



**MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y
ASISTENCIA SOCIAL**



**DIRECCIÓN DE REGULACIÓN
PROGRAMA NACIONAL DE SALUD MENTAL**

**GUÍAS CLÍNICAS DE ATENCIÓN
A LOS PROBLEMAS MAS
FRECUENTES DE SALUD MENTAL**

MAYO 2006

SAN SALVADOR, EL SALVADOR, C. A.



Gobierno de El Salvador

**MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
Y ASISTENCIA SOCIAL
DIRECCION DE REGULACIÓN
PROGRAMA NACIONAL DE SALUD MENTAL**



**GUÍA CLÍNICAS DE ATENCIÓN
A LOS PROBLEMAS MÁS FRECUENTES DE SALUD MENTAL**

ABRIL DE 2005

AUTORIDADES

DR. JOSE GUILLERMO MAZA BRIZUELA

MINISTRO DE SALUD

DR. JOSE ERNESTO NAVARRO MARIN

VICEMINISTRO DE SALUD

DR. JOSE ROBERTO RIVAS AMAYA

DIRECTOR DE REGULACION

DR. HUMBERTO ALCIDES URBINA

DIRECTOR GENERAL Y DE ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD

PRESENTACION

La demanda creciente de atención de problemas de salud mental en sus múltiples manifestaciones ha generado la necesidad de darle respuesta al fenómeno desde la perspectiva de la connotación clínica, y de la integralidad de la persona.

Las recomendaciones para la atención integral de los problemas de salud mental, además de ser basadas en la evidencia científica, deben ser sistematizadas a fin de orientar las decisiones de los proveedores de servicios de salud. Asimismo, es necesario que los diferentes niveles de atención conozcan de las intervenciones más eficaces y eficientes a fin de prevenir, curar y rehabilitar a las personas de sus afecciones en la salud mental.

Por las razones expuestas, el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social a través del Programa Nacional de Salud Mental, presenta la **GUÍA CLÍNICAS DE ATENCIÓN A LOS PROBLEMAS MÁS FRECUENTES DE SALUD MENTAL**, la cual contiene lo relacionado con los principales trastornos mentales definiendo los factores de riesgo, la clasificación para el diagnóstico, categorías clínicas, diagnósticos diferenciales, la comorbilidad, tratamiento farmacológico y no farmacológico por nivel de atención, exámenes de laboratorio y los criterios para determinar la respuesta a los tratamientos y su modificación; con lo cual se pretende contar con un instrumento que logre la sistematización de criterios para las intervenciones orientadas a restablecer la salud mental de los usuarios.



Dr. José Guillermo Maza Brizuela
Ministro de Salud Pública y Asistencia

INDICE

Contenido	Página
Introducción	i
Objetivos	1
Reacción a Estrés Grave y trastorno de adaptación	2
Trastornos no Orgánicos del Sueño	9
Trastornos de la Conducta Alimentaría	15
Trastornos de las Emociones y del comportamiento De comienzo habitual en la Infancia y Adolescencia	26
Trastornos del Aprendizaje	33
Trastorno hipercínético	39
Trastorno de Identidad Sexual	43
Trastornos Psicológicos y del Comportamiento del Desarrollo y Orientación Sexual	48
Demencia	52
Trastornos de Ansiedad	57
Episodio Depresivo	62
Trastorno de la Personalidad	68
Trastorno Bipolar	72
Trastornos Somatomorfos	78
Trastorno Obsesivo-Compulsivo	81
Bibliografía	86
Instituciones Participantes	87

INTRODUCCION

INDICE

El presente documento se logra como producto final de un esfuerzo orientado hacia la atención integral de la persona, en el marco de la reforma a la atención en salud en general y particularmente de la salud mental.

Históricamente, la atención de la persona con enfermedades mentales ha sido centralizada al igual que la provisión de los medicamentos para el tratamiento de cada una de estas, lo anterior ha limitado en gran manera la accesibilidad a los servicios de primer y segundo nivel; por lo que a través de estas guías se pretende sistematizar los procedimientos para la atención integral e integrada de las personas que adolecen enfermedades mentales.

El presente documento, contiene las principales enfermedades mentales, destacando en cada una de ellas características tales como: Concepto, epidemiología, manifestaciones clínicas, modalidades de tratamiento entre otros.

Además, orienta hacia las consideraciones validas para el inicio e instauración del tratamiento, enfatizando la valoración de los beneficios considerando los potenciales riesgos.

OBJETIVOS

GENERALES

- Mejorar la calidad de la promoción, prevención, tratamiento, rehabilitación de la salud mental así como también de la práctica clínica de acuerdo a los niveles de atención.
- Orientar el proceso de la toma de decisiones, al incorporar una secuencia sistematizada de actividades, reduciendo las variaciones inapropiadas de la práctica profesional en salud mental.

ESPECIFICOS

- Normar los protocolos del manejo en las principales afecciones, según el nivel de atención y complejidad.
- Fortalecer la priorización de los recursos disponibles para su utilización efectiva y eficiente.
- Fortalecer y mejorar el sistema de referencia y retorno.
- Proporcionar un instrumento de fácil Implementación para su ejecución en cada uno de los niveles de atención.

GUIAS CLÍNICAS DE ATENCIÓN EN SALUD MENTAL:

1-REACCION DE ESTRÉS GRAVE Y TRASTORNOS DE ADAPTACION (F 43)

DEFINICION

Estos trastornos han de ser considerados como la expresión de una real adaptación a situaciones estresantes graves, en la que existe una interferencia con los mecanismos de adaptación normal y que por lo tanto llevan a un deterioro del rendimiento social.

EPIDEMIOLOGIA

Se desconoce la epidemiología de los tipos de trastornos, ya que su prevalencia e incidencia solo puede establecerse en relación con el agente estresante específico. En los pocos estudios que existen los porcentajes oscilan entre el 14 y 50 % de los individuos expuestos a un trauma grave.

FACTORES DE RIESGO

- Naturaleza del estrés
- Características propias de la personalidad
- Experiencias previas.

CLASIFICACION

1. REACCION A ESTRÉS AGUDO (F. 43.0): Se trata de un trastorno transitorio de una gravedad importante que aparece en un individuo sin otro trastorno mental aparente, como respuesta a un estrés físico o psicológico excepcional y que por lo general remite en horas o días.

Criterios Diagnósticos o Manifestaciones Clínicas

- Relación temporal clara e inmediata entre el impacto de un agente estresante excepcional y la aparición de los síntomas.
- Se presentan los síntomas mezclados y cambiantes, aunados al estado inicial de "embotamiento, desahogo, ausencia de reactividad emocional, depresión, ansiedad,

enojo, ira, desesperación, hiperactividad o aislamiento sin que estos síntomas predominen sobre los otros durante mucho tiempo, reducción del acontecimiento de su entorno, desrealización, despersonalización y amnesia disociativa”.

- Los síntomas comienzan su apareamiento después de 24 o 48 horas y un máximo de 4 semanas y aparecen en el primer mes que sigue al acontecimiento traumático.
- Reducción del campo de la conciencia, estrechamiento de la atención incapacidad para asimilar estímulos y desorientación.
- El acontecimiento traumático es experimentado persistentemente en al menos una de estas formas: imágenes, pensamientos, sueños, ilusiones, episodios, de flash back recurrentes o sensación de estar reviviendo experiencias y malestar al exponerse a objetos o situaciones que recuerdan el acontecimiento traumático.
- Desarrollo de síntomas emocionales o conductuales en respuesta a un estresor identificable que ocurre dentro de los tres meses de la presentación del estresor, estos síntomas o conductas son clínicamente significativas evidenciado por los siguientes:
 - La incapacidad social o laboral
 - Síntomas que sobrepasan la reacción normal frente al estrés.

2. TRASTORNO DE ESTRÉS POST TRAUMÁTICO (F. 43.1):

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

Criterios Diagnósticos o Manifestaciones Clínicas

- La persona ha estado expuesta a un acontecimiento traumático, en el que han existido: muertes o amenazas para su integridad física o la de los demás o respondido con temor, desesperanza u horror intenso.
- El acontecimiento traumático es reexperimentado persistentemente a través de recuerdos y sueños recurrentes, el individuo actúa o tiene la sensación de que el acontecimiento traumático esta ocurriendo, malestar psicológico intenso al exponerse a estímulos externos que recuerdan al evento. Evitación persistente de estímulos asociados al trauma:

- Evitar pensamientos, sentimientos o conversaciones sobre el suceso.
- Evitar actividades, lugares o personas que lo recuerdan
- Incapacidad para recordar un aspecto del trauma
- Reducción del interés en actividades significativas
- Sensación de desapego frente a los demás
- Restricciones de la vida afectiva
- Sensación de un futuro limitado

- Síntomas persistentes:
 - Dificultad del sueño
 - Irritabilidad o ira
 - Dificultad de concentración
 - Hiper - vigilancia
 - Respuesta exagerada

- Las alteraciones provocan malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas

CLASIFICACION CATEGORIAS CLINICAS

Agudo: Duración de los síntomas inferior a seis meses o comienzo de los síntomas dentro de los seis meses posteriores al evento estresante.

Crónico: Duración de los síntomas de al menos seis meses o comienzo de los síntomas al menos seis meses después del evento estresante.

3. TRASTORNOS DE ADAPTACIÓN (F 43.2):

Estados de malestar subjetivo acompañados de alteraciones emocionales que, por lo general interfieren con la actividad social y que aparecen en el periodo de adaptación o en un cambio biográfico significativo o a un acontecimiento vital importante; el agente estresante puede afectar solo al individuo o también al grupo que pertenece o a la comunidad.

Criterios Diagnósticos o Manifestaciones Clínicas

- La aparición de síntomas emocionales o comporta mentales en respuesta a un estresante identificable, tiene lugar dentro de los tres meses siguientes a la presencia del estresante.
Estos síntomas se expresan clínicamente:
 - Malestar mayor de los esperados, en respuesta al estresante
 - Deterioro significativo de la actividad social y laboral.

- La alteración relacionada con el estrés, no cumple los criterios para otro tratamiento específico del eje I (Diagnostico), y no constituye una simple exacerbación de un tratamiento pre - existente, del eje I y II (diagnostico y trastorno de la personalidad)
- Los síntomas no corresponden a una reacción de duelo.
- Una vez ha cesado el estresante los síntomas no persisten mas de los seis meses.

CATEGORIAS CLINICAS

- Trastornos adaptativos con reacción depresiva breve (F 43.20)
- Trastornos adaptativos con reacción depresiva prolongada (F 43.21)
- Trastornos adaptativos con síntomas mixtos (F 43.22)
- Trastornos adaptativos con predominio de alteraciones de otras emociones (F43.23)
- Trastornos adaptativos sin especificación (F 43.9)

ASPECTOS CLÍNICOS GENERALES

A) PRUEBAS DE LABORATORIO Y GABINETE

El diagnostico es eminentemente clínico.

B) COMPLICACIONES:

- Deterioro de las relaciones interpersonales
- Conductas fóbicas
- Dependencia farmacológica a sustancias (alcohol, benzodiazepinas entre otras)
- Episodios depresivos
- Deterioro del rendimiento laboral

C) CO – MORBILIDAD

- Trastornos de personalidad
- Episodios depresivos
- Trastornos de ansiedad
- Fármaco dependencia.
- Trastornos neuróticos

D) DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

- **ESTRÉS AGUDO**
- Trastorno de ansiedad fóbica
- Trastorno de pánico
- Trastornos disociativos o de conversión
- Trastornos Somatomorfos
- Trastorno psicótico Agudo

- **TRASTORNO POR ESTRÉS POST- TRAUMÁTICO**
- Trastornos mentales orgánicos
- Trastornos adaptativos
- Episodios depresivos
- Trastornos de ansiedad
- Trastornos de personalidad

- **TRASTORNO DE ADAPTACIÓN**
- Enfermedades no atribuidas a desordenes mentales
- Trastornos de personalidad
- Factores psicológicos que afectan el estado físico.
- Reacción de Duelo
- Episodio Depresivo

E) TRATAMIENTO FARMACOLOGICO:

Según criterio clínico

- ESTRATEGIAS PARA SELECCIONAR MEDICACION POR NIVELES DE ATENCION

En el primer, segundo y tercer nivel:

- En el trastorno adaptativo el manejo debe ser idealmente no farmacológico.
- En caso de síntomas ansiosos, depresivos que afectan el funcionamiento social, familiar, personal.

Se recomienda: Diazepán	10mg tableta	Vía Oral	10-30 mg /día
Clonacepam	2mg tableta	Vía Oral	2-4 mg/día
Imipramina	25 mg tableta	Vía Oral	25-75 mg/día
Fluoxetina	20 mg tableta	Vía Oral	20 mg/día

- Si hay complicaciones psiquiátricas asociadas se refieren al nivel respectivo
- Síntomas ansiosos: se prescriben ansiolíticos (ya descritos)
- Síntomas depresivos: se prescriben antidepresivos (ya descritos)
- Síntomas psicóticos: Si se asocian a un evento estresor, se recomienda utilizar

Antipsicóticos a dosis bajas: Haloperidol 5mg tableta, 5-10 mg /día,
Clorpromacina 100 mg tableta 100-200 mg/día

- MEDICAMENTOS DE ELECCION

En el primer nivel:

Ansiofíticos:

- Diazepam 10 mg tableta: 10 –30 mg/día

Antidepresivos:

- Imipramina 25 mg tableta: 25 –75 mg/día.
- Fluoxetina 20 mg tableta 20 mg/día

En el segundo y tercer nivel:

Ansiofíticos

- Bromazepam 3 mg tableta: 1.5 – 6 mg/d
- Clonazepam 2mg tableta: 2 – 4 mg/d

Antidepresivos

- Imipramina 25 mg tableta: 25-75 mg/día
- Amitriptilina: 25 mg tableta 25-75 mg/día
- Fluoxetina 20 mg tableta 20 mg/día
- Sertralina 50 mg tableta: 50 mg/día

F) EXAMENES DE LABORATORIO O GABINETES (PREVIOS Y/O DE SEGUIMIENTO)

El diagnóstico es eminentemente clínico, si existe presencia de comorbilidad (ansiedad, depresión) pueden utilizarse escalas evaluativas.

G) TRATAMIENTO NO FARMACOLOGICO

- PSICOEDUCACION INDIVIDUAL, FAMILIAR Y GRUPAL

En el primer, segundo y tercer nivel:

- Desarrollo de programas orientados a la identificación y el manejo del estrés
- Técnicas de relajación
- Técnicas para fomentar y adecuar las relaciones interpersonales en el ámbito Familiar y laboral
- Orientación y desarrollo para el manejo del tiempo libre (ejercicios, recreación, manualidades, entre otros)

- TERAPIA OCUPACIONAL Y DE REINSERCIÓN SOCIAL

- Talleres artesanales y artísticos coordinados intersectorialmente con supervisión de profesionales de la Salud Mental
- Socio drama

- PSICOTERAPIAS U OTROS

- Técnicas conductuales
- Técnicas de relajación
- Técnicas de sensibilización progresiva o sistemática
- Terapia grupal e individual

H) CRITERIOS PARA DETERMINAR RESPUESTA A TRATAMIENTO O RESISTENCIA

- Mejoría clínica
- Disminución de síntomas según cuadro clínico presentado
- Mejoría en escala para medición de síntomas asociados, si existen.
- Mejoría en las relaciones interpersonales (familiar – laboral)

I) CRITERIOS PARA MODIFICAR TRATAMIENTO

- Falla farmacológica
- Patologías concomitantes
- Persistencia de Síntomas

J) CRITERIOS DE CURACION, MEJORIA O EGRESO

- Mejoría del cuadro agudo
- Ausencia de recurrencia
- Recuperación de los niveles previos de adaptación laboral y social
- Manejo de la sintomatología con niveles mínimos o ausencia de fármacos

K) CRITERIOS PARA DETERMINAR PERIODO DE INCAPACIDAD

Se individualizará cada caso en particular, según complicaciones médicas y psiquiátricas.

L) CRITERIOS PARA REFERENCIA Y RETORNO

- REFERENCIA

- La tardía remisión de síntomas y signos, aún cuando se ha instaurado un tratamiento óptimo.

- La gravedad del cuadro clínico requiere del uso de tratamiento especializado con combinación de técnicas farmacológicas y no farmacológicas.
- Se requiere de régimen de internamiento ante la presencia de cuadros psicóticos.

- RETORNO

- Cuando la mejoría clínica ocurra permitiendo el manejo ambulatorio que no requiera de terapéutica farmacológica ó no de tipo especializada.
- Cuando la terapia requiera de la vinculación constante del entorno de apoyo para el paciente.

2- TRASTORNO NO ORGÁNICO DEL SUEÑO (f.51)

DEFINICION

Se trata de un grupo de trastornos que incluyen:

1. Disomnías: trastornos primariamente psicógenos en los que la alteración predominante consiste en la afectación de la cantidad, calidad o duración del sueño debido a causas emocionales, por ejemplo: el insomnio, el hipersomnio y los trastornos del ritmo sueño – vigilia.
2. Parasomnías: trastornos episódicos durante el sueño, los cuales durante la infancia esta relacionado por lo general con las fases del desarrollo del niño(a) mientras que en la madurez son fundamentalmente psicógenos, tales como el sonambulismo, terrores nocturnos, pesadillas

EPIDEMIOLOGIA

Alrededor del 20% al 50 % de los adultos entre los 25 a 91 años refieren alguna alteración en el dormir.

Las quejas del sueño aumentan con la edad, en adultos jóvenes de 25 años, el 90% manifiesta un sueño sin interrupciones y adecuado; mientras que casi el 100% de las personas de 65 años refieren sueño irregular o interrumpido. Alrededor de un 15% de la población en general considera el insomnio como un serio problema, por lo que han acudido en alguna ocasión en busca de ayuda médica.

Los sueños relacionados con otros trastornos mentales (no orgánicos) son más frecuentes en las mujeres que en los hombres.

CAUSAS POSIBLES O ETIOLOGIA

- Enfermedades Mentales (ejemplo: depresión, ansiedad, psicosis)
- Estrés

- Abuso de drogas
- Situaciones ambientales (ejemplo: situaciones adversas naturales o provocados)
- Trastornos del sueño y del ciclo sueño-vigilia
- Factores emocionales
- Trastornos de la Sexualidad

CLASIFICACION

1. INSOMNIO NO ORGÁNICO (F 51.0): El insomnio es un estado caracterizado por una cantidad o una calidad de sueño no satisfactorio, que persiste durante un considerable periodo de tiempo.

Este tipo de trastornos prevalece mas en mujeres, en los enfermos de edad avanzada y en aquellas personas con trastornos psicológicos o que se encuentran en una difícil situación social y económica.

Criterios Diagnósticos o Manifestaciones Clínicas

- Quejas acerca de dificultad para conciliar el sueño, para mantenerlo o sobre una mala calidad del mismo.
- Dicha manifestación se ha presentado al menos 3 veces a la semana o durante al menos un mes.
- Preocupación excesiva tanto durante el día como durante la noche sobre el echo de no dormir y sobre sus consecuencias
- La cantidad o calidad no satisfactoria del sueño causa un malestar general o Interfiere con las actividades de la vida cotidiana.

2. HIPERSOMNIO NO ORGANICO (F 51.1)

DEFINICION: Se define como un estado de excesiva somnolencia y ataques de sueño diurno o bien de un periodo de transición prolongado desde el sueño hasta la vigilia plena tras el despertar.

Criterios Diagnósticos o Manifestaciones Clínicas

- Excesiva somnolencia o presencia de ataques de sueño diurnos no justificables por una cantidad de sueño o bien un periodo de transición prolongado hasta el estado de vigilia completa tras el despertar.
- Este trastorno del sueño se presenta diariamente durante más de un mes o durante periodos recurrentes de duración mas corta y causa molestias intensas o interfiere las actividades de la vida cotidiana.

- No hay síntomas secundarios de Narcolepsia (cataplejía, parálisis del sueño, alucinaciones hipnagógicas) ni evidencia clínica de una apnea del sueño (interrupciones de la respiración nocturna, ronquidos intermitentes característicos, etc.)
- Ausencia de cualquier alteración neurológica o médica uno de cuyos síntomas pueda ser la somnolencia.

3. TRASTORNO NO ORGANICO DEL CICLO VIGILA- SUEÑO

DEFINICIÓN: Se define por una falta de sincronización entre el ritmo de sueño vigilia individual y el deseable en el entorno en el que se desenvuelve el enfermo lo que ocasiona una queja de insomnio nocturno o sueño durante el día

Criterios Diagnósticos o Manifestaciones Clínicas

- El patrón del sueño -vigilia del individuo no esta sincronizado con el horario de sueño -vigilia deseado, o con las necesidades sociales que comparten las mayorías de personas de su entorno.
- Como consecuencia de este trastorno el individuo experimenta, casi todos los días al menos durante el mes previo o de manera recurrente en periodos de tiempo más cortos, insomnio a lo largo de la mayor parte del periodo de sueño y sueño durante el periodo de vigilia.
- La cantidad, calidad y el ritmo no satisfactorio de los periodos de sueño causan un gran malestar o interfieren las actividades de la vida cotidiana.

4. SONAMBULISMO (F 51.3)

DEFINICIÓN: Es un estado de disociación de la conciencia en el que se combinan fenómenos propios del sueño y de la vigilia.

Criterios Diagnósticos o Manifestaciones Clínicas

- El síntoma predominante es la presencia de episodios repetidos de levantarse de la cama durante el sueño y deambular durante unos minutos o hasta media hora, normalmente durante el primer tercio del sueño nocturno.
- Durante el episodio el individuo tiene la mirada en blanco, no responde plenamente a los esfuerzos de los otros para modificar su comportamiento o comunicarse con él y resulta muy difícil despertarlo.
- Al despertarse del episodio o a la mañana siguiente, el individuo no recuerda nada de lo sucedido.

- Al cabo de unos minutos de haberse despertado tras un episodio no se pone de manifiesto deterioro alguno en la actividad mental o en el comportamiento, a pesar de que puede darse, inicialmente, un breve periodo de tiempo en el que haya cierta confusión y desorientación.
- No hay evidencia alguna de un trastorno mental orgánico, tal como una demencia o una epilepsia.

5. TERRORES NOCTURNOS (F.51.4.)

DEFINICIÓN: Consisten en episodios nocturnos de pánico y de terror que se acompañan de gritos, movimientos bruscos y fuertes descargas vegetativas.

Criterios diagnósticos o Manifestaciones Clínicas

- El síntoma predominante es la presencia de episodios repetidos de despertarse durante el sueño, que comienzan con un grito de pánico y están caracterizados por una intensa ansiedad, excitación motriz e hiperactividad vegetativa tal como taquicardia, Taquipnea y Sudoración.
- Estos episodios repetidos de despertar tienen una duración característica de uno a diez minutos. Por lo general se presentan durante el primer tercio del sueño nocturno.
- Hay una relativa ausencia de respuesta frente a los intentos de otras personas para influir en el terror y de manera casi constante a estos intentos suelen suceder unos minutos de desorientación y movimientos perseverantes.
- El recuerdo del acontecimiento, si es que hay alguno, es mínimo (normalmente, una o dos imágenes mentales fragmentarias).
- No hay evidencia de un trastorno Mental orgánico, como un tumor cerebral o Epilepsia.

6. PESADILLAS (F.51.5.)

DEFINICION: Son una experiencia onírica cargada de ansiedad o de miedo.

Criterios Diagnósticos o Manifestaciones Clínicas

- El despertar de un sueño nocturno o de una siesta con recuerdos detallados y muy vividos de sueños terroríficos, que normalmente implican una amenaza para la supervivencia, la seguridad o la estimación de sí mismo. El despertar puede tener lugar durante cualquier periodo del sueño, aunque normalmente sucede en la segunda mitad.

- Una vez despierto, el individuo alcanza rápidamente el estado de vigilia y se encuentra orientado y alerta.
- Tanto la experiencia onírica en si misma como la alteración del sueño provocan gran malestar al enfermo.

ASPECTOS CLÍNICOS GENERALES

A) PRUEBAS DE LABORATORIO Y GABINETE

- Electroencefalograma

B) COMPLICACIONES:

- Accidentes de trabajo
- Bajo rendimiento intelectual y laboral
- Accidentes de tránsito
- Cambios del estado de ánimo
- Irritabilidad
- Deterioro físico
- Bajos Niveles de concentración
- Deficiencia en las relaciones interpersonales

C) CO – MORBILIDAD

- Alteraciones del estado de ánimo, de la memoria y de la concentración.
- Trastornos de Ansiedad
- Episodios Depresivos
- Consumo de drogas

D) DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

- Trastornos de Ansiedad
- Episodios Depresivos
- Consumo de drogas
- Problemas orgánicos (problemas cardíacos, Epilepsia)
- Uso de medicamentos (esteroides, antidepresivos entre otros)
- Apnea del sueño

E) TRATAMIENTO FARMACOLOGICO

Según complejidad del cuadro clínico presentado.

-ESTRATEGIAS PARA SELECCIONAR MEDICACION POR NIVELES DE ATENCION

En el primer nivel:

Idealmente el manejo debe iniciarse con técnicas de higiene del sueño, sin uso de psicofármacos

- Tratar insomnio transitorio: Benzodiazepinas de vida corta, media no más de 3 semanas

En el segundo y tercer nivel:

- Tratar insomnios no transitorios según etiología.

- MEDICAMENTOS DE ELECCION

En el primer nivel:

- Diazepam tableta 10 mg 5-10 mg Vía oral cada noche
- Bromazepam tableta 3 mg 3.0 mg Vía oral cada noche

En el segundo y tercer nivel:

- Clonacepam 2mg tableta 2 mg vía oral cada noche
- Midazolam 15 mg tableta 7.5 mg vía oral cada noche

F) EXAMENES DE LABORATORIO O GABINETES (PREVIOS Y/O DE SEGUIMIENTO)

- Electroencefalograma
- Polisomnografía

G) TRATAMIENTO NO FARMACOLOGICO

- Según cada caso en particular y a criterio del especialista

- PSICOEDUCACION INDIVIDUAL, FAMILIAR Y GRUPAL

En el primer nivel:

- Consejería de higiene del sueño a grupos de riesgos en la comunidad.
- Consejería nutricional, técnicas de relajamiento

En el segundo nivel:

- Psicoeducación sobre higiene del sueño (eliminación de ruidos intensos, temperatura extremas en el dormitorio, evitar iluminación excesiva)
- Psicoeducación sobre el fármaco aplicado
- Grupos de autoayuda.
- Educación nutricional

H) CRITERIOS PARA DETERMINAR REPUESTA A TRATAMIENTO O RESISTENCIA

- Disponibilidad del paciente para someterse a procesos psicoterapéuticos
- Práctica por parte del paciente de higiene del sueño.
- Mejoría de la calidad del sueño
- Modificación del fármaco de acuerdo a la calidad del sueño presentado

I) CRITERIOS PARA MODIFICAR TRATAMIENTO

- Persistencia de alteraciones en el ciclo vigilia – sueño.
- Presencia de comorbilidad

J) CRITERIOS PARA HACER CAMBIOS O TRASLAPE DE MEDICACION

- Hipersensibilidad al medicamento
- Resultados esperados no son los obtenidos

K) CRITERIOS DE CURACION, MEJORIA O EGRESO

Dependerá de cada caso en particular (es necesario individualizar)

L) CRITERIOS PARA REFERENCIA Y RETORNO

- REFERENCIA:

- Presencia de una o más patologías psiquiátricas asociadas a trastornos de base.
- Persistencia de síntomas a pesar de tratamiento prescrito en dosis y tiempo adecuado

- RETORNO

- Disminución de sintomatología
- Disminución de comorbilidad

3- TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA (F 50)

BULIMIA NERVIOSA

DEFINICION

Es un síndrome caracterizado por episodios repetidos de ingesta excesiva de alimentos y por una preocupación exagerada por el control del peso corporal lo que lleva al

enfermo a adoptar medidas extremas para mitigar el aumento de peso producido por la ingesta de comida.

EPIDEMIOLOGIA

No se ha realizado ningún trabajo epidemiológico de este trastorno, no se conoce la prevalencia, pero parece ser más común en los adolescentes del sexo femenino, generalmente aparece en la adolescencia.

ETIOLOGIA

Consiste en un miedo morboso a engordar, el enfermo se fija de forma estricta un patrón de peso muy inferior al que tenía antes de la enfermedad, o al de su peso óptimo o sano.

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

- Preocupación continua de la comida con deseo irresistible de comer, de modo que el enfermo termina por sucumbir a ellos, presentándose episodios de polifagia durante los cuales consume grandes cantidades de comida en periodos cortos de tiempo.
- El enfermo intenta contrarrestar el aumento de peso mediante uno o mas de los siguientes métodos:
 - Vómitos autoprovocados
 - Abuso de laxantes,
 - Supresores del apetito
 - Periodos de ayuno
 - Consumo de fármacos como son los supresores del apetito y diuréticos.

OTRAS CATEGORIAS DIAGNOSTICAS

-Bulimia nerviosa atípica (F.50.3.)

ASPECTOS CLÍNICOS GENERALES

A) PRUEBAS DE LABORATORIO Y GABINETE

El diagnostico es eminentemente clínico, se pueden emplear pruebas de laboratorio para caracterizar el estado nutricional del paciente.

B) COMPLICACIONES:

- Trastornos del equilibrio Hidroelectrolítico
- Complicaciones somáticas
- Cardiopatías

- Crisis Epilépticas
- Debilidad muscular
- Alteraciones en el ciclo menstrual

C) CO-MORBILIDAD

- Diabetes Mellitus
- Trastornos de ansiedad generalizada
- Cardiopatías
- Trastornos de la Personalidad
- Episodios Depresivos
- Abuso de Sustancias

D) DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

- Trastorno de la personalidad
- Episodios depresivos
- Trastorno Obsesivo-Compulsivo

E) TRATAMIENTO FARMACOLOGICO

Según criterio del especialista

- ESTRATEGIAS PARA SELECCIONAR MEDICACION POR NIVELES DE ATENCIÓN

En el primer nivel:

Sensibilizar y capacitar al personal de salud sobre esta enfermedad, para poder referir al 2º y 3er nivel

En el segundo y tercer nivel:

- Diagnóstico Precoz
- Sensibilización y capacitación al personal de salud de la existencia de dicha patología
- Tratamiento y seguimiento del caso

- MEDICAMENTOS DE ELECCION

En el primer nivel:

Referir a nivel especializado

En el segundo y tercer nivel:

- Antidepresivos Triciclos (aplicar según caso)
- Cloroimipramina 25 mg tableta 75-150 mg vía oral cada día
- Inhibidores Selectivos de Recaptación de Serotonina
Fluoxetina 20 mg tableta 20-60 mg vía oral cada día

F) EXAMENES DE LABORATORIO O GABINETES (PREVIOS Y/O DE SEGUIMIENTO)

En el primer nivel:

Referir a nivel especializado

En el segundo y tercer nivel:

- Hemograma
- Glicemia
- Nitrógeno Ureico y Creatinina
- Gases arteriales
- Rx. de Tórax
- Endoscopia
- Electrolitos

G) TRATAMIENTO NO FARMACOLOGICO

Según criterio del especialista

- PSICOEDUCACION – INDIVIDUAL, FAMILIAR Y GRUPAL

- Orientación a padres
- Trabajo en autoestima
- Mejorar clima familiar
- Disminuir conductas punitivas
- Reforzamiento positivo
- Técnicas de relajación
- Dietas adecuadas

En el primer nivel:

- Charlas de autoestima dirigida a adolescentes
- Promoción de estilos de vida saludables.
- Charlas para mejorar la comunicación familiar
- Charlas de nutrición.

En el segundo y tercer nivel:

- Charlas de autoestima dirigida a adolescentes
- Promoción de estilos de vida saludables.
- Charlas para mejorar la comunicación familiar
- Charlas de nutrición.
- Formación de redes para la identificación y detección temprana.

-TERAPIA OCUPACIONAL Y DE REINSERCCIÓN SOCIAL

En el primer nivel:

Club de adolescentes

En el segundo y tercer nivel:

Club de adolescentes

- PSICOTERAPIAS U OTROS

En el primer nivel:

Consejería Familiar

En el segundo y tercer nivel:

Psicoterapia conductual y familiar.

**H) CRITERIOS PARA DETERMINAR RESPUESTA A TRATAMIENTO O RESISTENCIA
(AGREGAR ESCALA SÍ EXISTE O APLICA)**

- Curva de peso.
- Control periódico de peso
- Voluntad de llevar una pauta de tratamiento
- Disciplina con las dietas y con la hospitalización sí es necesario
- Regularidad en las consultas
- Confianza en el entorno familiar y/o terapeuta.

I) CRITERIOS PARA MODIFICAR TRATAMIENTO

- Incumplimiento del tratamiento ya sea farmacológico o psicoterapéutico
- Falta de apoyo familiar
- Fracaso farmacológico
- Deterioro nutricional

J) CRITERIOS PARA HACER CAMBIOS O TRASLAPE DE MEDICACION

- Incumplimiento del tratamiento ya sea farmacológico o psicoterapéutico
- Falta de apoyo familiar
- Fracaso farmacológico
- Deterioro nutricional

K) CRITERIOS DE CURACION, MEJORIA O EGRESO

- Disciplina en las dietas
- Reinserción familiar y social
- Aumento gradual de peso

L) CRITERIOS PARA DETERMINAR PERIODO DE INCAPACIDAD (SI APLICA)

- Evaluar cada caso en particular
- De acuerdo a comorbilidad

M) EXAMENES DE LABORATORIO O GABINETE (PREVIOS Y/O DE SEGUIMIENTO)

- Hemograma
- Glicemia
- Nitrógeno Ureico y Creatinina
- Gases arteriales
- Rx. de Tórax
- Endoscopia
- Electrolitos

N) CRITERIOS PARA DETERMINAR RESPUESTA A TRATAMIENTO O RESISTENCIA

- Mejoría clínica y Psicológica
- Funcionamiento familiar y social.
- Curva de peso

CRITERIOS PARA HACER CAMBIOS O TRASLAPE DE MEDICACION

- Fallas psicoterapéuticas
- Falla del manejo nutricional

O) CRITERIOS DE CURACION, MEJORIA O EGRESO

Mejoría Clínica:

- Adquisición de hábitos higiénicos y alimenticios
- Adecuado funcionamiento individual o familiar.

P) CRITERIOS PARA REFERENCIA Y RETORNO

-REFERENCIA

Referencia a 2º o 3er nivel con especialista o según capacidad o según capacidad instalada.

- Deterioro nutricional de carácter fluctuante
- Deterioro de la estabilidad psíquica
- Enfermedades físicas oportunistas

-RETORNO

- Cuando ha mejorado su cuadro agudo

- ANOREXIA NERVIOSA

DEFINICION

Es un trastorno de la conducta alimentaría, caracterizado por la pérdida deliberada de peso, inducida o mantenida por el mismo enfermo.

EPIDEMIOLOGIA

La anorexia nerviosa es más frecuente en el sexo femenino constituyendo la tercera enfermedad crónica más común.

Se considera que la prevalencia en adolescentes es del 3 al 5 %, las edades de mayor riesgo está comprendida entre los 12 y 30 años y particularmente en las clases altas.

ETIOLOGIA

Se ha postulado que la anorexia nerviosa constituye una respuesta de Evitación fóbica al alimento resultantes de las tensiones sociales y sexuales generados por los cambios físicos asociados con la pubertad

MANIFESTACIONES CLINICAS

- Pérdida significativa de peso(al menos un 25% del peso original)
- La pérdida de peso es originada por el propio enfermo, a través de:
 - Evitación de consumo de alimentos que engordan
 - Vómitos autoprovoados
 - Purgas intestinales autoprovoadas
 - Ejercicio excesivo
 - Consumo de fármacos anorexígenos o diuréticos

- Distorsión de la imagen corporal, de modo que el enfermo se impone a sí mismo el permanecer por debajo de un límite máximo de peso normal.
- Trastorno endocrino generalizado que afecta a la mujer en forma de **amenorrea** y al hombre en pérdida del interés y de la potencia sexual.
- Si el inicio es anterior a la pubertad se retrasa la secuencia de las **manifestaciones** de la pubertad.

CLASIFICACION

- Anorexia nerviosa atípica (F 50.1)

ASPECTOS CLÍNICOS GENERALES

A) PRUEBAS DE LABORATORIO Y GABINETE

El diagnóstico es clínico, las pruebas de laboratorio y gabinete son útiles para caracterizar la condición nutricional del paciente.

- Hemograma
- Glicemia
- Nitrógeno Ureico y Creatinina
- Gases arteriales
- Rx. de Tórax
- Endoscopía
- Electrolitos

B) COMPLICACIONES

- Pérdida de peso, desnutrición, caquexia.
- Complicaciones endocrinológicas.
- Complicaciones cardíacas.
- Complicaciones genito urinarias
- Complicaciones Multisistémicas

C) CO-MORBILIDAD

- Diabetes Mellitus
- Hipotiroidismo o hipertiroidismo
- Síndrome de mala absorción
- Enfermedad de Addison
- Obstrucciones gastroesofágicas
- Tumores cerebrales

D) DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

- Episodio depresivo
- Trastorno de personalidad
- Trastorno de somatización.
- Trastorno Obsesivo-compulsivo
- Trastorno de Personalidad

E) TRATAMIENTO FARMACOLOGICO

Según criterio del especialista.

- ESTRATEGIAS PARA SELECCIONAR MEDICACION POR NIVELES DE ATENCIÓN

En el primer nivel:

Al sospechar el diagnóstico se sugiere evaluación médica completa y referirlo a un segundo o tercer nivel de atención:

Evaluación por equipo Multidisciplinario (médico internista, psiquiatra, endocrinólogo, enfermera, nutricionista, psicólogo, trabajador social,)

- MEDICAMENTOS DE ELECCION

En el primer nivel:

Referir a nivel especializado

En el segundo y tercer nivel:

Antidepresivos Triciclicos:

Imipramina 25 mg tableta 75-150 mg vía oral cada día

Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina

Fluoxetina 20 mg tableta 20-60 mg vía oral cada día

Sertralina 50mg tableta 50 mg vía oral cada día

F) EXAMENES DE LABORATORIO O GABINETES (PREVIOS Y/O DE SEGUIMIENTO)

En el primer nivel:

- hemograma
- glicemia

En el segundo y tercer nivel:

- hemograma
- glicemia

- gasometría arterial
- electrolitos
- pruebas de función tiroidea
- pruebas de función pancreática (amilasa y lipasa)
- pruebas de función renal
- endoscopio
- TAC cerebral
- Electroencefalograma

G) TRATAMIENTO NO FARMACOLOGICO

- PSICOEDUCACION – INDIVIDUAL, FAMILIAR Y GRUPAL:

En el primer nivel:

- Charlas de autoestima dirigida a adolescentes
- Promoción de estilos de vida saludables.
- Charlas para mejorar la comunicación familiar
- Charlas de nutrición.

En el segundo y tercer nivel:

- Charlas de autoestima dirigida a adolescentes
- Promoción de estilos de vida saludables.
- Charlas para mejorar la comunicación familiar
- Charlas de nutrición.
- Formación de redes sociales-comunitarias para la detección temprana

- TERAPIA OCUPACIONAL Y DE REINSERCCIÓN SOCIAL

En el primer nivel:

Club de adolescentes

En el segundo y tercer nivel:

Club de adolescentes

- PSICOTERAPIAS

En el primer nivel:

- consejería Familiar

En el segundo y tercer nivel:

- Psicoterapia conductual y familiar.

H) CRITERIOS PARA DETERMINAR RESPUESTA A TRATAMIENTO O RESISTENCIA

- Control periódico de peso (primera hora y posterior al vaciamiento de la vejiga)
- Evaluación del estado general (físico y mental)

I) CRITERIOS PARA MODIFICAR TRATAMIENTO

- Incumplimiento del tratamiento ya sea farmacológico o psicoterapéutico
- Falta de apoyo familiar
- Fracaso farmacológico
- Deterioro nutricional

J) CRITERIOS PARA HACER CAMBIOS O TRASLAPE DE MEDICACION

- Incumplimiento del tratamiento ya sea farmacológico o psicoterapéutico
- Falta de apoyo familiar
- Fracaso farmacológico
- Deterioro nutricional

K) CRITERIOS DE CURACION, MEJORIA O EGRESO

- Aumento gradual de peso
- Presencia de autocrítica
- Reincorporación a entorno familiar-social-comunitario

L) CRITERIOS PARA DETERMINAR PERIODO DE INCAPACIDAD

- Evaluar cada caso en particular
- De acuerdo a comorbilidad

M) CRITERIOS PARA REFERENCIA Y RETORNO

-REFERENCIA

- Deterioro Nutricional
- Deterioro de la estabilidad psíquica o psicosocial

RETORNO:

Cuando ha mejorado su cuadro agudo

4- TRASTORNO DE LAS EMOCIONES Y DEL COMPOR- TAMIENTO DE COMIENZO HABITUAL EN LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA:

- ENURESIS NO ORGANICA (F98.0).

DEFINICION

Es la eliminación involuntaria de orina diurna y/o nocturna, después de los 5 años de edad, no debido a una enfermedad orgánica que pudiese alterar el control usual.

Enuresis primaria: es el trastorno continuo desde el nacimiento, sin existir control adecuado de un año o menos.

Enuresis Secundaria: se inicia entre los 5 – 7 años ocurre después de haberse adquirido el control vesical.

EPIDEMIOLOGIA

La prevalencia desciende con la edad, siendo más frecuente en niños que en niñas.

ETIOLOGIA

- Factores genéticos
- Factores biológicos
- Factores psicológicos
- Factores del desarrollo y maduración
- Factores emocionales

CRITERIOS DIAGNOSTICOS O MANIFESTACIONES CLINICAS

- Edad cronológica y mental de 5 años
- Emisión involuntaria o intencionada de orinar en la cama o en la ropa que se presenta al menos 2 veces al mes en niños(as) menores de 7 años y al menos una vez al mes en los niños de 7 o más.
- No es consecuencia de ataques epilépticos, de origen neurológico, ni de anomalías estructurales del tracto urinario, ni de otros tratamientos físicos.
- El cuadro debe haber estado presente durante al menos 3 meses.

CLASIFICACION

1. Enuresis no orgánica (F.98.0)
2. Encopresis no orgánica (F.98.1.)
3. Trastorno de la Conducta Alimentaría en la Infancia (F.98.2.)

ASPECTOS CLÍNICOS GENERALES

A) PRUEBAS DE LABORATORIO Y GABINETE

- Examen general de orina
- Urocultivo
- Glicemia

B) COMPLICACIONES

- Baja autoestima
- Aislamiento social
- Trastorno de la conducta
- Disfunción familiar
- Rechazo

C) CO-MORBILIDAD

- Sonambulismo
- Alteraciones del sueño
- Encopresis
- Trastornos emocionales

D) DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

- Diabetes Mellitus
- Diabetes insípida
- Infecciones del aparato genito urinario
- Trastornos emocionales
- Trastornos mentales orgánicos

E) TRATAMIENTO FARMACOLOGICO

- ESTRATEGIAS PARA SELECCIONAR MEDICACION POR NIVELES DE ATENCIÓN

En el primer nivel:

Referir a nivel especializado

En el segundo y tercer nivel:

- Antidepresivos Triciclícos

- MEDICAMENTOS DE ELECCION

Imipramina 25 mg tableta 10 –25 mg x Kg. x día

F) EXAMENES DE LABORATORIO O GABINETES (PREVIOS Y/O DE SEGUIMIENTO)

Para descartar patología orgánica, ya que el diagnóstico es clínico.

- Examen general de orina
- Urocultivo
- Glicemia

G) TRATAMIENTO NO FARMACOLOGICO:

- PSICOEDUCACION – INDIVIDUAL, FAMILIAR Y GRUPAL

En el primero, segundo y tercer nivel:

- Orientación a niño(a) y familia
- Cambios en la alimentación
- Cambios de hábitos y mecánica del menor
- Educación a Padres

- PSICOTERAPIAS U OTROS

- Modificación de la conducta
- Recompensa y restricción de oportunidades no punitivas.
- Hipnoterapia
- Terapias de desensibilización paulatinas

H) CRITERIOS PARA DETERMINAR RESPUESTA A TRATAMIENTO O RESISTENCIA

Mejoría clínica y psicológica

I) CRITERIOS PARA MODIFICAR TRATAMIENTO:

- Falla terapéutica

J) CRITERIOS PARA HACER CAMBIOS O TRASLAPE DE MEDICACION

- Hipersensibilidad al medicamento

K) CRITERIOS DE CURACION, MEJORIA O EGRESO

- Mejoría clínica y psicológica

L) CRITERIOS PARA DETERMINAR PERIODO DE INCAPACIDAD

Según criterio del especialista

M) CRITERIOS PARA REFERENCIA Y RETORNO

- REFERENCIA

En el caso de trastornos emocionales concomitantes, deberá tratarse por equipo multidisciplinario con diversidad de abordajes, tanto farmacológicos como psicoterapéuticos, por lo que se requiere su derivación hacia el segundo o tercer nivel.

- RETORNO

Deberá procurarse con el uso de dosis mínimas necesarias de los fármacos prescritos y pauta, con el paciente, su paulatina desensibilización, procurando su vinculación con su entorno

ENCOPRESIS (F 98.1)

DEFINICION:

Se trata de un trastorno caracterizado por la presencia reiterada de deposiciones voluntarias o involuntarias de heces de consistencia normal o anormal, en lugares no adecuados para este propósito, de acuerdo a las pautas socioculturales propias del lugar. Puede ser la continuidad de una incontinencia fisiológica infantil o aparecer después de haber adquirido el control de las esfínteres.

El cuadro puede presentarse como una alteración aislada o puede formar parte de un síndrome más amplio.

EPIDEMIOLOGIA:

Es mucho más frecuente en niños que en niñas, en una proporción de 5 a 1. Alrededor del 1% de los niños de 5 años son encopréticos.

CAUSAS POSIBLES O ETIOLOGIA

- Trastornos anatómicos
- Trastornos fisiológicos
- Factores familiares
- Trastornos emocionales o conductuales
- Enseñanza inadecuada del control de los esfínteres
- Falla en el aprendizaje (dicha enseñanza con antecedentes de continuo fracaso en el control de esfínteres).
- Trastornos fisiológicos (un control fisiológico normal de función, pero por alguna razón han rechazado)

CRITERIOS DIAGNOSTICOS O MANIFESTACIONES CLINICAS

- Emisión repetida de heces en lugares inapropiados voluntaria e involuntariamente
- Edad cronológica y mental de al menos cuatro años
- Al menos un episodio de encopresis al mes durante los últimos seis meses
- No es debida a causa orgánica

CATEGORIAS CLINICAS

- Fracaso de la adquisición del control (F.98.10)
- Con disposiciones en lugares inadecuados a pesar del un control espontáneo normal (F.98.11)
- Con disposiciones liquidas por rebosamiento secundario o retención (F.98.12)

ASPECTOS CLINICOS GENERALES

A- PRUEBAS DE LABORATORIO Y GABINETE

- Radiografías Tubo Digestivo Inferior
- Pruebas Tiroideas (hipotiroidismo)
- Radiografía Columna Vertebral
- Examen general de Heces

B- COMPLICACIONES

- Baja autoestima
- Trastornos de conducta (manipulación)

C- CO – MORBILIDAD

- Trastornos adaptativos
- Trastornos depresivos
- Trastornos de ansiedad
- Trastorno de las Emociones
- Trastorno Disocial
- Maltrato infantil (abuso sexual)
- Autismo infantil
- Esquizofrenia infantil
- Enuresis
- Retraso Mental

D- DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

- Enfermedad Hirschprung
- Espina bífida
- Impactacion Fecal
- Hipotiroidismo
- Fisuras anales

E- TRATAMIENTO FARMACOLOGICO

- ESTRATEGIAS PARA SELECCIONAR MEDICACION POR NIVELES DE ATENCION

PRIMER NIVEL:

Historia clínica y diagnostico clínico para detección temprana y referirlo.

SEGUNDO Y TERCER NIVEL:

Historia clínica y diagnostico clínico
Descartar patología orgánica

- MEDICAMENTO DE ELECCION

PRIMER NIVEL:

Referencia a nivel especializado.

SEGUNDO Y TERCER NIVEL:

Según criterio del Especialista, se podrá recurrir a:

- Antidepresivos tricíclicos
- Imipramina 25 mg. Tableta 10-12.5 mg vía oral cada noche.

F- EXAMENES DE LABORATORIO O GABINETE (PREVIOS Y/O DE SEGUIMIENTO)

El diagnostico es eminentemente clínico, sin embargo las pruebas de laboratorio y gabinete son necesarias para descartar patología orgánica.

- Radiografías Tubo Digestivo Inferior
- Pruebas Tiroideas (hipotiroidismo)
- Radiografía Columna Vertebral
- Examen general de Heces

G- TRATAMIENTO NO FARMACOLOGICO

PSICOEDUCACION INDIVIDUAL, FAMILIAR Y GRUPAL

PRIMERO, SEGUNDO Y TERCER NIVEL:

- Orientación a padres
- Trabajo en autoestima
- Socialización del niño(a) afectado.
- Mejorar dinámica familiar
- Disminuir conductas punitivas
- Refuerzo positivo
- Técnicas de relajación
- Dietas adecuadas.

PSICOTERAPIAS U OTRAS

- Psicoterapia familiar e individual
- Psicoterapia conductual
- Entrenamiento de hábitos higiénicos

H- CRITERIOS PARA DETERMINAR RESPUESTA A TRATAMIENTO O RESISTENCIA (AGREGAR ESCALA SI EXISTE)

- Mejoría clínica y Psicológica
- Funcionamiento familiar y social.
- Respuesta favorable al entrenamiento de hábitos higiénicos

I- CRITERIOS PARA MODIFICAR TRATAMIENTO

- Falla Psicoterapéuticas
- Falla del manejo nutricional
- Falla en el entrenamiento de hábitos higiénicos

J- CRITERIOS PARA MODIFICAR TRATAMIENTO

- Falla Psicoterapéuticas
- Falla del manejo nutricional
- Falla en el entrenamiento de hábitos higiénicos

K - CRITERIOS DE CURACION, MEJORIA O EGRESO

MEJORÍA CLÍNICA:

- Adquisición de hábitos higiénicos y alimenticios
- Adecuado funcionamiento individual o familiar
- Mejoría en Autoestima

L- CRITERIOS PARA REFERENCIA Y RETORNO:

Referencia al segundo o tercer nivel con especialista o según capacidad instalada.

5- TRASTORNOS DEL APRENDIZAJE (F. 80)

DEFINICIÓN

Los trastornos incluidos en este apartado, comparten en común:

- a) Comienzo siempre en la primera o segunda infancia
- b) Deterioro o retraso del desarrollo de las funciones que están íntimamente relacionadas con la maduración biológica del sistema nervioso central
- c) Curso estable que no se ve afectado por las remisiones y recaídas que tienden a ser características de muchos trastornos mentales.

En la mayoría de los casos, las funciones afectadas el lenguaje, el rendimiento de las funciones visoespeciales o de coordinación de movimientos; lo característico es que el deterioro disminuya progresivamente a medida que los niños crecen (aunque en algunos casos en la vida adulta persisten déficit leves).

EPIDEMIOLOGÍA

Más frecuentes en niños que en niñas.

CAUSAS POSIBLES O ETIOLOGÍA

- Factores genéticos
- Factores ambientales
- Factores Nutricionales
- Factores Sociales

CLASIFICACIÓN

- Trastorno específico del desarrollo del habla y del lenguaje (F.80)
- Trastorno Específico de la Pronunciación (F.80.0)
- Trastorno de la Expresión del Lenguaje (F.80.1.)
- Trastorno de la comprensión del Lenguaje (F.80.2.)
- Afasia Adquirida con Epilepsia (Síndrome de Landau-Kleffner) (F.80.5.)
- Otros (F.80.8.)
- Trastorno del desarrollo del habla y el lenguaje, sin especificación. (F.80.9)

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS O MANIFESTACIONES CLÍNICAS

1. TRASTORNOS ESPECÍFICOS DEL DESARROLLO DEL HABLA Y DEL LENGUAJE (F.80.)

- En estos trastornos las pautas normales de adquisición del lenguaje están alteradas desde estadios tempranos del desarrollo
- No son directamente atribuibles a anomalías neurológicas, ni a mecanismos de lenguaje, ni a deterioros sensoriales, retraso mental o factores ambientales.
- La capacidad del lenguaje es deficitaria en todas las circunstancias.

2. TRASTORNO ESPECÍFICO DE LA PRONUNCIACIÓN (F.80.0)

- Se trata de un trastorno específico del desarrollo en el que la pronunciación de los fonemas por parte del niño está a un nivel inferior al adecuado a su edad mental, pero normal para el resto de funciones del lenguaje.
- El diagnóstico debe de hacerse únicamente cuando la gravedad del trastorno de pronunciación excede los límites normales, teniendo en cuenta la edad mental del niño.
- Las anomalías de la pronunciación no pueden ser atribuidas a un defecto sensorial, estructural, neurológico y cuando estos fallos sean claramente anormales en el contexto de los usos coloquiales del entorno socio cultural del niño.

3. TRASTORNO DE LA EXPRESIÓN DEL LENGUAJE (F.80.1.)

- Se trata de un trastorno específico del desarrollo en el que la capacidad de expresión del lenguaje oral es marcadamente inferior al nivel adecuado para su edad mental, pero en el que la comprensión del lenguaje está dentro de los límites normales.
- Pueden haber o no alteraciones en la pronunciación.
- El diagnóstico debe de hacerse únicamente cuando la gravedad del retraso del desarrollo del lenguaje expresivo exceda los límites de la variación normal y cuando la comprensión del lenguaje esté dentro de los límites normales para la edad del niño.
- A pesar del déficit del lenguaje, el niño intenta comunicarse y tiende a compensar la carencia lingüística mediante el uso de expresiones demostrativas, de gestos, mímicas y vocalizaciones no lingüísticas.
- El déficit en el lenguaje hablado ha tenido que estar presente desde la primera infancia, sin que haya existido una fase claramente duradera del uso normal del lenguaje

4. TRASTORNO DE LA COMPRENSIÓN DEL LENGUAJE (F.80.2.)

- Se trata de un trastorno específico del desarrollo en el que la comprensión del lenguaje por parte del niño es inferior al nivel adecuado a su edad mental

- En la mayoría de casos existe además un deterioro notable en la expresión del lenguaje y son frecuentes las alteraciones en la pronunciación del lenguaje.
- El diagnóstico debe de hacerse solo cuando la gravedad del retraso de la comprensión del lenguaje excede los límites de la variación normal para la edad del niño, cuando la inteligencia no verbal está dentro de los límites normales y cuando no se satisfacen las pautas del trastorno generalizado del desarrollo.
- Dentro de las variedades de los trastornos del desarrollo, esta es la que más frecuentemente se asocia de problemas sociales, emocionales y del comportamiento. (Hiperkinesia, déficit de atención, inadaptación social y excesiva timidez).

5. AFASIA ADQUIRIDA CON EPILEPSIA (SÍNDROME DE LANDAU-KLEFFNER) (F.80.3.)

- Se trata de un trastorno del desarrollo en el que el niño, habiendo progresado de un modo normal en la adquisición del lenguaje, pierde la capacidad de comprensión y de expresión del mismo, pero conserva la inteligencia en general.
- La aparición de este trastorno se acompaña de anomalías Electroencefalográficas y en la mayoría de casos de ataques epilépticos.
- La aparición suele tener lugar, generalmente entre los tres y los siete años
- Es muy característico que el deterioro de la comprensión del lenguaje sea profundo y que las dificultades para la comprensión de los sonidos sean la primera manifestación de este trastorno.

6. OTROS TRASTORNOS DEL DESARROLLO DEL HABLA Y DEL LENGUAJE. (F.80.8)

Incluye:

- Ceceo
- Balbuceo

7. TRASTORNO DEL DESARROLLO DEL HABLA Y DEL LENGUAJE SIN ESPECIFICACIÓN. (F.80.9)

- Esta categoría no debería de utilizarse, en la medida de lo posible, y hacerlo únicamente para trastornos sin especificación en los que haya un deterioro significativo del desarrollo del habla o del lenguaje que no puedan explicarse por un retraso mental por un déficit neurológico, sensorial o somático que afecten directamente al habla o lenguaje.

ASPECTOS CLINICOS GENERALES

A- PRUEBAS DE LABORATORIO Y GABINETE

- Electroencefalograma.
- Prueba psicológica (C.I.)
- TAC cerebral
- Audiometría
- Visometría (agudeza visual)
- Examen anatómico de la cavidad bucal

B- COMPLICACIONES

- Baja autoestima
- Rechazo escolar y social
- Deserción Escolar
- Bajo rendimiento escolar
- Trastorno del Afecto
- Conductas Agresivas

C- CO-MORBILIDAD

- Trastornos Hipercinéticos
- Retraso mental
- Epilepsia
- Trastorno Mental Orgánico
- Endocrinopatías
- Trastorno del lenguaje
- Trastorno de la Audición

D- DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- Trastornos mentales orgánicos
- Epilepsia lóbulo temporal
- Esquizofrenia Infantil
- Trastornos específicos del lenguaje
- Autismo
- Trastorno Disocial en la Infancia.

E- TRATAMIENTO FARMACOLOGICO

ESTRATEGIAS PARA SELECCIONAR MEDICACIÓN POR NIVELES DE ATENCIÓN

El manejo será dado de acuerdo al nivel de atención y según el tipo de trastorno de aprendizaje.

MEDICAMENTOS DE ELECCIÓN

- Según criterio del especialista.
- Antidepresivos Triciclicos: Imipramina
- Antipsicóticos Haloperidol, Clorpromacina
- Moduladores Afectivos: Carbamazepina, Acido valproico
- Reguladores de la actividad: Meprobamato (Ritalina)

F- EXÁMENES DE LABORATORIO O GABINETES (PREVIOS Y/O DE SEGUIMIENTO)

- Pruebas psicológicas
- TAC cerebral
- Electroencefalograma

G- TRATAMIENTO NO FARMACOLOGICO

• PSICOEDUCACIÓN – INDIVIDUAL, FAMILIAR Y GRUPAL

PRIMER NIVEL:

Detección temprana de casos, en coordinación con educación y referencia a aulas de apoyo para terapia educativa, audición y lenguaje (ISRI).

TERAPIA OCUPACIONAL Y DE REINSERCIÓN SOCIAL

Desarrollo de habilidades

- Talleres vocacionales
- Reinserción laboral

PSICOTERAPIAS U OTROS

- Psicoterapia educativa a paciente y familia
- Psicoterapia familiar

- Psicoterapia de apoyo
- Psicoterapia Conductual

H- CRITERIOS PARA DETERMINAR RESPUESTA A TRATAMIENTO O RESISTENCIA (AGREGAR ESCALA SI EXISTE O APLICA)

- Mejoría en la capacidad de aprendizaje.
- Mejoría en el rendimiento escolar
- Estabilidad emocional
- Adaptación social y familiar.

I- CRITERIOS PARA HACER CAMBIOS O TRASLAPE DE MEDICACIÓN

- Falla psicoterapéutica.
- Falta de apoyo familiar-social
- Persistencia en problema de aprendizaje.
- Escasa adaptación social y familiar.

J- CRITERIOS DE CURACIÓN, MEJORÍA O EGRESO

- Adaptación Escolar
- Rendimiento académico adecuado.
- Alcance de metas programadas de acuerdo al problema de aprendizaje.
- Adaptación Familiar-Social

K- CRITERIOS PARA DETERMINAR PERÍODO DE INCAPACIDAD

Criterio del Especialista.

L- CRITERIOS PARA REFERENCIA Y RETORNO

De acuerdo a capacidad instalada y nivel de complejidad del establecimiento así como también de la entidad clínica que se presente.

Referir a aulas de apoyo y escuelas de educación especial

6- TRASTORNOS HIPERCINETICOS (F 90)

DEFINICIÓN

Lo constituyen un grupo de trastornos caracterizados por un comienzo precoz, la combinación de un comportamiento hiperactivo y pobremente modulado con una marcada falta de atención y de continuidad en las tareas y por que estos problemas se presentan en las situaciones mas variadas y persisten a lo largo del tiempo.

EPIDEMIOLOGÍA

3-10% población escolar. Es 10 veces más común en el sexo masculino

CAUSAS POSIBLES O ETIOLOGÍA

• Factores orgánicos:

- Anoxia.
- Parto distócico
- Encefalitis – Meningitis.
- Epilepsia
- Enfermedades estructurales del cerebro, zona vestibular, cerebelo.
- Trauma cráneo encefálico.

• Factores no Orgánicos

- Factores genéticos.
- Factores psicosociales

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS O MANIFESTACIONES CLÍNICAS

- Inicio generalmente antes de los seis años
- Déficit de atención
- Hiperactividad.
- Inquietud excesiva en situaciones que requieren calma

• Rasgos Asociados:

- Desinhibición en la relación social
- Falta de precaución en situaciones de peligro
- Quebrantamiento impulsivo de algunas normas sociales, como intromisión en la actividad de otras personas, respuestas prematuras a preguntas sin permitir que se hayan terminado de formular, imposibilidad de esperar a que le toque su turno.

CLASIFICACIÓN

- Trastornos Hipercinéticos (F.90)
- Trastorno de la actividad y de la atención (F.90.0)
- Trastorno Hipercinéticos Disocial (F.90.1.)
- Otros Trastornos Hipercinéticos (F.90.8)
- Trastorno Hipercinéticos sin Especificación (F.90.9)

ASPECTOS CLÍNICOS GENERALES

A- PRUEBAS DE LABORATORIO Y GABINETE

- Electroencefalograma
- TAC Cerebral
- Pruebas endocrinas
- Audiometría
- Agudeza Visual
- Pruebas psicológicas
- Psicometría

B- COMPLICACIONES

- Traumas o accidentes.
- Rechazo social y familiar.
- Conductas adictivas.
- Aislamiento social
- Problemas escolares y laborales.
- Relaciones personales deficientes.
- Conductas delictivas.

C- CO-MORBILIDAD

- Conductas adictivas.
- Trastorno de ansiedad.
- Trastorno depresivos
- Trastornos conducta sexual.
- Trastornos mentales orgánicos
- Trastornos del aprendizaje
- Trastornos del sueño.

D- DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- Retraso mental.
- Trastorno Disocial

E- ESTRATEGIAS PARA SELECCIONAR MEDICACIÓN POR NIVELES DE ATENCIÓN

PRIMER NIVEL:

Detección a través de escala clínica para referencia. Anexo guía clínica

SEGUNDO Y TERCER NIVEL:

Según criterio clínico del especialista.

MEDICAMENTOS DE ELECCIÓN

- Ritalina (Metilfenidato) Iniciar con 2.5 –5 mg V.O. por la mañana
- Dexidrine (Dextro anfetamina) 5 mg V.O. por la mañana
- Tofranil (Imipramina) 25 mg V.O. por la noche

F- EXÁMENES DE LABORATORIO Y GABINETES (PREVIOS Y/O DE SEGUIMIENTO)

El diagnóstico es eminentemente clínico (por especialista)

G- TRATAMIENTO NO FARMACOLOGICO

PSICOEDUCACIÓN INDIVIDUAL, FAMILIAR Y GRUPAL (PRIMERO, SEGUNDO Y TERCER NIVEL)

- Orientación a la familia para el cumplimiento del tratamiento farmacológico.
- Organizar grupos de apoyo para padres de hijos con Trastorno Hipercinéticos
- Comunicación con centro escolar, consejería familiar.
- Educación nutricional a familia.
- Coordinación con redes socio-educativas.

TERAPIA OCUPACIONAL Y DE REINSERCIÓN SOCIAL

- Desarrollo deportes
- Empleo de tiempo libre
- Técnicas y dinámicas de autocontrol y concentración.
- Integrarlos a grupos de autoayuda.

PSICOTERAPIAS U OTROS

- Cognitiva conductual
- Racional emotiva.
- Modificación de conducta (Reforzamiento Positivo)

H- CRITERIOS PARA DETERMINAR RESPUESTA A TRATAMIENTO O RESISTENCIA (AGREGAR ESCALA SÍ EXISTE O APLICA)

- Edad
- Mejora clínica: Disminución de sintomatología, Incremento de habilidades mejoría en la capacidad de atención y concentración

I- CRITERIOS PARA MODIFICAR TRATAMIENTO

- Hipersensibilidad al Fármaco
- Falla terapéutica
- Efectos secundarios

CRITERIOS PARA HACER CAMBIOS O TRASLAPE DE MEDICACIÓN

- Hipersensibilidad al Fármaco
- Falla terapéutica
- Efectos secundarios

J- CRITERIOS DE CURACIÓN, MEJORÍA O EGRESO

- Mejor capacidad de Concentración
- Mejor capacidad de Atención
- Mejor capacidad de Autocontrol
- Disminución de la Agresividad, Impulsividad

K- CRITERIOS PARA DETERMINAR PERIODO DE INCAPACIDAD

- Efectos secundarios de medicamentos

L- CRITERIOS PARA REFERENCIA Y RETORNO

PRIMER NIVEL:

Detección y referencia.

SEGUNDO Y TERCER NIVEL:

Referencia a aulas de apoyo y médicos especialistas.
Atención personalizada.

7- TRASTORNO DE IDENTIDAD SEXUAL

DEFINICIÓN

El rasgo esencial de estos trastornos es una incongruencia entre el sexo anatómico y la identidad sexual.

La identidad sexual es la resultante de tres tipos de fuerzas: Biológicas, Biopsíquicas y las respuestas intrapsíquicas al ambiente.

ETIOLOGIA

• Factores Biológico- Genético

Biológicamente la diferenciación sexual en el ser humano está determinada por el Cromosoma Y, se ha comprobado en el ser humano que las características de masculinidad y virilidad están determinadas por los andrógenos fetales.

• Factores intrapsíquicos y Sociales

Son muy determinantes los efectos del modelado.

Recompensa y conflicto. Además los efectos de traumas, conflictos y frustraciones (al principio con objetos del mundo exterior y posteriormente con una parte de uno mismo que intenta controlar a la otra) y por los esfuerzos de la persona para resolver estos conflictos a fin de procurarse la gratificación y la tranquilidad.

CLASIFICACIÓN

- Trastornos de la Identidad Sexual (F 64)
- Transexualismo (F 64.0)
- Transvestismo no Fetichista (F 64.1)
- Trastorno de la Identidad Sexual en la Infancia (F 64.2)
- Otros Trastornos de la Identidad sexual (F 64.8)
- Trastorno de la Identidad Sexual sin Especificación (F 64.9)

CLASIFICACIÓN CATEGORIAS CLINICAS

• TRANSEXUALISMO (F 64.0)

Pautas Diagnosticas:

- Deseo de vivir y ser aceptado como un miembro del sexo opuesto.
- Sentimientos de malestar y desacuerdo con el sexo anatómico propio
- Deseos de someterse a tratamiento quirúrgico u hormonal para hacer que el propio cuerpo concuerde lo mayormente posible con el sexo preferido.
- La identidad sexual debe de haber estado presente al menos durante dos años
- No debe de ser un síntoma de otro trastorno mental

• TRANSVESTISMO NO FETICHISTA (F 64.1)

- Llevar ropa del sexo opuesto durante una parte de la existencia a fin de disfrutar de la experiencia transitoria de pertenecer al sexo opuesto
- Ningún deseo de llevar a cabo un cambio de sexo permanente, ni de ser sometido a una intervención quirúrgica para ello
- No se produce excitación sexual acompañada de estas experiencias de cambio de vestido

• TRASTORNO DE LA IDENTIDAD SEXUAL EN LA INFANCIA (F 64.2)

- Se manifiesta por primera vez durante la primera infancia (años preescolares, mucho antes de la pubertad)
- Malestar intenso y persistente debido al sexo propio, junto al deseo (o insistencia) de pertenecer al sexo opuesto
- Preocupación constante con el vestido o las actividades del sexo opuesto o un rechazo hacia el propio sexo.
- Deseo general y persistente del enfermo de ser (o insistencia de que se es) del sexo opuesto al propio, junto a un intenso rechazo del comportamiento, atributos y atuendos del mismo.

ASPECTOS CLINICOS GENERALES

A- PRUEBAS DE LABORATORIO Y GABINETE

- Test Psicológicos
- Machover
- Rorscharc
- MMPI

B- COMPLICACIONES

- Abuso sexual.
- Conductas delictivas.
- Marginación.
- Estigmatización.
- Prostitución.
- Enfermedad de transmisión sexual/ VIH-SIDA
- Suicidio.

C- CO-MORBILIDAD

- Homosexualidad
- Parafilias
- Adicción a sustancias.
- Trastornos depresivos.
- Trastornos de personalidad.

D- DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- Esquizofrenia.
- Trastorno de personalidad.
- Patologías endocrinas.
- Patología cromosómica.

E- TRATAMIENTO NO FARMACOLOGICO

• PSICOEDUCACIÓN INDIVIDUAL, FAMILIAR Y GRUPAL

PRIMER NIVEL:

Información a la familia.

Información a familia y grupos de apoyo, teoría del género.

SEGUNDO NIVEL:

- Información a la familia.
- Información a familia y grupos de apoyo, teoría del género.
- Psicoterapia individual, familiar y grupal.

TERAPIA OCUPACIONAL Y DE REINSERCIÓN SOCIAL

- Terapia Lúdica
- Grupos de adolescentes.
- Grupos de salud sexual.

PSICOTERAPIAS U OTROS.

- Psicoterapia de apoyo.
- Psicoterapia familiar, grupal.
- Psicoterapia conductual (niños).

F- TRATAMIENTO FARMACOLOGICO

- ESTRATEGIAS PARA SELECCIONAR MEDICACIÓN POR NIVELES DE ATENCIÓN

Lo primero que se recomienda es descartar una base orgánica (anatómica-fisiológica), que apoye la sintomatología presentada (diagnostico), se indicaran fármacos según la presencia de sintomatología asociada (comorbilidad)

- MEDICAMENTOS DE ELECCIÓN

De acuerdo a síntomas presentados:

- Depresión:
 - Amitriptilina 25 mg tableta 25-50 mg/día
 - Imipramina 25 mg tableta 25-50 mg/día
 - Fluoxetina 20 mg tableta 20 mg/día
- Ansiedad:
 - Bromazepán 3 mg tableta 3-6 mg/día
 - Clonazepán 2 mg tableta 2-6 mg/día
 - Diazepán 10 mg tableta 5-20 mg/día

G- EXÁMENES DE LABORATORIO O GABINETES (PREVIOS Y/O DE SEGUIMIENTO)

- VDRL
- VIH
- Prueba de embarazo.
- Pruebas de función endocrinológicas.
- Cariotipo

H- CRITERIOS PARA DETERMINAR RESPUESTA A TRATAMIENTO O RESISTENCIA

- Aceptación de preferencia sexual por parte de la paciente y familia.
- Disminución de conductas sexuales inadecuadas para su género.
- Mejoría de sintomatología asociada.

I- CRITERIOS PARA MODIFICAR TRATAMIENTO

- Falla farmacológica para trastorno psiquiátrico asociados (depresión, ansiedad)
- Falla psicoterapéuticas.
- Conductas Autolesivas

• CRITERIOS PARA HACER CAMBIOS O TRASLAPE DE MEDICACIÓN

- Falla farmacológica para trastorno psiquiátrico asociados (depresión, ansiedad)
- Falla psicoterapéutica.
- Conductas Auto lesivas

J- CRITERIOS DE CURACIÓN, MEJORÍA O EGRESO

- Remisión de conductas sexuales inadecuadas (niños).
- Aceptación de preferencia sexual por paciente y familia.
- Disminución de sintomatología asociada

K- CRITERIOS PARA DETERMINAR PERIODO DE INCAPACIDAD

- Patología psiquiátrica asociada que interfiera con el funcionamiento individual-familiar-social.

L- CRITERIOS PARA REFERENCIA Y RETORNO

• REFERENCIA:

- Que no exista capacidad instalada (RRHN).
- Manejo adecuado con especialista.
- Uso de fármaco por patología asociada.

8-TRASTORNOS PSICOLÓGICOS Y DEL COMPORTAMIENTO DEL DESARROLLO Y LA ORIENTACIÓN SEXUAL.

DEFINICIÓN

Dentro de este rubro se encuentran cinco categorías clínicas, siendo la más frecuente:

Orientación Sexual Egodistónica: En estos casos la identidad genérica, la orientación sexual o la preferencia sexual no se pone en duda, pero debido a la presencia de trastornos psicogenos o comportamentales, la persona que lo padece desearía que fuera diferente, lo que puede motivarlo a solicitar tratamiento a fin de cambiarlo.

Homosexualidad Egodistónica: Se trata de un deseo de adquirir o aumentar la excitación heterosexual a fin de poder iniciar o consumir relaciones heterosexuales, y una pauta sostenida de excitación homosexual manifiesta explícitamente no deseada y que constituye una fuente de malestar.

Trastorno de la Maduración Sexual: El enfermo tiene una falta de claridad sobre su identidad genérica o de su orientación sexual, lo cual le produce ansiedad o depresión.

EPIDEMIOLOGÍA

Incidencia en hombres = 4%

Incidencia en mujeres = 1%

CAUSAS POSIBLES O ETIOLOGÍA

- Genético
- Biológico
- Psicodinámico
- Conflictos resueltos inadecuadamente
- Modelaje (Aprendizaje social)
- Trastornos Mentales

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS O MANIFESTACIONES CLÍNICAS

Crterios para el diagnóstico de homosexualidad Egodistónica

- A. El individuo se queja de que la excitación heterosexual es persistentemente débil o nula y que ello interfiere significativamente al iniciar o mantener relaciones heterosexuales deseadas.

- B. Existe una pauta mantenida de excitación homosexual que el individuo manifiesta explícitamente como no-querida y como fuente persistente de malestar

CLASIFICACIÓN (CATEGORÍAS CLÍNICAS)

- Trastorno de la maduración sexual. (F.66.0)
- Orientación sexual Egodistónica. (F.66.1.)
- Trastorno de la relación sexual. (F.66.2.)
- Otros trastornos del desarrollo psicosexual (F.66.8.)
- Trastornos del desarrollo psicosexual sin especificación (F.66.9.)

ASPECTOS CLINICOS GENERALES

A- PRUEBAS DE LABORATORIO Y GABINETE

- Perfil hormonal
- Cariotipo

B- COMPLICACIONES

- Rechazo Social, Familiar.
- Discriminación Social, laboral
- Aumento en el riesgo de contraer enfermedad de transmisión sexual y SIDA.
- Conductas Auto agresivas
- Enfermedades Mentales

C- CO-MORBILIDAD

- Puede coexistir en presencia de VIH (+) y/o SIDA.
- Puede coexistir con otros trastornos de la identidad sexual.
- Puede coexistir con trastorno de la inclinación sexual.
- Puede coexistir con Trastornos de la Personalidad
- Puede coexistir con Trastornos de ansiedad, depresivos y obsesivos.
- Hermafroditismo, Seudohermafroditismo.

D- DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- Trastornos ficticios
- Trastornos de la personalidad
- Trastornos de la identidad sexual
- Problemas o anomalías genéticas.

E- TRATAMIENTO FARMACOLOGICO

- ESTRATEGIAS PARA SELECCIONAR MEDICACIÓN POR NIVELES DE ATENCIÓN

- **PRIMER NIVEL**
Referir a nivel especializado
- **SEGUNDO NIVEL**
Referir a nivel especializado
- **TERCER NIVEL**
Queda a criterio de especialista la corriente psicoterapéutica para iniciar el tratamiento

OBSERVACIÓN: Puede haber síntomas asociados a la orientación sexual, los cuales deberán tratarse psicofarmacológicamente y psicoterapeuticamente.
Ejemplo: síntomas ansiosos, síntomas depresivos entre otros.

• MEDICAMENTOS DE ELECCIÓN

PRIMER NIVEL:

- Si se presentan síntomas depresivos.
- Imipramina 25 Mg. 5 mg
25-50 mg c/ día
- Si se presentasen síntomas ansiosos
- Bromazepam 3 mg
10-20 mg / día

SEGUNDO NIVEL:

Psicoterapia (modalidad según criterio del especialista) y farmacoterapia según síntomas asociados.

TERCER NIVEL:

Psicoterapia y Farmacoterapia
Terapia hormonal
Reconstrucción quirúrgica

F- EXÁMENES DE LABORATORIO O GABINETES (PREVIOS Y/O DE SEGUIMIENTO)

- Perfil hormonal
- Cariotipo
- Estudio genético y endocrinológico.

G- TRATAMIENTO NO FARMACOLOGICO.

• PSICOEDUCACIÓN – INDIVIDUAL, FAMILIAR Y GRUPAL

PRIMER NIVEL:

Charlas hacia las comunidades acerca de sexualidad, autoestima-auto cuidado, bioética.

SEGUNDO Y TERCER NIVEL:

Charlas hacia las comunidades acerca de sexualidad, autoestima-auto cuidado, bioética, coordinación de redes intersectoriales y organismos gubernamentales y no gubernamentales

• TERAPIA OCUPACIONAL Y DE REINSERCIÓN SOCIAL • PSICOTERAPIAS U OTROS

- Terapia psicoanalítica
- Terapia de conducta
- Técnicas de condicionamiento clásico
- Terapia racional emotiva.

H- CRITERIOS PARA DETERMINAR RESPUESTA A TRATAMIENTO O RESISTENCIA (AGREGAR ESCALA SI EXISTE O APLICA)

- Disminución de los síntomas asociados a la patología
- Aceptación de la orientación sexual

I- CRITERIOS PARA MODIFICAR TRATAMIENTO

- Persistencia de síntomas asociados (molestias) a orientación sexual
- Hipersensibilidad al fármaco

CRITERIOS PARA HACER CAMBIOS O TRASLAPE DE MEDICACIÓN

- Persistencia de síntomas asociados (molestias) a orientación sexual
- Hipersensibilidad al fármaco

J- CRITERIOS DE CURACIÓN, MEJORÍA O EGRESO

- Aceptación de orientación sexual.
- Ausencia de los síntomas asociados (comorbilidad)

K- CRITERIOS PARA DETERMINAR PERÍODO DE INCAPACIDAD (SI APLICA)

Se individualizará cada caso queda sujeto a criterio del especialista.

L- CRITERIOS PARA REFERENCIA Y RETORNO

Manejo por nivel especializado

NOTA: Si la comorbilidad en algún momento representa amenaza a la vida del paciente, al disminuir o desaparecer la condición asociada podrá referirse al nivel respectivo para continuar con un programa psicoterapéutico y psicofarmacológico para su seguimiento.

9- DEMENCIA (F 0.0)

DEFINICION:

Se define como un síndrome debido a una enfermedad del cerebro, generalmente de naturaleza crónica o progresiva, en la que hay déficit de múltiples funciones corticales superiores, permaneciendo un estado de conciencia clara.

EPIDEMIOLOGIA:

La prevalencia es del 5% en hombres y el 6% en mujeres arriba de 60 años. Las cifras aumentan con la edad en forma tal que la prevalencia se dobla cada 0.5 años después de los 60 años, llegando a cifras superiores a 35% a la edad de 95 años.

CAUSAS POSIBLES O ETIOLOGIA:

- Enfermedades vasculares
- Alcoholismo
- Hidrocefalia
- Encefalitis metabólica
- Déficit de vitaminas
- Infecciones del SNC
- Tumores
- Encefalopatía por drogas
- Enfermedad de Parkinson
- Traumatismos Craneo-encefalicos
- Enfermedad de Alzheimer
- Demencia por VIH

CRITERIOS DIAGNOSTICOS O MANIFESTACIONES CLINICAS:

- Deterioro de la memoria, evidente sobre todo para el aprendizaje de nueva información que en los casos más graves afecta la evocación de información previamente aprendida, la actuación incluye material verbal y no verbal.

- Deterioro objetivo y no basarse sólo en quejas subjetivas para la cual se necesita información de terceras personas o recurrir a test neuropsicológicos.
 - Déficit de la capacidad intelectual caracterizado por un deterioro del pensamiento y de la capacidad de procesar información:
- A- La relación del deterioro con el nivel previo de funcionamiento, debe verificarse manejo y comprensión de los contenidos del pensamiento es muy inferior a lo que se hubiera esperado en el pasado.
- B- Los síntomas descritos anteriormente deben haber estado presentes por lo menos durante seis meses.

CATEGORIAS CLINICAS

- Demencia en la Enfermedad de Alzheimer (F0.0)
- Demencia Vascular (F0.1)
- Demencia en la Enfermedad de Creutzfeldt-Jacob
- Demencia en la Enfermedad de Huntington
- Demencia Multi infarto (F01.1)
- Demencia Vascular Subcortical (F01.2)
- Demencia en la Enfermedad de Pick (F02.2)
- Demencia en la Enfermedad de Parkinson (F02.3)
- Demencia enfermedad VIH (F02.4)
- Demencia Pick o Frontotemporal (F02.2)
- Demencia sin especificación (F03)

ASPECTOS CLINICOS GENERALES

A) PRUEBAS DE LABORATORIO Y GABINETE

- TAC cerebral
- Electroencefalograma
- Resonancia magnética
- Hemoquímica completa
- Examen General de Orina
- Glicemia
- Serología
- Radiografía de Tórax
- Determinación hormona tiroidea
- Electrocardiograma
- Prueba de HIV

B) COMPLICACIONES

- Traumas y fracturas
- Trastornos del sueño
- Psicosis
- Deshidratación
- Desnutrición
- Deterioro de las relaciones sociales y familiares
- Intoxicaciones

C) CO- MORBILIDAD

- Adicciones
- Trastornos afectivos
- Trastornos Orgánicos de la personalidad
- Trastornos psicóticos
- Depresión
- Delirium
- Epilepsia

D) DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

- Retardo mental
- Reacción aguda a gran tensión
- Trastornos afectivos
- Trastornos mentales orgánicos
- Depresión

E) TRATAMIENTO FARMACOLOGICO

Según criterio de especialista

ESTRATEGIAS PARA SELECCIONAR MEDICACION POR NIVELES DE ATENCIÓN:

EN EL PRIMERO, SEGUNDO Y TERCER NIVEL:

- Antioxidantes
- Irrigadores de la Circulación Cerebral
- Antisicóticos
- Moduladores del Afecto
- Antiagregantes Planetarios
- Multivitaminas - Hematinicos

- MEDICAMENTOS DE ELECCIÓN

- Cinaricina, Flunaricina
- Vitamina E
- Complejo B12
- Acido fólico
- Antisicóticos (Haloperidol, Tioridacina, Clorpromacina)
- Aminoácidos (Galantamina)

F. EXAMENES DE LABORATORIO O GABINETES (PREVIOS Y/O DE SEGUIMIENTO)

- Hemoquímica completa
- Examen General de Orina
- Serología
- Hormonas tiroideas
- Electrocardiograma
- Electroencefalograma
- TAC cerebral
- Resonancia Magnética

G. TRATAMIENTO NO FARMACOLOGICO

PSICOEDUCACION – INDIVIDUAL, FAMILIAR Y GRUPAL

- Evaluación neurológica y valoración, Evaluación Psicológica, Bender, neuropsicológica (mini –Mental Examen)
- Realizar actividades cognitivas estimulantes al menos 3 v/d tales como temas de conversación, juegos de palabras.
- Higiene de sueño (dar una bebida tibia por la noche, poner música relajante, dar un masaje, reducir ruidos ambientales)
- Estimular la motricidad (reducir la permanencia en cama, mientras esté en cama movilizar extremidades y en lo posible mantener tono y fuerza muscular.
- Reforzar marco sensorial: permitir que use sus anteojos, tener elementos con letras y dibujos que permitan que el adulto mayor pueda leer y distinguir, mantener buena iluminación durante el día
- Técnicas de Relajación.

TERAPIA OCUPACIONAL Y DE REINSERCCIÓN SOCIAL

- Charlas informativas a cuidadores
- Talleres ocupacionales
- Actividades Socio – educativas.

PSICOTERAPIAS U OTRAS

- Terapia individual, grupal y familiar
- Grupos de auto cuidado

H. CRITERIOS PARA DETERMINAR RESPUESTA A TRATAMIENTO O RESISTENCIA (AGREGAR ESCALA SI EXISTE O APLICA)

- Aplicación protocolo de orientación
- Criterio Clínico del Especialista
- Mejoría estado general

I. CRITERIOS PARA MODIFICAR TRATAMIENTO

- Deterioro estado General
- Persistencia de cuadro clínico

J. CRITERIOS PARA MODIFICAR TRATAMIENTO

- Incumplimiento del tratamiento ya sea farmacológico o psicoterapéutico
- Falta de apoyo familiar
- Falta de mejoría clínica
- Deterioro nutricional

K. CRITERIOS DE CURACIÓN, MEJORÍA O EGRESO

- Aplicación protocolo de orientación
- Reincorporación a actividades cotidianas
- Mejoría Clínica

L. CRITERIOS PARA DETERMINAR PERIODO DE INCAPACIDAD

- Mini examen cognoscitivo menor de 20 puntos
- Evaluación Clínica por especialista

M. CRITERIOS PARA REFERENCIA Y RETORNO

- **REFERENCIA:**
 - Mini examen cognoscitivo menor de 20 puntos
 - Según criterio clínico por especialista

10- TRASTORNOS DE ANSIEDAD.

DEFINICION

La ansiedad se describe como una emoción compleja, difusa y desagradable, que se expresa por un sentimiento de temor y tensión emocional acompañada de diversos síntomas emocionales. Es una sensación de un peligro venidero, indefinible, no previsible, de causa vaga e incomprensible. La ansiedad se caracteriza tanto por tener síntomas físicos y psicológicos, y el sustrato psicológico en que se asienta es predominantemente neurovegetativo.

EPIDEMIOLOGIA

Incidencia: 5% de la población puede adolecer de un trastorno de ansiedad. Hay una dos veces mayor en mujeres que en hombres

CAUSAS POSIBLES O ETIOLOGIA

- Factores Fisiológicos
- Factores Psicológicos
- Factores Genéticos

MANIFESTACIONES CLINICAS

- Disnea
- Palpitaciones
- Dolor o Malestar Precordial
- Sensaciones de ahogo
- Mareo, vértigo
- Sensación de Inestabilidad
- Sentimiento de irrealidad
- Parestesias
- Sudoración
- Debilidad
- Temblor
- Ensimismamiento
- Miedo a morir
- Oleadas de frío y calor
- Temor de perder el control
- Vómito

CLASIFICACION

- Trastorno de Pánico (F.41.0.)
- Trastorno de Ansiedad Generalizada (F.41.1.)
- Trastorno Mixto ansioso-depresivo (F.41.2.)
- Otro Trastorno Mixto de Ansiedad (F.41.3.)
- Otros Trastornos de ansiedad especificada (F.41.8.)
- Trastorno de ansiedad sin especificación (F.41.9.)

CRITERIOS DIAGNOSTICOS

1- TRASTORNO DE PÁNICO (F. 41.0.)

- Presencia de crisis recurrentes de ansiedad grave (pánico) no limitadas a ninguna situación o conjunto de circunstancias particulares, dichas crisis recurrentes deben de estar presentes durante el periodo de un mes.
- Crisis graves de Ansiedad en circunstancias en las que no hay un peligro objetivo.
- Dichas crisis no deben de presentarse solo en situaciones conocidas o previsibles.
- En el periodo entre las crisis, el individuo debe además estar relativamente libre.

2. TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA (F.41.1.)

- Se presentan síntomas de ansiedad la mayor parte de los días durante al menos varias semanas seguidas.
- Aprensión (preocupaciones acerca de calamidades venideras, sentirse al límite, dificultades de concentración).
- Tensión muscular (Agitación e inquietud Psicomotora, cefaleas de tensión, temblores, incapacidad de relajarse).
- Hiperactividad Vegetativa (mareos, Sudoración, Taquicardia, Taquipnea, molestias Epigástricas, vértigo, sequedad de boca).

3. TRASTORNO MIXTO ANSIOSO-DEPRESIVO (F. 41.2.)

- Esta categoría debe de usarse cuando estén presentes síntomas de ansiedad y depresión, pero ninguno de ellos predomina claramente ni tiene la intensidad suficiente como para justificar un diagnostico por separado.

4. OTROS TRASTORNOS MIXTOS DE ANSIEDAD (F.41.3.)

- Esta categoría debe de utilizarse para aquellos trastornos en los que se satisfagan las pautas de Trastorno de Ansiedad Generalizada, y que tengan

Además características destacadas otros trastornos, aunque no se satisfagan las pautas completas de este trastorno adicional.

5. OTROS TRASTORNOS DE ANSIEDAD ESPECIFICADOS (F.41.8.)

- Incluye: Ansiedad Histérica

6. TRASTORNO DE ANSIEDAD SIN ESPECIFICACIÓN (F. 41.9.)

- Incluye: Ansiedad sin Especificación.

ASPECTOS CLINICOS GENERALES

A- PRUEBAS DE LABORATORIO Y GABINETE

- Escala de Hamilton para ansiedad
- Electrocardiograma y Ecocardiograma (para descartar patologías cardiacas)
- Pruebas Tiroideas
- Electroencefalograma
- Glicemia

B- COMPLICACIONES

- Inestabilidad emocional (laboral, familiar, social)
- Alteraciones del ciclo vigilia-sueño
- Exacerbación de patologías Medicas (Asma Bronquial, Hipertensión, Diabetes entre otros)

C- COMORBILIDAD

- Trastornos Obsesivos compulsivos
- Trastornos Adaptativos
- Trastornos Somatomorfos
- Trastornos Disociativos
- Reacciones a Estrés Grave
- Episodios Depresivos

D- DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

- Trastorno Mental y del Comportamiento debidos al consumo de sustancias psicotropas
- Enfermedad Coronaria
- Hipertiroidismo
- Feocromocitoma
- Hipertensión
- Diabetes

E- TRATAMIENTO FARMACOLOGICO

ESTRATEGIAS PARA SELECCIONAR MEDICACION POR NIVELES DE ATENCION

• PRIMER NIVEL

Según presentación clínica evaluar referencia

• SEGUNDO NIVEL

Según presentación clínica tratamiento y/o evaluar referencia a nivel especializado

• TERCER NIVEL

Tratamiento Especializado

MEDICAMENTOS DE ELECCION

PRIMER NIVEL:

Diazepam Tableta 10mg. 5-15 mg/día

Bromazepam Tableta 3mg 3-9 mg/día

SEGUNDO Y TERCER NIVEL:

- Clonacepam 2 mg. Tableta. 2 –4 mg/día.
- En casos de hospitalización, considerar el uso parenteral de medicamentos:
- Diazepam EV 10mg c/12 horas
- Propanolol 40 mg tableta 10-20 mg cada/ día
- Antidepresivos: Fluoxetina 20 mg tableta 20 mg/día
- Sertralina 50 mg tableta 50 mg/día

F- EXAMENES DE LABORATORIO O GABINETE (PREVIOS Y/O DE SEGUIMIENTO)

- Escalas para ansiedad de Hamilton
- SRQ

G- TRATAMIENTO NO FARMACOLOGICO

PSICOEDUCACION INDIVIDUAL, FAMILIAR Y GRUPAL

PRIMER NIVEL

Capacitaciones intersectoriales con líderes, promotores, personal de Unidades de Salud sobre la detección temprana de casos.

SEGUNDO Y TERCER NIVEL

Grupos Psicoterapéuticos

TERAPIA OCUPACIONAL Y DE REINserción SOCIAL

- Integración a actividades socio-recreativas (Deportes, artes manuales, lectura)
- Hospitales de día

PSICOTERAPIAS U OTROS

- Psicoterapia conductual
- Psicoterapia Racional-Emotiva
- Psicoterapia breve y de Apoyo

G- CRITERIOS PARA DETERMINAR RESPUESTA A TRATAMIENTO O RESISTENCIA

- Disminución de los síntomas
- Disminución en dosis de tratamiento
- Reinserción social, laboral, familiar.
- Disminución puntaje escala de Hamilton
- Presencia de insight

H- CRITERIOS PARA MODIFICAR TRATAMIENTO

- Persistencia de Síntomas
- Presencia de comorbilidad
- Hipersensibilidad al fármaco

I- CRITERIOS PARA HACER CAMBIOS O TRASLAPE DE MEDICACION

- Persistencia de Síntomas
- Presencia de Comorbilidad
- Hipersensibilidad al Fármaco

J- CRITERIOS DE CURACIÓN, MEJORÍA O EGRESO

- Mejoría clínica
- Reinserción social, laboral, familiar.
- insight presente

K- CRITERIOS PARA DETERMINAR PERIODO DE INCAPACIDAD

- Se individualizará cada caso en particular
- Según criterio del especialista

L - CRITERIOS PARA REFERENCIA Y RETORNO

PRIMER NIVEL

• REFERENCIA

- Según Complejidad del caso
- Si se cuenta o no con recurso humano especializado

• RETORNO

- Mejoría Clínica de fase aguda

11 - EPISODIO DEPRESIVO (F 32)

DEFINICION

Es un trastorno mental caracterizado por un humor depresivo, una pérdida de la capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas, una disminución de su vitalidad que lleva a una reducción de su nivel de actividad y a un cansancio exagerado, que aparece incluso tras un esfuerzo mínimo.

EPIDEMIOLOGIA

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

En términos de porcentaje afecta el 25% de las personas en algún momento de su vida, afecta el 10% de niños(as) menores de 13 años y al 10% de los adolescentes.

CAUSAS POSIBLES O ETIOLOGIA

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

- La Herencia: existe un mayor riesgo de padecer depresión cuando hay una historia familiar de dicha enfermedad.
- Factores Bioquímicos: existe un desequilibrio bioquímico en ciertos neurotransmisores cerebrales. (Serotonina)
- Situaciones Estresantes: son los acontecimientos traumáticos (ejemplo: desastres naturales, desastres humanos), situaciones de duelo, problemas de tipo económico, enfermedades crónicas.

- Estacionalidad: se ha observado que desarrollan depresión durante los días de invierno cuando los días se hacen más cortos, debido a los cambios estacionales.
- Personalidad: las personas con esquemas mentales negativos, baja autoestima, tendencia a la preocupación excesiva, al estrés, y a la baja tolerancia, con personalidades de tipo dependiente, pasivos y las que presentan adicción a sustancias.

CRITERIOS DIAGNOSTICOS O MANIFESTACIONES CLINICAS (GENERALES)

- Disminución de la atención y concentración.
- La pérdida de la confianza en sí mismo y sentimiento de inferioridad
- Ideas de culpa y de ser inútil.
- Perspectiva sombría del futuro.
- Pensamientos y actos suicidas o de auto agresiones
- Trastornos del sueño.
- Perdida del apetito
- Duración de los síntomas al menos de 2 semanas

CLASIFICACION:

1. Episodio Depresivo leve F32.0
2. con síntomas somáticos F32.01
3. sin síntomas somáticos F32.00
4. Episodio Depresivo Moderado F32.1
5. Sin síntoma somáticos F32.1.10
6. con síntomas somáticos F32.1.11
7. Episodio Depresivo Grave sin Síntomas psicótico F.32.2
8. Episodio Depresivo Grave con Síntomas psicótico F.32.3

CRITERIOS DIAGNOSTICO O MANIFESTACIONES CLINICAS

• EPISODIO DEPRESIVO LEVE (F 32.0)

Al menos durante dos semanas deben de presentarse los síntomas siguientes:

- Animo Depresivo
- Perdida de interés
- Perdida de la capacidad de disfrutar
- Aumento de la fatigabilidad

• EPISODIO DEPRESIVO MODERADO (F 32.1)

Además de los síntomas descritos en F32.0:

- Dificultades para desarrollar actividad Social
- Dificultades para desarrollar laboral
- Dificultades para desarrollar actividad domestica

• **EPISODIO DEPRESIVO GRAVE SIN SÍNTOMAS PSICOTICOS (F 32.2)**

Además de los síntomas descritos en F 32.0:

- Pérdida de la estimación de si mismo
- Sentimientos de inutilidad
- Sentimientos de culpa
- Presencia de riesgo Suicida
- Incapacidad para desarrollar actividades laborales, sociales y domésticas.

• **EPISODIO DEPRESIVO GRAVE CON SÍNTOMAS PSICOTICOS (F 32.3)**

Además de los síntomas descritos en F 32.2:

- Ideas Delirantes (Pecado, Ruina)
- Alucinaciones (Auditivas, Olfatorias)
- Inhibición Psicomotriz
- Puede presentarse Estupor Depresivo.

ASPECTOS CLINICOS GENERALES

A- PRUEBAS DE LABORATORIO O GABINETE:

PRIMER NIVEL:

El diagnóstico es eminentemente Clínico.

SEGUNDO Y TERCER NIVEL

El diagnóstico es eminentemente Clínico.

B- COMPLICACIONES:

- Cuadros Psicóticos
- Suicidio
- Síntomas somáticos.
- Disfunción Sexual
- Deterioro en relaciones familiares, laborales y sociales
- Bajo rendimiento cognitivo
- Aislamiento

C- CO – MORBILIDAD:

- Trastorno de ansiedad
- Disfunciones sexuales
- Enfermedades crónicas degenerativas
- Duelos no resueltos

- Reacciones adaptativas
- Estrés post- trauma.

D- DIAGNOSTICO DIFERENCIAL:

- Trastornos mixtos ansiosos – depresivos.
- Trastornos del humor persistentes.
- Reacción a estrés grave y trastorno de adaptación
- Depresión post – parto.
- Trastorno Bipolar
- Esquizofrenia

E. TRATAMIENTO FARMACOLOGICO

Según criterio de Especialista

- ESTRATEGIAS PARA SELECCIONAR MEDICACION POR NIVELES DE ATENCION:

PRIMER NIVEL:

Deberá atender los casos de episodio de depresión leve.

SEGUNDO Y TERCER NIVEL:

Deberán atenderse episodios depresivos moderados y graves (con síntomas o sin síntomas psicóticos. **DEBERA INDIVIDUALIZARSE CADA CASO.**

- MEDICAMENTOS DE ELECCION:

PRIMER NIVEL:

- Depresión en niños (as): referirlos a 3er. Nivel.
- Adolescentes y adultos: antidepresivos Triciclícos
Imipramina 25 mg / tab. Se recomienda de 25 – 50 mg/noche, prescribir dosis mas bajas en pacientes de edad avanzada o con otras patologías orgánicas.
Amitriptilina 25 mg/tab. se recomienda de 25 –50 mg /día
- Adulto mayor: Referencia especialista en caso de alto riesgo de suicidio, síntomas psicóticos, o si persiste la depresión de manera significativa.
- Depresión en embarazada: Referencia al 3er nivel

SEGUNDO Y TERCER NIVEL:

- Adolescentes y adultos: antidepresivos Tricíclicos
Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina (IRSS)
Sertralina 50 mg/tab. 50 mg c/día
Paroxetina 20 mg/tab. 20 mg C/día
- Adulto mayor:
Inhibidores Selectivos de Recaptación de Serotonina
Sertralina 50 mg tableta 12.5 - 25 mg cada/día
Fluoxetina 20 mg tableta 10-20 mg cada /día

F. TRATAMIENTO NO FARMACOLOGICO

• PSICOEDUCACIÓN INDIVIDUAL, FAMILIAR Y GRUPAL

PRIMER NIVEL:

- En todas las edades consejería
- Integración a grupos de apoyo (club de adolescentes, club del adulto mayor, club de violencia intrafamiliar, club de VIH, club de adolescentes, embarazada, club de ludoterapia, club de diabéticos, club alcohólicos anónimos)

SEGUNDO Y TERCER NIVEL:

- Niños: referencia al Hospital Benjamín Bloom.
- Adolescentes y adultos:
Igual que el 1er nivel además grupos de codependientes, grupos de familiares de pacientes con trastornos en el estado de animo.

- TERAPIA OCUPACIONAL Y DE REINserción SOCIAL

PRIMER NIVEL:

Niños: Ludoterapia, terapia recreativa

Adolescentes y adultos: Club de adolescentes (Terapia ocupacional Ludoterapia, Terapia socio-recreativas)

Adulto mayor: talleres de artesanía, terapias socio recreativas, terapia ocupacional

SEGUNDO Y TERCER NIVEL:

Adolescentes, Adulto, Adulto Mayor: hospital de día (corte y confección, tejedura, piñatería entre otros)

Terapia socio recreativo

Adulto mayor: talleres de artesanía, terapias socio recreativo, terapia ocupacional

PSICOTERAPIA U OTROS

PRIMER NIVEL:

- Niños: Ludo terapia, terapia recreativa, Psicoterapia individual breve, Terapia Emotiva
- Adolescentes, adulto y adulto mayor. Psicoterapia individual y grupal
Psicoterapia interpersonal, Psicoterapia cognitiva, Terapia racional, emotiva, Consejería familiar

SEGUNDO Y TERCER NIVEL:

- Niños: Ludoterapia
- Adolescentes, adulto y adulto mayor: Psicoterapia individual y grupal.
Psicoterapia interpersonal. Psicoterapia cognitiva, Terapia Racional-Emotiva, Consejería familiar

G- CRITERIOS PARA DETERMINAR REPUESTA A TRATAMIENTO O RESISTENCIA:

- Evaluación clínica, la cual podrá apoyarse con:
 - Escala de Hamilton para Depresión
 - Escala de la depresión de Zung
 - Escala de la depresión de Montgomery

H- CRITERIOS PARA MODIFICAR TRATAMIENTO

- No se presente mejoría clínica
- Fracaso Farmacológica (posterior a tiempo adecuado de uso y dosis optima)

CRITERIOS PARA EL USO DE TEC (TERAPIA ELECTRO CONVULSIVA)

- Depresiones que representan elevado riesgo suicida.
- Depresiones graves con afectaciones somáticas por desnutrición.
- Depresión asociada a embarazo
- Considerarlo en pacientes geriátricos

CRITERIOS PARA HACER CAMBIOS O TRASLAPE DE MEDICACION:

- Hipersensibilidad al fármaco
- Patologías asociadas.

I- CRITERIOS DE CURACION, MEJORIA O EGRESO

- Mejoría Clínica
- Ausencia de sintomatología
- Presencia de Soporte Social
- Presencia de Soporte familiar
- Reincorporación a actividades cotidianas

J- CRITERIOS PARA DETERMINAR PERIODO DE INCAPACIDAD

Se individualizará en cada caso.

K- CRITERIO PARA REFERENCIA Y RETORNO:

REFERENCIA:

- Depresión en niños y adultos mayores
- Depresión psicótica
- Depresión más riesgo de suicidio
- Depresión más embarazo
- Hipersensibilidad al fármaco

12- TRASTORNOS DE PERSONALIDAD

DEFINICION:

Estos tipos de trastornos abarcan formas de comportamiento duraderas y profundamente arraigadas en el enfermo, que se manifiestan como modalidades estables de respuesta a un amplio espectro de situaciones individuales y sociales. Representan desviaciones extremas o al menos significativas, del modo como el individuo normal de una cultura determinada percibe, piensa, siente y sobre todo se relaciona con los demás. Estas formas de comportamiento tienden a ser estables y abarcan aspectos múltiples de las funciones psicológicas y del comportamiento. Con frecuencia aunque no siempre, se acompañan de grados variables de tensión subjetiva y de dificultades de adaptación. (CIE-10).

EPIDEMIOLOGIA:

En estos trastornos se hace el diagnóstico después de los 18 años. La prevalencia de los trastornos de personalidad puede esperarse que sea mucho más elevada en cualquier ambiente en que se concreten individuos aislados. (cárceles, reformatorios, monasterios) Se estima una prevalencia en un 18% de hombre y un 11% de mujeres.

CAUSAS POSIBLES O ETIOLOGIA:

- Genético
- Ambiental
- Cultural

CRITERIOS DIAGNOSTICOS O MANIFESTACIONES CLINICAS

Se requiere la presencia de una alteración de la personalidad, no directamente atribuible a una lesión o enfermedad cerebral importante, o a otros trastornos psiquiátricos, que reúna las siguientes pautas:

- a) Actitudes y comportamientos marcadamente faltos de armonía, que afectan por lo general a varios aspectos de la personalidad (afectividad, excitabilidad, control de impulsos) a las formas de percibir y de pensar y al estilo de relacionarse con los demás.
- b) La forma de comportamiento anormal es duradera, de larga evolución y no se limita a episodios concretos de enfermedad mental.
- c) La forma de comportamiento anormal es generalizada y claramente desadaptativa para un conjunto amplio de situaciones individuales y sociales
- d) Las manifestaciones anteriores aparecen siempre durante la infancia o la adolescencia y persisten en la madurez.
- e) El trastorno conlleva un considerable malestar personal, aunque este puede también aparecer solo en etapas avanzadas de su evolución.
- f) El trastorno se acompaña por lo general, aunque no siempre de un deterioro significativo del rendimiento profesional y social.

CLASIFICACIÓN

- Trastornos específicos de la personalidad (F.60.)
- Trastorno Paranoide de la personalidad (F.60.0.)
- Trastorno esquizoide de la personalidad (F.60.1.)
- Trastorno Disocial de la personalidad (F.60.2.)
- Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad (F.60.3):
 - Tipo impulsivo
 - Tipo limite
- Trastorno histriónico de la personalidad (F.60.4.)
- Trastorno Anancástico de la personalidad (F.60.5.)
- Trastorno ansioso de la personalidad (F.60.6.)
- Trastorno dependiente de la personalidad (F.60.7.)
- Otros trastornos específicos de la personalidad (F.60.8.)
- Trastorno de la personalidad sin especificación (F.60.9.)

ASPECTOS CLINICOS GENERALES

A- PRUEBAS DE LABORATORIO Y GABINETE

- Test de la personalidad:
- Test de Percepción Temática
- Test de Rorschach
- Inventario Multifasico de Personalidad de Minesota

B- COMPLICACIONES:

- Problemas legales
- Problemas sociales
- Problemas económicos
- Problemas laborales
- Problemas en el ámbito educativo
- Problemas en el ámbito familiar.
- Conductas Adictivas

C- CO-MORBILIDAD:

- Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias Psicotrópicas
- Episodio depresivo
- Trastornos de la Conducta Alimentaría
- Trastorno Obsesivo-Compulsivo

D- DIAGNOSTICO DIFERENCIAL:

- Trastorno orgánico de la personalidad
- Transformación persistente de la personalidad no atribuible a lesión o enfermedad cerebral
- Trastornos Ficticios
- Trastornos de la conducta Alimentaría
- Trastorno Obsesivo-Compulsivo

E- TRATAMIENTO FARMACOLOGICO

ESTRATEGIAS PARA SELECCIONAR MEDICACIÓN POR NIVELES DE ATENCIÓN.

PRIMER Y SEGUNDO NIVEL:

Identificar y referir a nivel especializado

TERCER NIVEL:

Seleccionar el fármaco, si el tipo de trastorno presente lo amerita.

MEDICAMENTOS DE ELECCIÓN:

- Si el trastorno presenta sintomatología depresiva se prescribirán fármacos antidepresivos.
- Si se presentan alteraciones en el estado de ánimo prescribir moduladores del afecto.
- Sí se presentan síntomas o equivalentes psicopáticos prescribir antipsicótico.

F- EXAMENES DE LABORATORIO O GABINETE (PREVIOS Y/O DE SEGUIMIENTO

- Test de personalidad
- Diagnostico clínico.
- TAC Cerebral
- Electroencefalograma (EEG)

G- TRATAMIENTO NO FARMACOLOGICO.

PSICOEDUCACION INDIVIDUAL, FAMILIAR Y GRUPAL

PRIMER Y SEGUNDO NIVEL:

Desarrollo de programas psicoeducativos que faciliten la identificación de las características o rasgos de los trastornos de personalidad.

TERCER NIVEL:

Diagnostico, Tratamiento (Psicoterapéutico y psicofarmacológico), Desarrollo de programas orientados a la identificación de los síntomas de los diferentes Trastornos de la Personalidad.

PSICOTERAPIAS U OTROS

- Psicoterapia de Conducta
- Psicoterapia Breve y de Apoyo
- Psicoterapia Psicodinamica (de orientación Psicoanalítica)
- Psicoterapia Psicoanalítica
- Si el caso lo amerita, Intervención en Crisis

H- CRITERIOS PARA DETERMINAR RESPUESTA A TRATAMIENTO O RESISTENCIA

Según criterio del Especialista.

I- CRITERIOS DE CURACION, MEJORIA O EGRESO

- Mejoría en el control y manejo de los síntomas
- Mejoría en la adaptación laboral, social y familiar.

J- CRITERIOS PARA REFERENCIA Y RETORNO REFERENCIA:

Se deberá referir al tercer Nivel (Especializado)

13- TRASTORNO BIPOLAR (F.31.0)

DEFINICIÓN

Se trata de un trastorno caracterizado por la presencia de episodios reiterados (es decir, al menos dos) en los que el estado de ánimo y los niveles de actividad del enfermo están profundamente alterados, de forma que en ocasiones la alteración consiste en una exaltación del estado de ánimo y un aumento de la vitalidad y actividad (manía o Hipomanía) y en otras, en una disminución del estado de ánimo y un descenso de la vitalidad y actividad (Depresión).

EPIDEMIOLOGÍA

La expectativa de por vida de desarrollar un trastorno afectivo bipolar es del 1%, en cuanto a Sexo no hay predominancia de uno sobre el otro, existe mayor riesgo de desarrollar un trastorno afectivo bipolar cuando se presenta historia familiar.

El trastorno Bipolar tiene una temprana edad de inicio, generalmente al final de la adolescencia o antes de los treinta años, parece existir una incidencia mayor en niveles socioeconómicos altos, se da con mayor frecuencia en las personas divorciadas.

CAUSAS POSIBLES O ETIOLOGÍA

- Factores biológicos: genéticamente hay posibles vinculaciones con el cromosoma X.
- Factores endocrinos.
- Factores psicosociales
- Factores de personalidad

- Factores Psicodinámico
- Factores Bioquímicos

CLASIFICACIÓN

- Trastorno Bipolar (T.B.) (F.31.)
- T.B., episodio actual hipomaniaco. (F.31.0)
- T.B. Episodio actual maníaco sin síntomas psicóticos. (F.31.1.)
- T.B. episodio actual maníaco con síntomas psicóticos (F.31.2.)
- T.B. episodio actual depresivo leve o moderado. (F.31.3.)
- T.B. episodio actual depresivo grave sin síntomas psicóticos.(F.31.4.)
- T.B. episodio actual depresivo grave con síntomas psicóticos. (F.31.5.)
- T.B. episodio actual mixto (F.31.6.)

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS O MANIFESTACIONES CLÍNICAS

1. TRASTORNO BIPOLAR. EPISODIO ACTUAL HIPOMANIACO (F.31.0.)

- Que el episodio actual satisfaga las pautas de Hipomanía (F 30.0)
- Se haya presentado al menos otro episodio hipomaniaco, maníaco, depresivo o mixto en el pasado.

2. TRASTORNO BIPOLAR, EPISODIO ACTUAL MANÍACO SIN SÍNTOMAS PSICOTICOS (F.31.1)

- El episodio actual satisfaga las pautas de manía sin síntomas psicótico
- Se haya presentado al menos otro episodio hipomaniaco, maníaco, depresivo o mixto en el pasado.

3. TRASTORNO BIPOLAR, EPISODIO ACTUAL MANÍACO CON SÍNTOMAS PSICOTICOS (F.31.2.)

- El episodio actual satisfaga las pautas de manía con síntomas psicóticos
- Se haya presentado al menos otro episodio hipomaniaco, maníaco, depresivo o mixto en el pasado.

4. TRASTORNO BIPOLAR, EPISODIO ACTUAL DEPRESIVO LEVE O MODERADO (F.31.3.)

- El episodio actual satisfaga las pautas de episodio depresivo leve (F 32.0) o moderado (F 32.1)
- Se haya presentado al menos otro episodio hipomaniaco, maníaco, depresivo o mixto en el pasado.

5. TRASTORNO BIPOLAR, EPISODIO ACTUAL DEPRESIVO GRAVE SIN SÍNTOMAS PSICOTICOS (F.31.4.)

- El episodio actual satisfaga las pautas de episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos (F 32.2)
- Se haya presentado al menos otro episodio hipomaniaco, maníaco, depresivo o mixto en el pasado.

6. TRASTORNO BIPOLAR, EPISODIO ACTUAL DEPRESIVO GRAVE CON SINTOMAS PSICOTICOS (F.31.5.)

- El episodio actual satisfaga las pautas de episodio depresivo grave con síntomas psicóticos
- Se haya presentado al menos otro episodio hipomaniaco, maníaco, depresivo o mixto en el pasado.

7. TRASTORNO BIPOLAR, EPISODIO ACTUAL MIXTO (F.31.6.)

- Se ha padecido en el pasado por lo menos de un episodio hipomaniaco, maníaco, o mixto y en la actualidad una mezcla o una sucesión rápida de síntomas maníacos, hipomaniacos y depresivos.
- Los síntomas maníacos y depresivos pueden también alternar rápidamente de día en día u horas en horas.
- El diagnostico solo deberá hacerse si ambos tipos de síntomas depresivos y maníacos, son igualmente destacados durante la mayor parte del episodio actual de la enfermedad, que debe de durar como minimo dos semanas.

ASPECTOS CLINICOS GENERALES

A- PRUEBAS DE LABORATORIO Y GABINETE

Es necesario descartar originalidad en cada caso en particular, TAC cerebral, EEG (Electroencefalograma), Pruebas de funcionamiento Tiroideo entre otras.

B- COMPLICACIONES

• EN FASE MANÍACA

- Ira, agresividad Psicomotora
- Conductas adictivas
- Promiscuidad sexual

- Problemas legales
- Disfunciones familiares y laborales
- Conductas violentas.

EN FASE DEPRESIVAS

- Suicidio
- Actos autolesivos
- Deterioro en su aspecto personal
- Aislamiento Social
- Problemas familiares y laborales

C- CO-MORBILIDAD

- Trastorno de personalidad
- Enfermedades infecciosas
- Enfermedades endocrinas
- Adicciones

D- DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias.
- Episodios maníacos debidos a una condición médica general.
- Esquizofrenia Paranoide
- Trastorno esquizoafectivo
- Trastorno ciclotímico de la Personalidad.

E- TRATAMIENTO FARMACOLOGICO

PRIMER NIVEL:

Referir a nivel especializado
Diagnostico y referencia.

SEGUNDO NIVEL:

Según la presentación clínica (Manía o Depresión)

- MEDICAMENTOS DE ELECCIÓN

- FASE MANIACA (AMBULATORIO)

SEGUNDO Y TERCER NIVEL:

- Antipsicóticos:
 - Clorpromacina 200-400 mg/día.
 - Haloperidol 5-20 mg/día
- Moduladores Afectivos:
 - Carbamazepina 400-600 mg/día.
 - Carbonato de litio de 300-900 mg/día.
 - Ácido Valproico 400-1200 mg/día

- FASE DEPRESIVA (AMBULATORIO)

SEGUNDO Y TERCER NIVEL:

- Inhibidores selectivos de Serotonina
 - Fluoxetina 20 – 40 mg/día
 - Sertralina 50-100 mg/día

F- EXÁMENES DE LABORATORIO O GABINETES (PREVIOS Y/O DE SEGUIMIENTO)

- Niveles séricos de Carbamazepina.
- Niveles séricos de litio.
- Niveles séricos de Acido Valproico
- Pruebas de función renal.
- Pruebas de función tiroidea
- EKG (Electrocardiograma)
- Hemograma
- Recuento de plaquetas

G- TRATAMIENTO NO FARMACOLOGICO

• PSICOEDUCACIÓN – INDIVIDUAL, FAMILIAR Y GRUPAL

PRIMER NIVEL:

Capacitación a personal de salud referente a dicha patología para la detección temprana y referencia.

SEGUNDO Y TERCER NIVEL:

Capacitación a personal de salud referente a dicha patología para la detección temprana y referencia, además impartir temas psicoeducativos a la familia.

TERAPIA OCUPACIONAL Y DE REINSERCIÓN SOCIAL

PRIMER NIVEL:

Referir a nivel especializado

SEGUNDO Y TERCER NIVEL:

Creación de grupos de autoayuda con la supervisión del psicólogo y psiquiatra.

• PSICOTERAPIAS U OTROS

- Conductual cognitiva
- Cognitiva comportamental

H- CRITERIOS PARA DETERMINAR RESPUESTA A TRATAMIENTO O RESISTENCIA (AGREGAR ESCALA SI EXISTE O APLICA)

- Disminución de los síntomas
- Períodos libres de síntomas.
- Presencia de Insight

I- CRITERIOS PARA MODIFICAR TRATAMIENTO

- Falla farmacológica
- Agudización de los síntomas.
- Hipersensibilidad al Fármaco

• CRITERIOS PARA HACER CAMBIOS O TRASLAPE DE MEDICACIÓN

- Falla farmacológica
- Agudización de los síntomas.
- Hipersensibilidad al Fármaco
- Evaluar uso de terapia electroconvulsiva cuando el episodio maníaco y/o depresivo ponga en riesgo la vida del paciente o terceros.

J- CRITERIOS DE CURACIÓN, MEJORÍA O EGRESO

Esta patología presenta un curso episódico u oscilante de períodos de normalidad libre de síntomas entre episodios.

K- CRITERIOS PARA DETERMINAR PERÍODO DE INCAPACIDAD (SI APLICA)

- Según criterio del Especialista

L- CRITERIOS PARA REFERENCIA Y RETORNO

- Esta patología es exclusivamente del manejo del especialista (tercer nivel).

14- TRASTORNOS SOMATOMORFOS

DEFINICIÓN

El rasgo principal de estos trastornos es la presentación reiterada de síntomas somáticos acompañados de demandas persistentes de exploraciones clínicas, a pesar de repetidos resultados negativos de exploraciones clínicas y de continuas garantías médicas de que los síntomas no tienen una justificación somática.

EPIDEMIOLOGÍA

Es más frecuente en mujeres que en hombres (2%) se ha encontrado en el 20% de madres, hermanas e hijos de pacientes con somatización.

CAUSAS POSIBLES O ETIOLOGÍA

- Genético
- Factores psicológicos

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS O MANIFESTACIONES CLÍNICAS

- Síntomas somáticos múltiples y variables para los que no se ha encontrado una explicación somática y que ha persistido al menos durante dos años.
- La negativa persistente a aceptar las explicaciones o garantías reiteradas de médicos diferentes de que no existe una explicación somática para los síntomas.
- Cierta grado de deterioro del comportamiento social y familiar, atribuible a la naturaleza de los síntomas y al comportamiento consecuente.

CLASIFICACIÓN

- Trastorno de somatización (F.45.0)
- Trastorno Somatomorfos indiferenciado. (F.45.1)
- Trastorno hipocondríaco (F.45.2)
- Disfunción vegetativa somatomorfa (F.45.3)
- Trastorno de dolor persistente Somatomorfos (F.45.4)
- Otros trastornos Somatomorfos (F.45.8)
- Trastorno Somatomorfos sin especificación (F.45.9)

ASPECTOS CLINICOS GENERALES

A- PRUEBAS DE LABORATORIO Y GABINETE

Examen físico completo de acuerdo a sintomatología presentada.

Dentro de lo posible considerar etiologías orgánicas: EEG, TAC Cerebral, prueba de funcionamiento tiroidea entre otras.

B- COMPLICACIONES

➤ Deterioro laboral, familiar y social.

C- CO-MORBILIDAD

Puede coexistir con:

- Trastornos de ansiedad.
- Trastornos depresivos
- Trastornos mixtos ansiosos-depresivos
- Trastornos obsesivos
- Trastornos de personalidad

D- DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- Neurosis conversiva
- Trastorno hipocondríaco
- Trastorno de ansiedad Generalizada
- Trastornos obsesivos
- Enfermedades psicósomáticas
- Trastornos de ansiedad y depresión
- Trastornos Disociativos

E- TRATAMIENTO FARMACOLOGICO

ESTRATEGIAS PARA SELECCIONAR MEDICACIÓN POR NIVELES DE ATENCIÓN

MEDICAMENTOS DE ELECCIÓN

- Si se presentan síntomas depresivos.
 - Imipramina 25 Mg.
25-50 mg c/día
 - Amitriptilina 25 mg
25-50 mg c/día

- Si se presentan síntomas ansiosos
 - Bromazepam 3 mg
3-6 mg/día
 - Diazepam 10 mg
10-20 mg/día

F- EXÁMENES DE LABORATORIO O GABINETES (PREVIOS Y/O DE SEGUIMIENTO)

- No aplica porque es una patología considerada eminentemente psiquiátrica en la que se ha llevado diagnóstico, descartando todos los cuadros clínicos.

G- TRATAMIENTO NO FARMACOLOGICO

• PSICOEDUCACIÓN – INDIVIDUAL, FAMILIAR Y GRUPAL

PRIMER NIVEL:

Charlas grupales, individuales y familiares, sobre la patología.

SEGUNDO Y TERCER NIVEL:

Charlas grupales, individuales y familiares, sobre la patología.

• TERAPIA OCUPACIONAL Y DE REINSERCIÓN SOCIAL

- Actividades socio-recreativas

• PSICOTERAPIAS U OTROS

- Terapias grupales
- Terapia de apoyo individual
- Terapia de orientación Psicodinámico (resolución de conflictos)
- Terapia racional emotiva.
- Terapia Cognitiva
- Terapia familiar
- Terapia de pareja
- Técnicas de relajación

Antes de decidirse por emplear algún tipo de fármaco en especial, se debe de considerar el importante valor terapéutico de la psicoterapia en cada una de sus modalidades, a no ser que la molestia física presentada (comorbilidad) constituya un elemento en el deterioro biopsicosocial se empleara el fármaco según sea conveniente.

H- CRITERIOS PARA DETERMINAR RESPUESTA A TRATAMIENTO O RESISTENCIA (AGREGAR ESCALA SI EXISTE O APLICA)

- Disminución de los síntomas.
- Juicio adecuado sobre percepción de su sintomatología (insight)
- Funcionamiento familiar, laboral, social adecuado.

I- CRITERIOS PARA MODIFICAR TRATAMIENTO

- Persistencia de los síntomas.

CRITERIOS PARA HACER CAMBIOS O TRASLAPE DE MEDICACIÓN

- Persistencia de los síntomas.

J- CRITERIOS DE CURACIÓN, MEJORÍA O EGRESO

- Funcionamiento familiar, laboral y social óptimo.
- Disminución de síntomas.
- Presencia de Autocrítica

K- CRITERIOS PARA DETERMINAR PERÍODO DE INCAPACIDAD (SI APLICA)

- Se individualizara cada caso en particular según comorbilidad

L- CRITERIOS PARA REFERENCIA Y RETORNO

- Atendidos en 1er. Nivel a excepción de presencia de comorbilidad y complicaciones, las cuales deberán ser atendidas en el 2do. y 3er. Nivel.

15- TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO (F 42)

DEFINICIÓN

La característica esencial de este tipo de trastorno es la presencia de pensamientos obsesivos o actos compulsivos recurrentes. Los pensamientos obsesivos son ideas, imágenes o impulsos mentales que irrumpen una y otra vez en la actividad mental del individuo, de una forma estereotipada. Los actos compulsivos son forma de conducta estereotipada que se repiten una y otra vez.

EPIDEMIOLOGÍA

El 70% se inicia entre los 10 y los 23 años. Puede aparecer en la niñez, eventualmente y es bastante rara su aparición después de los 40 años.

La frecuencia del trastorno es igual en ambos sexos, pero en el hombre la edad de aparición es más precoz. El curso del trastorno obsesivo-compulsivo suele ser crónico con períodos de mejoría y empeoramiento de los síntomas.

CAUSAS POSIBLES O ETIOLOGÍA

- Factores Genéticos
- Factores Bioquímicos: Se ha postulado que la Serotonina estaría comprometida en el trastorno.
- Factores Neurofisiológicos y Neuropatológicos: Se ha demostrado que el 11-65% de los afectos presentan un electroencefalograma anormal.
- Factores Psicológicos.

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS O MANIFESTACIONES CLÍNICAS

- Son reconocidos como pensamientos o impulsos propios.
- Se presenta una resistencia ineficaz a por lo menos uno de los pensamientos o actos, aunque estén presentes otros a los que el enfermo ya no se resista.
- La idea o la realización del acto no deben de ser en si mismas placenteras.
- Los pensamientos, imágenes o impulsos deben de ser reiterados o molestos.

CLASIFICACIÓN

- Trastorno obsesivo-compulsivo (F.42.)
- Con predominio de pensamientos o rumiaciones obsesivas (F.42.0.)
- Con predominio de actos compulsivos. (Rituales Obsesivos) (F.42.1.)
- Con mezcla de pensamientos y actos obsesivos (F.42.2.)
- Otros trastornos obsesivos-compulsivos (F.42.8.)
- Trastorno obsesivo-compulsivo sin especificación (F.42.9.)

ASPECTOS CLINICOS GENERALES

A- PRUEBAS DE LABORATORIO Y GABINETE

El diagnostico es clínico y además puede apoyarse con la escala de Yellow Brow

B- COMPLICACIONES

- Aislamiento Social
- Disfunción Familiar
- Inestabilidad Laboral

C- CO-MORBILIDAD

- Episodios Depresivos
- Trastornos de ansiedad (Fobia, Pánico)
- Anorexia Nerviosa
- Bulimia
- Trastornos de control de Impulsos
- Tic Motores

D- DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- Fobia Simple
- Esquizofrenia
- Trastornos del impulso
- Anorexia Nerviosa y Bulimia
- Trastorno Depresivo
- Trastorno de Ansiedad
- Trastorno de Pánico
- Síndrome de Guilles de La Tourette
- Trastorno Anancástico de la personalidad

E- TRATAMIENTO FARMACOLOGICO

ESTRATEGIAS PARA SELECCIONAR MEDICACIÓN POR NIVELES DE ATENCIÓN

PRIMER NIVEL:

- Diagnóstico adecuado
- Referencia a nivel Especializado

SEGUNDO Y TERCER NIVEL:

- Evaluaciones
- Determinación de riesgos vitales
- Valoración del compromiso del estado mental
- Valorar la dimensión de la disfunción psicosocial

MEDICAMENTOS DE ELECCIÓN

SEGUNDO Y TERCER NIVEL:

- Fluoxetina 20 mg tableta 20-60 mg/día
- Sertralina 50 mg tableta 50-200 mg/día

TERCER NIVEL:

- Fluoxetina 20 mg tableta 20-60 mg/día
- Sertralina 50 mg tableta 50-200 mg/día
- Haloperidol 5mg tableta 5-10 mg c/noche
- Terapia Electroconvulsiva (si el caso lo amerita)

F- EXÁMENES DE LABORATORIO O GABINETES (PREVIOS Y/O DE SEGUIMIENTO)

- Pueden apoyar la evaluación diagnóstica
- Escala de Hamilton
- Escala específica para trastornos obsesivos-compulsivos Yellow Brow

G- TRATAMIENTO NO FARMACOLOGICO

PSICOEDUCACIÓN INDIVIDUAL, FAMILIAR Y GRUPAL

PRIMER NIVEL:

- Capacitación a personal de Salud referente a dicha patología para detección temprana y referencia.
- Crear Redes de apoyo

SEGUNDO Y TERCER NIVEL:

- Grupos de Socialización

TERAPIA OCUPACIONAL Y DE REINSERCIÓN SOCIAL

- Creación de grupos de autoayuda para esta patología

PSICOTERAPIAS U OTROS

- Psicoterapia cognoscitiva
- Psicoterapia conductual

H- CRITERIOS PARA DETERMINAR RESPUESTA A TRATAMIENTO O RESISTENCIA

- Disminución de los síntomas
- Funcionamiento Laboral
- Funcionamiento individual
- Funcionamiento social-Familiar

I- CRITERIOS PARA MODIFICAR TRATAMIENTO

- Falla farmacológica
- Agudización de los síntomas

CRITERIOS PARA HACER CAMBIOS O TRASLAPE DE MEDICACIÓN

- Hipersensibilidad al Fármaco
- Persistencia de riesgos físicos y Psicológicos
- Persistencia de sintomatología

J- CRITERIOS DE CURACIÓN, MEJORÍA O EGRESO

- Autocontrol de Pensamientos e ideas Obsesivas
- Ausencia de ideas obsesivas y actos impulsivos
- Adecuado funcionamiento individual, familiar, social.

K- CRITERIOS PARA DETERMINAR PERIODO DE INCAPACIDAD

- Según criterio del Especialista
- De acuerdo a comorbilidad
- Disfunción integral

L- CRITERIOS PARA REFERENCIA Y RETORNO

- Manejo en segundo y tercer nivel, seguimiento por especialista.

BIBLIOGRAFIA.

- **“Guía para la elaboración de Normas Técnicas Sanitarias o Administrativas”**.
Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Dirección de Regulación, 2003.
- **“Psiquiatría en atención primaria”**, José Luis Vázquez - Barquero, atención primaria
libros Princeps, biblioteca aula médica.
- DSM –IV R, **“Manual de tratamiento y diagnóstico de las enfermedades
mentales”**.
- CIE- 10, **“Clasificación Internacional de las Enfermedades”**.
- **“Programa de Acción, adicciones Farmacodependencia”**, Programa Nacional de
Salud 2001 – 2006. Secretaria de Salud de México.
- **“Temas de Salud Mental en la Comunidad: Itzhak Levav, serie Paltex”**,
Organización Panamericana de la Salud.
- **“Programa de Acción Salud Mental”**, Secretaria de Salud de México.

INSTITUCIONES PARTICIPANTES

- ASOCIACIÓN SALVADOREÑA DE PSIQUIATRÍA
- BATALLON DE SANIDAD MILITAR
- BIENESTAR MAGISTERIAL
- CATHOLIC RELIEF SERVICES
- FONDO DE PROTECCION DE LISIADOS Y DISCAPACITADOS A CONSECUENCIA DEL CONFLICTO ARMADO
- HOSPITAL MILITAR
- INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL
- IEPROES
- JUNTA VIGILANCIA PROFESION EN PSICOLOGIA
- UNIVERSIDAD TECNOLOGICA
- UNIVERSIDAD FRANCISCO GAVIDIA
- VISION MUNDIAL
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD



Talleres Gráficos UCA
2006

**MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
Y ASISTENCIA SOCIAL
DIRECCIÓN DE REGULACIÓN
PROGRAMA NACIONAL DE SALUD MENTAL**

Año 2006. San Salvador. El Salvador



**Organización
Panamericana
de la Salud**



*Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud*



CIDA - CANADA



Asdi