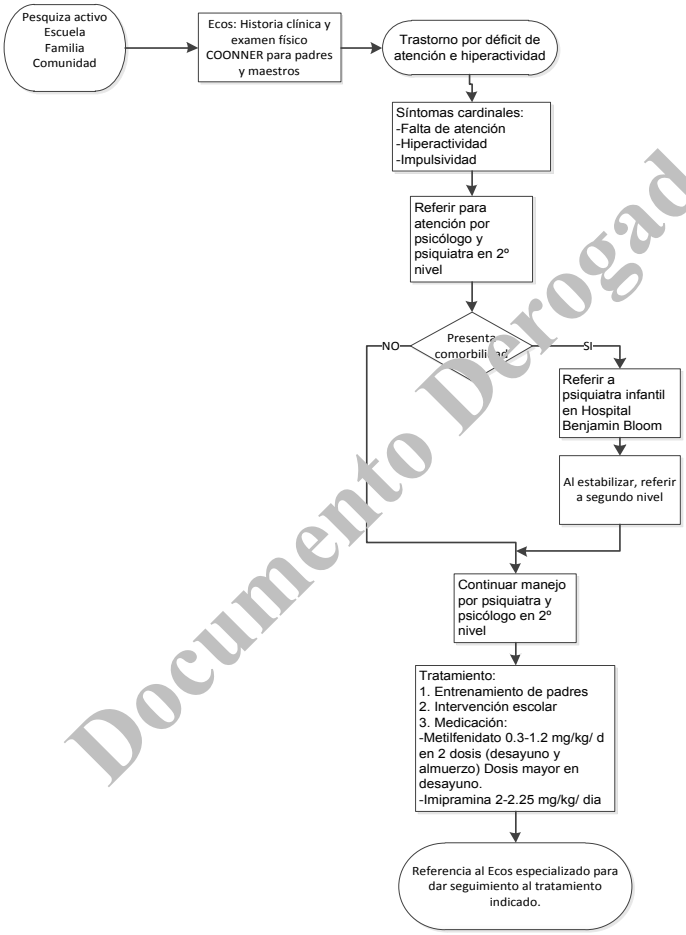
Es importante que haya un plan de apoyo académico tanto en el centro escolar como en la casa, que le ayude al niño a organizarse, planificar su horario y su material y enfrentarse a exámenes y trabajos.

Recomendaciones para los maestros de niños con TDAH:

- 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 dividirlas en segmentos.

Documento Derogado

13.14 Flujograma.



Documento Derogado

14. Trastornos de la conducta en la infancia y la adolescencia.

14.1. Generalidades.

Este apartado se refiere a aquellas alteraciones del comportamiento que se alejan notablemente de aquel esperado para la edad y para el desarrollo cognoscitivo, psicoafectivo y social.

14.2. Definición.

La expresión trastornos de conducta agrupa a una gran variedad de manifestaciones sintomáticas que alteran de manera importante el desempeño social, escolar y familiar del niño o niña, para considerarlas como tales deben cumplir con las siguientes características:

- Que interfieran de manera importante con la adquisición de normas y pautas sociales y reaccionen en contra de ellas.
- Que no correspondan a reacciones comportamentales en el marco de otra entidad patológica especifica (depresión, psicosis infantil, trastornos de ansiedad, entre otros.)
- Que se manifieste según la edad cognoscitiva y social del niño.

Conducta.

La conducta hace referencia a una relación existente entre los elementos individuales necesarios para la organización del comportamiento y las consecuencias generadas por este, de acuerdo con el estadio del desarrollo. La conducta evoluciona y tiene diferentes componentes uno instintivo y biológico y otro elaborado por el aprendizaje.

Comportamiento.

Es el conjunto de reacciones en la vida de un sujeto, ante situaciones y estímulos determinados. El comportamiento expresa las respuestas particulares de los individuos y por lo tanto, puede definirse una forma de responder a los estímulos, predecible en los sujetos según el patrón de sus respuestas.

14.3. Epidemiología.

La prevalencia en la población general suele ser del 1 - 2%, siendo más frecuente en el sexo masculino.

14.4. Etiología.

Sobre su origen existen teorías de diferente orden y algunas apreciaciones de multifactorialidad.

En el desarrollo de los trastornos de conducta se interrelacionan factores psicológicos y sociales. La historia familiar es un predictor muy importante; el hecho de que los padres lo hayan padecido es un factor de riesgo importante por razones genéticas y ambientales (por el entorno familiar que generan). Existen también características individuales que pueden

Documento Derogado

propiciar la aparición del trastorno de conducta (déficits neuropsicologicos y coeficiente intelectual bajo entre otros) o reforzarlo (cuando los padres se someten o ceden ante la conducta anómala del niño).

14.5. Clasificación.

Se consideran dos entidades principalmente:

- El trastorno de conducta oposicional desafiante y
- El trastorno de conducta disocial en la infancia.

14.6. Manifestaciones clínicas.

Criterios para el diagnóstico del trastorno de conducta.

Criterio A.

Patrón repetitivo y persistente de comportamiento en el que se violan los derechos básicos sociales importantes propios de la edad, manifestándose por la presencia de tres o más de los siguientes criterios durante los últimos doce meses y por lo menos de un criterio en los últimos seis meses.

- Agresión a personas y animales.
    1. A menudo fanfarronea, amenaza o intimida a los demás.
    2. A menudo inicia peleas físicas.
    3. Ha utilizado un arma que puede causar daño físico grave a otras personas.
    4. Ha mostrado crueldad física de personas.
    5. Ha mostrado crueldad física con animales.
    6. Ha robado enfrentándose a la víctima.
    7. Ha forzado a alguien a tener una relación sexual.

- Destrucción de la propiedad.
    8. Ha provocado deliberadamente un incendio con la intención de causar daño importante.
    9. Ha destruido deliberadamente la propiedad ajena (diferente de provocar un incendio)

- Engaño o robo.
    10. Ha entrado a la fuerza en una casa, edificio o automóvil ajeno.
    11. A menudo miente para obtener bienes o favores o para evitar obligaciones (engaña a los demás).
    12. Ha robado objetos de cierto valor sin enfrentamientos a la víctima.

- Violaciones graves de normas.
    13. A menudo pasa la noche fuera de la casa a pesar de las prohibiciones de sus padres (iniciando antes de los trece años).

Documento Derogado

14. Se ha escapado de casa por las noches por lo menos dos veces viviendo en casa de sus padres (o solo una vez sin regresar durante un largo periodo de tiempo).

Criterio B.

El trastorno provoca deterioro clínicamente significativo de la actividad social, académica o laboral.

Criterio C.

Si el individuo tiene dieciocho años o más, no cumple los criterios de trastorno antisocial de la personalidad.

14.7. Apoyo diagnóstico.

El diagnóstico es escencialmente clínico, sin embargo pueden utilizarse las siguientes pruebas:

- Electroencefalograma.
- Pruebas psicométricas: test de Bender, coeficiente intelectual, test de personalidad.
- Pruebas tiroideas.
- Pruebas toxicológicas.

14.8. Diagnóstico diferencial.

- Trastornos profundos del desarrollo.
- Trastornos del aprendizaje.
- Trastorno por déficit de atención e hiperactividad.
- Depresión infantil.
- Epilepsia psicomotora.
- Retardo mental.
- Trastornos de integración sensorial.
- Trastorno bipolar.

14.9. Tratamiento.

- El tratamiento se realizará por psiquiatra y equipo multidisciplinario.
- La terapia cognitiva-conductual es muy efectiva (su efectividad aumenta aún más si se combina con el adiestramiento de los padres y maestros) para el tratamiento de conductas específicas.
- Farmacológicamente no se dispone de un tratamiento específico para el trastorno de conducta o para la conducta agresiva. La unión de técnicas de modificación de conducta y determinados fármacos han producido modificaciones interesantes en conductas agresivas, sin embargo estos cambios se han observado en casos puntuales y no han demostrado ser permanentes.

- Entre los fármacos más utilizados se encuentran:

1. Antipsicóticos: Haloperidol, clorpromazina, risperidona.

Documento Derogado

2. Moduladores del afecto: Acido valproico, carbamazepina, litio.
3. Antidepresivos: sertralina, paroxetina, imipramina.
4. Anfetaminas: metilfenidato.

14.10. Complicaciones.

- Disfunción familiar.
- Problemas legales.
- Abandono de los estudios o mal rendimiento académico.
- Consumo de drogas y alcohol.
- Enfermedades de transmisión sexual.

14.11. Niveles de atención y criterios de referencia y retorno.

Primer y segundo nivel.

En este nivel debe realizarse la detección oportuna y referencia de los casos para la atención por psiquiatra y equipo multi e interdisciplinario.

Tercer nivel (HNBB, Hospital Nacional Psiquiátrico).

En este nivel se brinda tratamiento farmacológico, psicoterapéutico, psicoeducativo, intervenciones escolares y familiares.

Criterios de seguimiento.

Persistencia del trastorno de conducta.

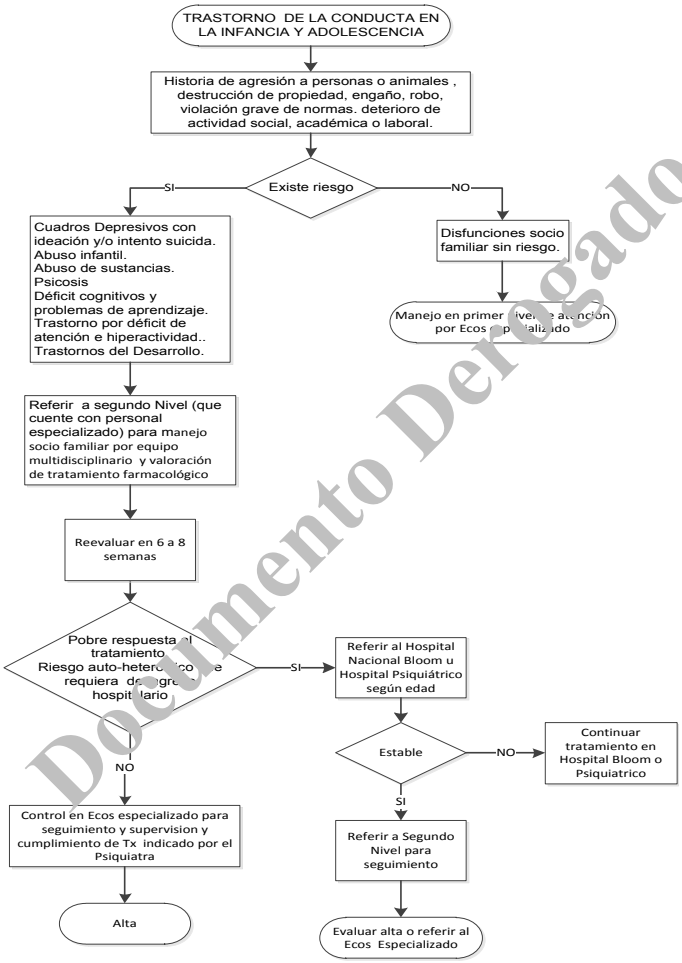
El seguimiento y control en el primer nivel debe ser complementario entre el Ecos Familiar y Especializado, según dipensarización

14.12. Medidas preventivas y de educación en salud.

- Promoción de la importancia de la salud mental infantil a nivel de la comunidad.
- Entrenamiento a los niños en habilidades para la vida.
- Fomentar el desarrollo de la autoestima en el niño y el adolescente.
- Fomentar la participación del niño y del adolescente en talleres educativos: arte, manualidades, deporte, teatro, entre otros.

Documento Derogado

14.13 Flujograma.



Documento Derogado

VI. DISPOSICIONES FINALES.

Sanciones por 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 respectiva.

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 técnica y jurídicamente, la razón de lo no previsto.

Vigencia.

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

San Salvador, a los trece días del mes de febrero de dos mil doce.

DIOS UNIÓN LIBERTAD

María Isabel Rodríguez
MINISTRA DE SALUD

Documento Derogado

VII. BIBLIOGRAFIA

1. Hales, Yudofsky y Talbott ," TRATADO DE PSIQUIATRIA", tercera edición, Editorial Masson S.A, Barcelona, 2000.

2. Gelder, López Ibor, Andreassen "TRATADO DE PSIQUIATRIA", Psiquiatria editors, , Barcelona, España , reimpresión 2004.

3. Sadock, Kaplan, Harold & Benjamin "MANUAL DE PSIQUIATRIA Y URGENCIAS", Editorial Manual Moderno, Tercera edición, México 1999.

4. Gómez Restrepo, Hernández Bayona, Rojas Urrego, Santacruz Oleas, Uribe Restrepo, **"**PSIQUIATRIA CLINICA, DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO EN NIÑOS, ADOLESCENTES Y ADULTOS" Tercera edición, Bogotá, Colombia, 2008.

5. Salazar, Peralta, Pastor "TRATADO DE PSICOFARMACOLOGIA BASES Y APLICACIÓN CLINICA" Editorial panamericana, segunda edición, Buenos Aires, Argentina, 2010.

6. Pierre Pichot "DSM-VI MANUAL DIAGNOSTICO Y ESTADISTICO DE LOS TRASTORNOS MENTALES", Editorial Masson S.A , Barcelona, España, 1995.

7. American Psichiatric Association "GUIAS CLINICAS PARA EL TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS PSIQUIATRICOS. COMPENDIO 2008**"**, Ars Medica, Barcelona 2008.

8. Eric Hollander MD, Cheryl M. Wong MD **"**TRASTORNOS PSIQUIATRICOS FRECUENTES" segunda edición, Handbooks in Health Care Co, 2007.

9. Organización Mundial de la Salud **"**CIE-10 PAUTAS DIAGNOSTICAS Y DE ACTUACION ANTE LOS TRASTORNOS MENTALES EN ATENCION PRIMARIA", Cometa, S.A, Madrid.

Documento Derogado

Documento Derogado

USAID
DEL PUEBLO DE LOS ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA
PROYECTO DE FORTALECIMIENTO DE LA ATENCIÓN EN SALUD

El documento "Guías Clínicas de Psiquiatría" ha sido posible gracias al apoyo de USAID. Se terminó de imprimir en San Salvador, El Salvador, durante el mes de febrero de 2012. El tiraje consta de 1,000 ejemplares