

PSIQUIATRÍA

➤ DÍA 1

- | | |
|----|---|
| 8 | Depresión mayor |
| 10 | Depresión en el adulto mayor |
| 12 | Depresión posparto y melancolía puerperal |
| 15 | Trastorno bipolar |
| 18 | Insomnio crónico |

➤ DÍA 2

- | | |
|----|---|
| 20 | Trastornos de la conducta alimentaria: anorexia nerviosa y bulimia nerviosa |
| 23 | Esquizofrenia |
| 25 | Trastorno por déficit de atención |
| 27 | Trastorno de estrés postraumático |

➤ DÍA 3

- | | |
|----|---|
| 29 | Trastornos de ansiedad |
| 33 | Trastorno de ansiedad generalizada en el adulto mayor |
| 35 | Abuso de sustancias |
| 37 | Síndrome de abstinencia |

DEPRESIÓN MAYOR

➤ CASO CLÍNICO

Hombre de 37 años, con antecedente de padre con abuso de alcohol, acude a consulta de primer nivel por insomnio y pérdida del interés por sus actividades de la vida diaria posterior al fallecimiento de su mascota hace 1 mes. Refiere que ha perdido 10 kg y, en las 2 semanas previas a la consulta, comenzó a cuestionarse sobre cómo podría morir sin dejar desamparada a su familia, además de que en su trabajo le han llamado la atención por olvidar constantemente las tareas que debe realizar.

➤ TIPS ARM

- Se considera trastorno depresivo persistente/distimia aquel con duración de mínimo 2 años con características típicas depresivas, sin llegar a cumplir todos los criterios para depresión mayor.
- En caso de presentar depresión mayor por más de 2 años, se realiza el diagnóstico de depresión doble (depresión mayor + trastorno depresivo persistente).

➤ DEFINICIÓN / ETIOLOGÍA

- › La depresión es una alteración patológica del estado de ánimo con descenso del humor en la que predominan los sentimientos de dolor profundo, culpa, soledad, tristeza patológica, decaimiento, irritabilidad, desesperanza, sensación subjetiva de malestar e impotencia frente a las exigencias de la vida. Además, están presentes síntomas de tipo cognitivo, volitivo (apatía, anhedonia, retardo psicomotor, descuido en sus labores cotidianas) y somático. Es más común en mujeres con bajo nivel socioeconómico y con bajo nivel de escolaridad.

➤ FACTORES DE RIESGO

- Factores de riesgo para suicidio.
 - Ideas de muerte y pérdida del sentido de la vida.
 - Desesperanza.
 - Intentos previos de suicidio.
 - Sexo masculino y edad avanzada.
 - Vivir solo.
 - Historia familiar de abuso de sustancias o suicidio.
 - Enfermedades crónicas.
 - Psicosis e impulsividad.

➤ CUADRO CLÍNICO

- » Psicomotricidad disminuida/aumentada.
- » Sueño alterado (insomnio/hipersomnia).
- » Interés reducido.
- » Concentración disminuida.
- » Apetito y peso (aumentado/disminuido).
- » Culpa.
- » Energía disminuida.
- » Suicida (pensamientos).

➤ DIAGNÓSTICO

- El diagnóstico es clínico.
 - 4 síntomas de la mnemotecnica PSICACES.
 - Sentimiento de desesperanza/deprimido o pérdida del interés.
 - Que afecten su rendimiento social, laboral o familiar.
 - Duración mínima de 2 semanas.

➤ TRATAMIENTO

🕒 Primera elección:

- ∴ Terapia combinada.
 - Farmacológico: inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina (en pacientes con comorbilidades no psiquiátricas sertralina o citalopram).
 - No farmacológico:
- ∴ Depresión leve-moderada: terapia cognitivo conductual o de solución de problemas de 6 a 8 sesiones.
- ∴ Depresión moderada-grave: terapia cognitivo conductual o interpersonal de 16 a 20 sesiones en 5 meses.

➤ PRONÓSTICO / REFERENCIA

- › Referencia a segundo nivel:
 - Nula respuesta al tratamiento o intento suicida.
 - Abuso de sustancias.
 - Comorbilidad psiquiátrica.

• SEGUIMIENTO

- › El seguimiento en la fase inicial se realiza en un plazo menor a 30 días y posteriormente se realiza seguimiento mensual.
- › La respuesta terapéutica inicia a partir de la segunda semana y la remisión se presenta hasta después de la octava semana.

➤ BIBLIOGRAFÍA

- › GPC: Diagnóstico y tratamiento del trastorno depresivo en el adulto. (2015). IMSS-161-09. http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/161_GPC_TRASTORNO_DEPRESIVO/Imss_161ER.pdf

DEPRESIÓN EN EL ADULTO MAYOR

➤ CASO CLÍNICO

Mujer de 68 años, con antecedente de diabetes mellitus de 12 años de evolución y neuropatía diabética de 2 años de evolución, es llevada por su hija a centro de salud por presentar estado de ánimo decaído y dificultad para conciliar el sueño de 1 mes de evolución. La paciente refiere que sus familiares no la visitan y no tiene motivos para seguir viviendo.

➤ DEFINICIÓN / ETIOLOGÍA

- › La depresión en el adulto mayor se define como el episodio depresivo a partir de los 60 años.
- › Se acompaña de síntomas emocionales, pérdida del interés y de la capacidad de disfrutar las cosas, disminución de la actividad y un cansancio exagerado que aparece incluso tras un esfuerzo mínimo. Los síntomas depresivos son un factor de riesgo para dependencia funcional y social en el adulto mayor. Los principales diagnósticos diferenciales a tomar en cuenta son la demencia, delirium, metabopatías y abuso de sustancias.

➤ FACTORES DE RIESGO

- Enfermedades crónicas degenerativas (EVC, Parkinson, diabetes mellitus, trastornos del sueño y dolor crónico).
- Trastornos cognitivos.
- Factores sociales (jubilación y pérdida de empleo).
- Pérdida de familiares.
- Pobreza.
- Estado civil (viudez).
- Abandono por sus hijos.
- Estrés crónico.
- Alcoholismo.
- Tabaquismo.

➤ CUADRO CLÍNICO

- » Síndrome somático
 - Pérdida del interés.
 - Ausencia de reacciones emocionales.
 - Insomnio terminal.
 - Empeoramiento matutino del humor depresivo.

- Enlentecimiento motor o agitación.
- Pérdida marcada del apetito.
- Pérdida del 5% de peso en el último mes.
- Disminución notable del interés sexual.

➤ DIAGNÓSTICO

◆ Gold Standard: clínico.

- Criterios:
 - Episodio de 2 semanas de duración.
 - No es atribuible a uso de sustancias o trastorno mental orgánico.
 - Síndrome somático.
- Para descartar patología orgánica se recomienda solicitar:
 - Biometría hemática.
 - Química sanguínea.
 - Examen general de orina.
 - Pruebas de función tiroidea.

➤ TRATAMIENTO

● Primera elección:

- En los episodios leves se recomienda la terapia cognitivo conductual y no se recomiendan los antidepresivos.
- En la depresión moderada-grave se recomiendan los antidepresivos inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina ISRS.
- Se recomienda realizar ejercicio en depresión leve-moderada.

∴ Segunda línea:

- Antidepresivos tricíclicos en pacientes que no toleren al menos 2 fármacos ISRS o en alergia a estos.

➤ PRONÓSTICO / REFERENCIA

- › El tratamiento se debe conservar por lo menos 6 semanas a dosis adecuada y en caso de falta de respuesta se deberá cambiar la medicación pasadas las 6 semanas.
- › La medicación se deberá mantener por lo menos 6 meses después de la remisión de los síntomas.
- › La mejoría clínica comienza entre la primera y segunda semana.
- › Episodios graves deben ser referidos a un segundo nivel.

• SEGUIMIENTO

La primera consulta de seguimiento debe ser en los primeros 30 días posteriores al diagnóstico y posteriormente mensual.

➤ BIBLIOGRAFÍA

- › ER GPC 2016: Prevención, diagnóstico oportuno y tratamiento del episodio depresivo leve y moderado en el adulto mayor en el primer nivel de atención. ISSTE-131-16http://www.cenetec-difusion.com/CMGPC/ISSSTE-131-08/ER.pdf

DEPRESIÓN POSPARTO Y MELANCOLÍA PUERPERAL

➤ CASO CLÍNICO

Mujer de 25 años, G4P4 con fecha de último parto hace 3 semanas y antecedente de depresión en 2 de sus embarazos anteriores, acude a centro de salud acompañada por su pareja, refiriendo estado de ánimo decaído, pérdida del apetito y disminución de la libido. Su pareja se muestra preocupada ya que la madre la observa sin apego a su bebé y lo deja llorando en la cuna, además de que únicamente lo ha alimentado con fórmula, a pesar de estar lactando.

➤ TIPS ARM

- Todas las mujeres deben completar la escala de Edimburgo al menos una vez, aunque preferiblemente dos, tanto en el periodo prenatal como en el periodo de 6 a 12 semanas después del parto.

➤ DEFINICIÓN / ETIOLOGÍA

Depresión posparto	Melancolía posparto/ <i>baby blues</i>
Ocurre dentro de las primeras 4 semanas después del parto o dentro de las primeras 6 semanas posparto. Los síntomas en el posparto no difieren de los de la depresión en otras etapas de la vida.	Es un trastorno leve del estado de ánimo, que sólo tiene un efecto mínimo en la madre sobre su capacidad de funcionar y se resuelve sin secuelas; a menudo se considera normal dentro de los cambios emocionales después del parto. El pico de síntomas aparece desde el tercer al quinto día y remite por lo general 10 días después del parto.

Cuadro 1. Diferencias entre la depresión y la melancolía posparto.

➤ FACTORES DE RIESGO

- Historia pasada de trastorno psicopatológico durante el embarazo.
- Falta de apoyo social.
- Mala relación de pareja.
- Melancolía de la maternidad en embarazos previos.
- Embarazo no deseado.
- Desempleo.
- Ausencia de lactancia.
- Estrés prenatal de los padres.
- Disfunción tiroidea prenatal.
- Estilo de afrontamiento.
- Tiempo largo para la concepción.
- Depresión en los padres.
- Tener dos o más hijos.

➤ CUADRO CLÍNICO

Depresión posparto	Melancolía posparto/ <i>baby blues</i>
» Psicomotricidad disminuida/aumentada. » Sueño alterado (insomnio/hipersomnia). » Interés reducido. » Concentración disminuida. » Apetito y peso (aumentado/disminuido). » Culpa. » Energía disminuida. » Suicida (pensamientos). » 2 semanas como mínimo y dentro de las primeras 6 semanas posteriores al parto.	» Insomnio. » Fatiga. » Llanto fácil. » Ansiedad. » Irritabilidad. » Deterioro de la concentración. » Inestabilidad del ánimo. » Leve hipocondría.

Cuadro 2. Diagnóstico entre la depresión posparto y la melancolía posparto.

➤ DIAGNÓSTICO

- El diagnóstico es clínico en ambos casos.
 - Se utiliza la escala de Edimburgo para depresión posparto.
- Aplicar la escala de depresión posparto de Edimburgo, a todas las mujeres en el segundo y sexto mes posteriores al parto.
- Puntajes 10, 11 o 12 en la escala de Edimburgo deben repetir la encuesta en 2 a 4 semanas.
- Puntuaciones de 13 o 14 en la escala de Edimburgo hacen el diagnóstico de depresión posparto.
 - Cuestionario (PHQ-9) para la evaluación de la severidad de la depresión
 - Solicitar hemograma, glucemia, T3, T4 y TSH, para descartar otros trastornos que puedan presentar síntomas depresivos.

➤ TRATAMIENTO

● Primera elección:

- ∴ Depresión leve-moderada: la psicoterapia cognitivo conductual o interpersonal, se puede utilizar como tratamiento de primera línea.
- ∴ En el caso de los pacientes que tras 4-8 semanas de psicoterapia no se observe mejoría, se deberá considerar añadir fármacos.

- ∴ En caso de requerir fármacos, los ISRS (inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina) deben ser la primera línea (durante el primer trimestre del embarazo se contraindican la paroxetina, carbamazepina, valproato y las benzodiacepinas).
- ∴ Una vez iniciado el uso de antidepresivos, debe continuarse por al menos 4-6 semanas. Se recomienda mantener el tratamiento por 6-9 meses.
- ∴ En pacientes con un segundo episodio depresivo se debe mantener el tratamiento por 1 a 2 años.
- ∴ La lactancia no está contraindicada en mujeres tratadas con ISRS.

➤ PRONÓSTICO / REFERENCIA

- › Mujeres con más de 15 puntos en la escala de Edimburgo deben ser referidas a un segundo nivel de atención.

➤ BIBLIOGRAFÍA

- › *ER GPC 2014: Prevención, diagnóstico y manejo de la depresión prenatal y posparto en el primero y segundo niveles de atención.* SS-666-14. http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/SS-666-14-Depre-postparto/GER_INTEGRACION_DPP_DEFINITIVA.pdf

TRASTORNO BIPOLAR

➤ CASO CLÍNICO

Hombre de 36 años es llevado a urgencias por policías tras ser sorprendido desnudo en la vía pública asegurando ser el rey de España. Sus familiares refieren que el paciente ha presentado 2 episodios similares anteriormente en los que gastó todo el dinero de sus tarjetas de crédito, además de múltiples episodios depresivos en los últimos años. Se realizan exámenes toxicológicos, los cuales resultan negativos.

➤ DEFINICIÓN / ETIOLOGÍA

- › Es un trastorno del estado de ánimo sin etiología específica, caracterizado por la presencia de episodios (al menos dos) en los que el estado de ánimo y los niveles actividad del enfermo están alterados. En ocasiones consiste en una exaltación del estado de ánimo, un aumento de la vitalidad y del nivel de actividad (manía o hipomanía) y en otras en una disminución del estado de ánimo con un descenso de la vitalidad y de la actividad (depresión), con presentaciones variables en la intensidad y duración de los episodios. Afecta por igual a ambos sexos, el 10-19% de estos pacientes mueren por suicidio, siendo ésta la complicación más frecuente. Dentro de las comorbilidades psiquiátricas asociadas, la más común es el trastorno de ansiedad, seguido del abuso de sustancias (principalmente el alcohol).

➤ FACTORES DE RIESGO

- El principal factor de riesgo es el antecedente familiar de trastorno bipolar que aumenta 10 veces el riesgo de padecerlo, esto principalmente en el tipo 2.

➤ TIPS ARM

- Las principales comorbilidades no psiquiátricas son la migraña, patología cardiovascular y diabetes mellitus.

➤ CUADRO CLÍNICO

Manía	Hipomanía	Depresión
» Incremento de energía, hiperactividad, inquietud. » Autoestima exaltada o sentimientos de grandiosidad. » Irritabilidad extrema. » Pensamientos en cascada, lenguaje rápido, verborreico, fugas de ideas o pensamiento acelerado. » Se distraen fácilmente. » Disminución de la necesidad de dormir (<4 hrs/día). » Juicio pobre. » Hiperactividad sexual. » Gastos y compras excesivas. » Aumento de la actividad intencionada. » Abuso en el consumo de sustancias o medicamentos. » Optimismo excesivo. » Duración del episodio de al menos 1 semana.	» Varios síntomas de manía sin afectar en gran medida, sin creencias delirantes y no son lo suficientemente graves para requerir hospitalización o para afectar el funcionamiento social y laboral.	» Psicomotricidad disminuida/aumentada. » Sueño alterado (insomnio/hipersomnia). » Interés reducido. » Concentración disminuida. » Apetito y peso (aumentado/disminuido). » Culpa. » Energía disminuida. » Suicida (pensamientos). - 2 semanas de duración del episodio como mínimo.

Cuadro 3. Cuadro clínico del trastorno bipolar.

➤ DIAGNÓSTICO

- El diagnóstico de trastorno bipolar se realiza por medio de la clínica. Se deben tener al menos 2 episodios de alteración del estado de ánimo en la vida.
 - Trastorno bipolar tipo I: alternancia entre manía y depresión.
 - Trastorno bipolar tipo II: episodios de hipomanía alternados con episodios de depresión.

➤ TRATAMIENTO

🕒 Primera elección:

- Para los episodios maníacos o mixtos graves: litio o valproato más un antipsicótico.
- Para la hipomanía: litio, valproato o un antipsicótico atípico.
- La lamotrigina se puede utilizar durante un episodio depresivo.
- En episodios mixtos es preferible el valproato.
- Terapia cognitivo conductual a largo plazo.

∴ Segunda línea:

- Para los episodios maníacos se recomienda la carbamazepina.
- Para los episodios depresivos se recomienda litio.
- En la mujer embarazada en caso de manía se puede utilizar quetiapina. En caso de depresión, se recomienda quetiapina o lamotrigina. Se contraindican los anticonvulsivantes por riesgo teratogénico.
- Durante la lactancia se pueden utilizar lamotrigina, quetiapina y valproato. Contraindicados en el embarazo: fluoxetina, paroxetina, sertralina, duloxetina, escitalopram y clomipramina.

➤ PRONÓSTICO / REFERENCIA

- El envío a segundo nivel se deberá realizar ante la presencia de síntomas maníacos, hipomaniacos o mixtos, así como en casos de depresión que reúna criterios para sospechar el diagnóstico de depresión bipolar.
- La contrarreferencia al primer nivel se realiza cuando se logra estabilidad, apego al tratamiento y una aceptable reinserción social, académica y laboral.
- El seguimiento en pacientes estables se realiza en primer nivel con supervisión ambulatoria por el psiquiatra cada 6 meses.

Entidad	Puntos clave	Duración
» Depresión mayor (DM)	» Cumple criterios de depresión mayor.	» ≥ a 2 semanas.
» Trastorno bipolar tipo I	» Manía con o sin depresión mayor.	» ≥ 7 días.
» Trastorno bipolar tipo II	» Hipomanía con depresión mayor.	» Al menos 4 días en hipomanía.
» Ciclotimia	» Síntomas de hipomanía y depresión mayor sin cumplir criterios.	» ≥ 2 años con ciclos.
» Episodio con manía mixta	» Criterios de manía y 3 o menos criterios de depresión mayor.	» ≥ 7 días para manía.
» Episodio con hipomanía mixta	» Cumple criterios para hipomanía con al menos 3 de depresión mayor.	» Al menos 4 días en hipomanía.
» Distimia	» Sin sentimiento de culpa ni pensamientos de muerte.	» Al menos 2 años sin desaparecer por al menos 2 meses seguidos.

Cuadro 4. Resumen de trastornos del estado de ánimo.

➤ BIBLIOGRAFÍA

- GPC 2009 ER Diagnóstico y tratamiento del trastorno bipolar IMSS-170-09 http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/170_GPC_TRASTORNO_BIPOLAR/IMSS_170_09_EyR_Trastorno_bipolar.pdf

INSOMNIO CRÓNICO

➤ CASO CLÍNICO

Mujer de 62 años, con antecedente de diabetes mellitus de 10 años de evolución e hipertensión arterial sistémica de 4 años de evolución, ambas en tratamiento y adecuado control. Acude a consulta en centro de salud por dificultad para conciliar el sueño, 2 meses de evolución; refiere dar vueltas en la cama por varias horas antes de poder dormir y, al despertar, se siente cada vez más cansada, por lo que le es difícil cumplir con las tareas del hogar que anteriormente realizaba sin problema alguno.

➤ TIPS ARM

- Pacientes con dificultad para dormir en la noche, sin consecuencias diurnas, se consideran durmientes cortos.

➤ DEFINICIÓN / ETIOLOGÍA

- › El insomnio crónico se define como la dificultad para iniciar o mantener el sueño o la sensación de no haber tenido un sueño reparador durante al menos 1 mes, provocando un malestar significativo con deterioro laboral, social o de otras áreas de actividad.
- › Es más frecuente en las mujeres y se considera un factor de riesgo para desarrollo de depresión mayor, así como un predictor de abuso de sustancias.

➤ FACTORES DE RIESGO

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Pobre higiene del sueño. • Estilo de vida. • Apnea obstructiva del sueño. • Síndrome de piernas inquietas. • EPOC. • Asma. | <ul style="list-style-type: none"> • Reflujo gastroesofágico. • Diabetes mellitus. • Hipertiroidismo. • Insuficiencia cardíaca. • Fibromialgia. • Cardiopatía isquémica. |
|---|--|

Cuadro 5. Factores de riesgo del insomnio crónico.

➤ CUADRO CLÍNICO

- » Insomnio inicial: dificultad para quedarse dormido.
- » Insomnio intermedio: despertares a mitad de la noche en los que se dificulta volver a dormir.
- » Insomnio terminal: despertar temprano (2:00-5:00 a.m.).
- » Fatiga diurna, somnolencia, alteraciones en la atención, concentración, memoria y ánimo, preocupación por el sueño.

➤ DIAGNÓSTICO

- El diagnóstico se realiza por medio de la clínica.
- Se aplica cuestionario de síntomas al dormir e índice de calidad del sueño de Pittsburgh.
- En caso de sospecha de insomnio asociado a otro trastorno del sueño se debe realizar una polisomnografía.
- Investigar posibles causas de insomnio como: enfermedades respiratorias o reumáticas, abuso de sustancias o medicamentos, trastornos psiquiátricos.

➤ TRATAMIENTO

● Primera elección:

- Higiene del sueño.
- ∴ Levantarse y acostarse a la misma hora todos los días, incluso los fines de semana.
- ∴ Evitar estar en cama despierto por largos periodos.
- ∴ No usar la cama como lugar para leer, ver televisión o trabajar.
- ∴ Levantarse de la cama y no volver a ella sino hasta estar somnoliento, si el sueño no se inicia dentro de un periodo establecido (p. ej., 20 a 30 min).
- ∴ Evitar las siestas diurnas.
- ∴ Hacer ejercicio al menos tres o cuatro veces a la semana (pero no al tardecer si esto interiere en el sueño)
- ∴ Suspender o reducir el consumo de bebidas alcohólicas, bebidas con cafeína, tabaco y fármacos sedantes-hipnóticos y ansiolíticos
 - Técnicas de relajación o control de estímulos más hipnóticos no benzodiacepínicos (zolpidem, eszopiclona y zopiclona).
 - En caso de no haber mejoría, se pueden utilizar benzodiacepinas.
 - En caso de continuar con la sintomatología, se debe revalorar presencia de condiciones comórbidas y se puede manejar con terapia cognitivo-conductual y fármacos antidepresivos.

➤ PRONÓSTICO / REFERENCIA

- El diagnóstico se realiza en primer nivel y debe ser referido a segundo nivel para su atención.
- Pacientes que requieran evaluación por polisomnografía deben ser referidos a un tercer nivel.
- El seguimiento se realizará en el primer nivel de atención.

➤ BIBLIOGRAFÍA

- GPC 2012: Diagnóstico y tratamiento del insomnio crónico en adultos en los tres niveles de atención médica. SS-599-13.
<http://www.cenetec-difusion.com/CMGPC/SS-599-13/ER.pdf>
- Texto introductorio de Psiquiatría. Donald W. Black, Nancy C. Andreasen, capítulo 12 "Trastornos del sueño-vigilia".

TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA: ANOREXIA NERVIOSA Y BULIMIA NERVIOSA

➤ CASO CLÍNICO

Mujer de 17 años, sin antecedentes de importancia, es llevada a centro de salud por su madre debido a posible embarazo, ya que presenta amenorrea de 3 meses. Durante el interrogatorio, refiere ser núbil y piensa que la amenorrea se debe a que sólo come una manzana al día, por miedo a engordar. Exploración física: FC 67 lpm, FR 18 rpm, T/A 90/60, T 35.6°C, IMC de 17.

		Anorexia nerviosa	Bulimia nerviosa
DEFINICIÓN Y ETIOLOGÍA		➤ Es un trastorno en el que la persona afectada presenta una aversión al alimento, así como una alteración en la percepción del peso corporal, por lo que aparece inanición e incapacidad para permanecer en un peso corporal normal. ➤ Más común en mujeres jóvenes. ➤ La comorbilidad más frecuente es abuso de sustancias, trastornos de ansiedad y trastorno obsesivo compulsivo.	➤ Es un trastorno caracterizado por atracones acompañados por una sensación de pérdida de control, por lo que el paciente recurre a diversos métodos para prevenir el aumento de peso corporal como conducta compensatoria. ➤ Más común en mujeres jóvenes. ➤ La comorbilidad más frecuente es abuso de sustancias, trastornos de ansiedad y trastorno obsesivo compulsivo. ➤ La comorbilidad médica más común es la diabetes mellitus 1.
	FACTORES DE RIESGO	• Dietas. • Obesidad parental. • Obesidad infantil del paciente. • Menarca temprana.	

CUADRO CLÍNICO		Anorexia nerviosa	Bulimia nerviosa
		› Restricción de alimentos (juegan con la comida y no ingieren casi nada de alimento). › Miedo excesivo a ganar peso que no desaparece al perder peso. › Alteración de la percepción del peso y silueta corporal. › Peso debajo del nivel normal mínimo para edad y talla. › IMC <17.5. › Amenorrea. › Sensibilidad al frío, lanugo. › Hipotermia. › Alcalosis hipokalémica. › Disminución de la densidad mineral ósea.	› Atracones (episodio corto menor a 2 horas en el que se consume una cantidad de comida excesiva). › Sensación de falta de control. › Métodos compensatorios (ejercicio, laxantes 33%, diuréticos y 80 a 90% vómitos). › Alcalosis con deshidratación e hipocloremia. › Hipokalemia. › Erosión y caries dentales. › Callos en la superficie dorsal de las manos. › Hipertrofia de glándulas parótidas. › Se deben presentar por al menos 3 meses.
DIAGNÓSTICO		• Se debe aplicar cuestionario de conductas alimentarias de riesgo. • Historia clínica, cuestionario MINI y realizar pruebas de laboratorio y gabinete. • (BH, química sanguínea y electrolitos, EGO, pruebas de función hepática, perfil lipídico, electrocardiograma y perfil tiroideo).	
TRATAMIENTO	Farmacológico	› Inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina. › Vitamina D 1000 a 1500 mg/día. › En caso de presentar complicaciones, tratarlas.	› Se prefieren los inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina, sin embargo, el único que se debe utilizar es la fluoxetina.
	Lógico	› Terapia cognitivo conductual con reforzamiento positivo. › Se debe realizar un manejo multidisciplinario y se deben corregir las complicaciones hidroelectrolíticas y aumentar gradualmente la ingesta calórica.	› Terapia cognitiva conductual y psicoterapia individual.
FACTORES DE RIESGO		• Dietas. • Obesidad parental. • Obesidad infantil del paciente. • Menarca temprana.	

**PRONÓSTICO/
REFERENCIA**

Anorexia nerviosa

Bulimia nerviosa

- Todo paciente con evidencia de trastorno de la conducta alimentaria deberá referirse de manera ordinaria a psiquiatría.
- Pacientes con riesgo vital y sin complicaciones médicas deben ser referidos urgentemente a psiquiatría.
- Pacientes con riesgo vital y complicaciones deberán ser referidos a un hospital.

Cuadro 6. Clasificación, definición, diagnóstico, tratamiento y pronóstico de los trastornos de conducta alimentaria.

BIBLIOGRAFÍA

- › *Texto introductorio de Psiquiatría*. Donald W. Black, Nancy C. Andreasen, capítulo 11 "Trastornos de la conducta alimentaria y de la ingestión de alimentos".
- › *GPC ER 2012: Prevención y diagnóstico oportuno de los trastornos de la conducta alimentaria: anorexia nerviosa y bulimia nerviosa en el primer nivel de atención*.

ESQUIZOFRENIA

➤ CASO CLÍNICO

Hombre de 24 años, con antecedente de padre con trastorno psiquiátrico no especificado, es traído a urgencias por policías debido a que irrumpió en la casa de uno de sus vecinos y comenzó a golpearlo. Durante el interrogatorio, asegura que desde hace 8 meses que no sale de su casa debido a que sus vecinos lo vigilan todo el tiempo y que están conspirando contra él para asesinarlo. Niega abuso de sustancias. Durante la exploración física, se encuentra descuidado y con falta de higiene personal, resto sin alteraciones. Se realiza perfil toxicológico, el cual resulta negativo.

➤ DEFINICIÓN / ETIOLOGÍA

- La esquizofrenia es un trastorno psicótico grave y crónico que altera el pensamiento, la percepción, el afecto y el comportamiento de un individuo. Está caracterizado por la presencia de síntomas positivos (psicóticos) que coexisten con síntomas negativos (abulia, aislamiento, apatía y dificultad para las relaciones interpersonales). Es precedido de un periodo prodrómico en el que existe un deterioro en el funcionamiento del individuo con dificultad en la memoria, concentración y comunicación, ideas extravagantes, así como experiencias perceptivas alteradas. Los síntomas negativos y cognitivos son los que se asocian a la discapacidad, éstos pacientes presentan mayor riesgo de suicidio.

➤ FACTORES DE RIESGO

- Factores de riesgo para suicidio en pacientes con esquizofrenia.
- Menor de 30 años.
- Desempleo.
- Evolución crónica.
- Depresión previa.
- Abuso de sustancias.

➤ CUADRO CLÍNICO

- | | |
|--|--|
| » Síntomas positivos <ul style="list-style-type: none">- Delirios.- Alucinaciones (las más comunes son las auditivas y posteriormente visuales).- Habla desorganizada. | » Síntomas negativos <ul style="list-style-type: none">- Abulia.- Expresión emocional disminuida.- Persisten por un mínimo de 6 meses, con al menos 1 de síntomas positivos o de fase activa.- Alteran de manera significativa el nivel de funcionamiento y las relaciones interpersonales. |
|--|--|

Cuadro 7. Cuadro clínico de la esquizofrenia: clasificación por síntomas.

➤ DIAGNÓSTICO

- El diagnóstico se realiza con los criterios del DSM, con 6 meses de síntomas y con al menos 1 mes de síntomas de fase activa.
- Se deben realizar pruebas neuropsicológicas para descartar otros padecimientos.
- Se deberá descartar abuso de sustancias.

➤ TRATAMIENTO

● Primera elección:

- Farmacológico: durante un episodio psicótico, se administran benzodiazepinas vía oral; si no tolera vía oral, deberá administrarse haloperidol 2-5 mg IM o lorazepam 1-2 mg IM y esperar 60 minutos. En caso de que siga sin mejoría, administrar lorazepam sublingual.
 - Al haber respuesta, se debe mantener en observación por 24 a 48 horas. Posteriormente: antipsicóticos atípicos por 7 días y mantenerlos por 3 semanas; en caso de respuesta, mantener por 12 meses. Si no hay respuesta, modificar el tratamiento y revalorar en 6 a 8 semanas
 - En un primer episodio psicótico se deberá continuar tratamiento hasta por 2 años.
- No farmacológico: durante un episodio psicótico se deben emplear medidas de seguridad y aislamiento, promover estilo de vida saludable y evitar abuso de sustancias, así como monitorear riesgo suicida.
 - Lo más importante a largo plazo es la terapia cognitivo-conductual por al menos 18 meses.

➤ PRONÓSTICO / REFERENCIA

- › Se debe referir a segundo nivel a pacientes con esquizofrenia y recurrencia de síntomas positivos, cuando no hay respuesta o adherencia al tratamiento, riesgo de daño o autoagresión y comorbilidad de abuso de sustancias.

➤ BIBLIOGRAFÍA

- › GPC 2015 ER: Diagnóstico y tratamiento de la esquizofrenia en el primer y segundo nivel de atención.
- › Texto introductorio de Psiquiatría. Donald W. Black, Nancy C. Andreasen, Capítulo 5 ". Espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos".

TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN

➤ CASO CLÍNICO

Varón de 7 años, sin antecedentes de importancia, es llevado a consulta de pediatría por sus padres, los cuales refieren que sus notas han bajado mucho durante el último año. Constantemente sus profesores le llaman la atención por no permanecer en su asiento y distraer a sus demás compañeros. Los padres refieren que este comportamiento comenzó desde que él era pequeño, sin embargo, ellos esperaban que esto disminuyera con el paso de los años. Durante la exploración física: FC 98 LPM FR 19 RPM SaO2 98% T 36.6°C, resto sin alteraciones.

➤ DEFINICIÓN / ETIOLOGÍA

- » Es la afección psiquiátrica más frecuente en niños y el 60% persiste durante la adolescencia y la vida adulta. El 60% de estos pacientes presentan comorbilidades psiquiátricas como trastornos afectivos, trastornos de ansiedad, trastornos de conducta y del aprendizaje, por lo que los síntomas son generalmente descubiertos por los maestros. Suelen ser niños descuidados e impulsivos, propensos a accidentes y plantean problemas de disciplina, su relación con los adultos es deshinibida y con falta de prudencia.

➤ FACTORES DE RIESGO

- Padres o hermanos con déficit de atención.
- Se deberá descartar abuso infantil, entornos caóticos y trastorno negativo desafiante.
- El trastorno por déficit de atención se considera un factor de riesgo para el abuso de sustancias.

➤ CUADRO CLÍNICO

Hiperactividad	Déficit de atención
» Se mueve en exceso y se levanta de su asiento. » Corre o salta en situaciones no apropiadas. » A menudo actúa como impulsado por un motor. » Habla en exceso e interrumpe a los demás. » Precipita sus respuestas antes de que terminen de hacerle una pregunta.	» No presta atención. » Dificultad para mantener la atención y parece no escuchar cuando se le habla. » No sigue instrucciones ni finaliza tareas escolares. » Tiene dificultades para organizarse. » Evita tareas que requieren esfuerzo mental sostenido. » Extravía objetos necesarios y es descuidado en general.

Cuadro 8. Cuadro clínico del trastorno por déficit de atención: características de la hiperactividad y el déficit de atención

➤ TIPS ARM

- El trastorno por déficit de atención es más frecuente en los varones y existen 3 tipos: predominio hiperactividad, predominio inatento y mixto. El 80% de los niños responden a estimulantes.

➤ DIAGNÓSTICO

- Se realiza el diagnóstico por medio de los siguientes criterios del DSM:
 - Síntomas de inatención o hiperactividad por al menos 6 meses.
 - El inicio de los síntomas no se produce después de los 7 años.
 - Ocasiona malestar significativo en el rendimiento social, académico o laboral.
 - No cumple criterios de otro trastorno.

➤ TRATAMIENTO

● Primera elección:

- Farmacológico:
 - El metilfenidato de liberación prolongada es la primera línea de tratamiento para preescolares con TDAH. En caso de no ser efectivos, se recomiendan los alfa-agonistas (clonidina) o la atomoxetina.
 - Se debe iniciar el tratamiento por un psiquiatra. En preescolares no se recomienda iniciar tratamiento farmacológico.
 - En escolares y adolescentes con disfunción severa se recomienda el metilfenidato de liberación prolongada y en caso de ineffectividad se recomienda la atomoxetina.
- No farmacológico:
 - Programa familiar de educación y entrenamiento de duración mínima de 8 semanas.
 - Se recomienda la terapia cognitivo conductual o tratamiento grupal y entrenamiento de habilidades sociales.
 - En adolescentes se prefiere la intervención individual.

➤ PRONÓSTICO / REFERENCIA

- › Pacientes con sospecha de trastorno por déficit de atención deberán ser referidos a un segundo nivel de atención..

➤ BIBLIOGRAFÍA

- › GPC ER: Diagnóstico y tratamiento del trastorno por déficit de atención e hiperactividad en niños y adolescentes en atención primaria y especializada. SSA-158-09

TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO

➤ CASO CLÍNICO

Hombre de 45 años, con antecedente de secuestro hace 6 meses, es llevado por su esposa a consulta de medicina familiar debido a que experimenta pesadillas constantemente desde hace 2 meses, en las que revive el suceso traumático, por lo que no duerme. Durante el interrogatorio el paciente dice que prefiere no salir de casa porque se siente inseguro, evita hablar de los eventos ocurridos y constantemente voltea en todas las direcciones. Niega abuso de sustancias. En la exploración física, sin alteraciones aparentes. Signos vitales: FC 85 LPM, FR 15 RPM, T/A 130/80mmHg, T 37.2°C.

➤ DEFINICIÓN / ETIOLOGÍA

- El trastorno de estrés postraumático es desencadenado por la exposición a una o más experiencias traumáticas con deterioro del funcionamiento social, escolar, laboral y personal. Es más común en individuos expuestos a morir o amenazas de muerte, violencia sexual o desastres naturales. Más frecuente en mujeres. La duración del trastorno deberá ser mayor a 1 mes; en caso de que la duración de los síntomas sea menor a 1 mes, se deberá considerar trastorno de estrés agudo.

➤ TIPS ARM

- Si la duración del cuadro clínico es mayor a 3 días y menor a un mes, se considera trastorno de estrés agudo.

➤ FACTORES DE RIESGO

Factores de riesgo	Eventos traumáticos más frecuentes
• Sexo femenino. • Edad menor. • Escolaridad. • Coeficiente intelectual. • Etnicidad. • Antecedentes personales o familiares psiquiátricos. • Abuso en la niñez. • Severidad del trauma. • Apoyo social.	• Amenaza o acoso sexual vía telefónica. • Violación. • Presenciar actos violentos. • Ataque físico. • Accidentes. • Combate bélico.

Cuadro 9. Factores de riesgo y causas más frecuentes del trastorno de estrés post-traumático.

➤ CUADRO CLÍNICO

- » Recuerdos perturbadores recurrentes, involuntarios e intrusivos asociados con los sucesos traumáticos
- » Sueños recurrentes con contenido relacionado al evento traumático.
- » Reacciones disociativas en donde el individuo siente o actúa como si él o los sucesos traumáticos estuvieran ocurriendo.
- » Malestar psicológico intenso.
- » Esfuerzo por impedir recuerdos, pensamientos o sentimientos perturbadores acerca de los sucesos traumáticos.
- » Alteraciones cognitivas que comienzan después del suceso traumático (incapacidad de recordar, disminución del interés, incapacidad de experimentar emociones positivas, desapego, estado emocional negativo persistentes).
- » Cambios en el estado de alerta y reactividad (comportamiento irritable, hipervigilancia, trastornos del sueño, respuesta de sobresalto exagerada).

➤ DIAGNÓSTICO

- El diagnóstico se realiza con el antecedente de un suceso traumático y la duración de los síntomas mayor a un mes.
- Se ha descartado abuso de sustancias

➤ TRATAMIENTO

● Primera elección:

- Inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina (se recomienda iniciar con paroxetina 20 a 40 mg y máximo 60 mg o sertralina 50-100 mg e incrementar 50 mg cada 5 días hasta llegar a 200 mg) por al menos 12 meses.
- En pacientes que persisten con pesadillas a pesar del tratamiento, se deberá agregar topiramato 50-150 mg y en caso de no responder a este asociar prazosin al ISRS siempre monitorizando la presión arterial.
- En pacientes con insomnio, se pueden utilizar benzodiacepinas como tratamiento complementario.
- Tratamiento no farmacológico (se recomienda en cronicidad).
- La terapia cognitivo-conductual es la más efectiva para reducir la sintomatología y prevenir la recurrencia, se deberán dar 8 a 12 sesiones por lo menos una vez a la semana.
- En los niños la primera línea de tratamiento es la terapia cognitivo conductual en 12-16 sesiones.

➤ PRONÓSTICO / REFERENCIA

- » Pacientes con trastorno de estrés postraumático y falta de respuesta al tratamiento deberán ser referidos a un segundo nivel.
- » Pacientes candidatos para tratamiento psicológico deberán ser referidos a psiquiatría.

➤ BIBLIOGRAFÍA

- » GPC ER: Diagnóstico y manejo del estrés postraumático. IMSS-515-11. http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/515_GPC_Estrespostraumatico/GER_EstresPostraumatico.pdf
- » Texto introductorio de Psiquiatría. Donald W. Black, Nancy C. Andreasen, Capítulo 9 "Trastornos relacionados con traumas y factores del estrés postraumático".

TRASTORNOS DE ANSIEDAD

➤ CASO CLÍNICO

Hombre de 38 años, con antecedente familiar de padre fallecido por infarto agudo al miocardio, acude a urgencias acompañado de su esposa por presentar dolor precordial y palpitaciones de 10 minutos de evolución. Se realiza electrocardiograma y enzimas cardíacas, los cuales resultan sin alteraciones. Durante el interrogatorio, el paciente refiere tener miedo a morir de la misma manera que su padre y no confía en las evaluaciones realizadas. Su esposa afirma que éste no es el primer episodio y que, a pesar de tener una buena alimentación y hacer ejercicio, él asegura que morirá de un infarto.

➤ DEFINICIÓN / ETIOLOGÍA

- › La ansiedad patológica tiene una presentación irracional por un estímulo ausente o mínimo, o la duración es injustificadamente prolongada. Están asociados a mayor riesgo de conducta suicida. Las principales comorbilidades asociadas son la depresión y el abuso de sustancias.

➤ FACTORES DE RIESGO

- Historia familiar y antecedente personal.
- Eventos estresantes o traumáticos.
- Ser mujer.
- Comorbilidad con depresión.
- Abuso de sustancias.
- Hipersensibilidad a estresores ambientales.

➤ CUADRO CLÍNICO

Síntomas somáticos	Síntomas psíquicos
» Mareo. » Diaforesis. » Hiperreflexia. » Midriasis. » Síncope. » Taquicardia. » Parestesia. » Temblor. » Diarrea.	» Intranquilidad y nerviosismo. » Preocupación excesiva. » Miedo irracional. » Ideas catastróficas. » Deseo de huir. » Temor a perder el control. » Sensación de muerte inminente.

Cuadro 10. Síntomas generales de los trastornos de ansiedad.

Agorafobia	Fobia social	Fobias específicas
» Se limita o predomina en al menos dos de las siguientes situaciones: multitudes, lugares públicos, viajar lejos de casa o viajar solo. Los síntomas, psicológicos o vegetativos, son manifestaciones primarias de ansiedad y no secundarias a otros síntomas.	» Temor a casi todas las situaciones sociales fuera del círculo familiar, a comer o a hablar en público, temor a ser enjuiciado por otras personas.	» Miedo persistente e irracional hacia un objeto, situación o actividad específicos (el estímulo fóbico), que da lugar a un deseo incoercible de evitarlo. Esto suele conducir a evitar el estímulo fóbico o afrontarlo con terror.
» Duración mayor a 6 meses.		

Cuadro 11. Clasificación de fobias.

Trastorno de pánico	Trastorno de ansiedad generalizada	Trastorno obsesivo compulsivo
» Se presentan varios ataques graves de ansiedad vegetativa (ataque de pánico/angustia) al menos durante el periodo de un mes, en circunstancias donde no hay peligro objetivo.	» Estado de preocupación y tensión permanente sin motivos aparentes, donde predominan las quejas de sentirse nervioso, con temblores, tensión muscular, sudoración, mareos, palpitaciones, vértigos y molestias epigástricas. Hay un constante estado de alerta anticipatorio de un desastre, se preocupa excesivamente por el dinero, la salud, la familia o el trabajo.	» Deben presentarse obsesiones y compulsiones durante al menos 2 semanas sucesivas. » Se reconocen como pensamientos propios, molestos y reiterados con resistencia ineficaz a las compulsiones.
» Duración mayor a un mes.	» Duración mayor a 6 meses.	» Duración mayor a 2 semanas y consume más de 1 hora al día.

Cuadro 12. Clasificación de los trastornos de ansiedad.

➤ DIAGNÓSTICO

- El diagnóstico se establece por medio de la entrevista clínica y la duración de los síntomas.
- Como complemento se utilizan la escala de Hamilton para ansiedad (HARS) y el inventario de ansiedad de Beck (BAI).
- Interrogar abuso de sustancias y antecedentes de acontecimientos vitales estresantes.

➤ TRATAMIENTO

Clase funcional OMS	Sintomatología
Trastorno de ansiedad generalizada	∴ Benzodiacepinas al inicio del tratamiento y en las reagudizaciones 8 a 12 semanas ∴ Inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina (paroxetina, sertralina o escitalopram) 8-12 semanas. ∴ Terapia cognitivo conductual por no más de 10 sesiones en 6 meses.
Trastorno de pánico	∴ Inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina y, si no hay mejoría después de 12 semanas, se utilizan antidepresivos tricíclicos. ∴ El tratamiento de la crisis de pánico: benzodiacepinas a dosis bajas. ∴ Terapia cognitivo conductual.
Trastorno obsesivo compulsivo	∴ Primera línea: inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina. ∴ Segunda línea: clomipramina, venlafaxina y citalopram. ∴ Tercera línea: clomipramina iv o escitalopram. ∴ Terapia cognitivo conductual.
Fobia social	∴ Terapia de exposición con previo uso de propanolol. ∴ Terapia cognitivo conductual.
Agorafobia	∴ Paroxetina. ∴ Terapia cognitivo conductual.
Fobias específicas	∴ Terapia de exposición.

Cuadro 13. Tratamiento de los trastornos de ansiedad según su clasificación.

➤ PRONÓSTICO / REFERENCIA

- › Referir a segundo nivel en duda diagnóstica, comorbilidad psiquiátrica, ideación suicida, persistencia de síntomas a pesar de tratamiento farmacológico por mas de 12 semanas, síntomas muy incapacitantes.
- › El seguimiento al iniciar tratamiento se deberá evaluar a las 2 semanas y de nuevo a las 4, 6 y 12 semanas.

➤ BIBLIOGRAFÍA

- › GPC ER: Diagnóstico y tratamiento de los trastornos de ansiedad en el adulto. IMSS-392-10 http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/392_IMSS_10_Ansiedad/EyR_IMSS_392_10.pdf

TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA EN EL ADULTO MAYOR

➤ CASO CLÍNICO

Mujer de 72 años, con antecedente de artritis reumatoide de 10 años de evolución y actualmente en remisión, es traída por su hija a consulta de medicina familiar debido a que presenta, desde hace 1 año, preocupación excesiva en todos los aspectos de su vida. Constantemente llama al médico por miedo a que algo vaya mal con ella y se siente preocupada todo el tiempo por sus hijos. En la exploración física: FC 77 LPM, FR 16 RPM, T/A 130/70, T 36.8°C, SaO2 97%.

➤ DEFINICIÓN / ETIOLOGÍA

- › El trastorno de ansiedad generalizada es un padecimiento caracterizado por angustia y preocupación excesiva, comunmente precedido de episodios depresivos asociado a discapacidad y mortalidad. El 50% de los adultos mayores tienen síntomas de ansiedad sin cumplir con criterios de TAG. Es más común en mujeres. La duración del cuadro clínico debe ser de al menos 6 meses.

➤ FACTORES DE RIESGO

- Los factores de riesgo asociados a ansiedad en la persona mayor son:
 - Sexo femenino.
 - Enfermedades crónico-degenerativas.
 - Vivir solo, viudo o divorciado.
 - Baja escolaridad.
 - Eventos estresantes a lo largo de la vida.
 - Limitación física en actividades de la vida diaria.
 - Deterioro cognitivo.
 - Antecedente de depresión.

➤ CUADRO CLÍNICO

- » Intranquilidad o impaciencia (sensación de estar atrapado o con los nervios de punta).
- » Fatigabilidad fácil.
- » Dificultad para concentrarse o poner la mente en blanco.
- » Irritabilidad.
- » Tensión muscular.
- » Alteraciones del sueño (más común el insomnio).

➤ TIPS ARM

- En ancianos se deberá evaluar la presencia de polifarmacia, dependencia funcional, fragilidad, sarcopenia, comorbilidades, deterioro cognitivo y riesgo de caídas antes de iniciar el tratamiento farmacológico.

- » 3 de estos síntomas por al menos 6 meses.
- » Al individuo le resulta difícil controlar la preocupación.
- » Los síntomas físicos causan malestar significativo con deterioro social, laboral o personal.

➤ DIAGNÓSTICO

- Historia clínica, examen físico y mental, valorar comorbilidades.
- Descartar medicamentos que puedan causar ansiedad.
- ◆ **Gold Standard:** diagnóstico y para seguimiento es el inventario de ansiedad geriátrica (GAI) con un punto de corte de 8 puntos y el inventario de ansiedad geriátrica versión corta (GAI-SF) con un punto de corte de 3.
- Se deberá descartar patología orgánica en causa de sospecha

➤ TRATAMIENTO

● Primera elección:

- ∴ El tratamiento farmacológico es el más efectivo.
 - La primera línea son los inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina (eficacia en 6 meses):
 - sertralina 25 mg al día, con incremento gradual; escitalopram 5 mg al día e incremento gradual; citalopram en 10 mg con incremento gradual y dosis no mayor a 20 mg en mayores de 65 años.
 - Inhibidores selectivos de la recaptura de noradrenalina (eficacia en 3 a 6 meses): venlafaxina de liberación prolongada 37.5 mg hasta 150 mg/día, duloxetina 30 mg/día hasta 120 mg
 - El efecto de los medicamentos comienza en 2 a 4 semanas y durante las primeras 2 semanas hay más efectos secundarios.
 - La duración del tratamiento farmacológico debe ser de 12 a 24 semanas.
 - En pacientes con mejoría clínica en 4 a 6 semanas y posteriormente continuar medicamento por 6 a 12 meses.
 - En pacientes con insomnio, se pueden añadir como complemento las benzodiacepinas por tiempo corto (<1 mes).
 - Terapia cognitivo conductual basado en metas.

➤ BIBLIOGRAFÍA

- › GPC 2019 ER: Diagnóstico y tratamiento del trastorno de ansiedad generalizada en la persona mayor. GPC-IMSS-499-119.
<http://www.cenetec-difusion.com/CMGPC/GPC-IMSS-499-19/ER.pdf>

➤ PRONÓSTICO / REFERENCIA

- › Se recomienda referir a segundo nivel personas mayores con trastorno de ansiedad con duda diagnóstica, comorbilidad psiquiátrica, ideación suicida, persistencia de síntomas por más de 12 semanas y síntomas incapacitantes.
- › En primer nivel se requiere control cada 15 días inicialmente y posteriormente cada mes.

ABUSO DE SUSTANCIAS

➤ CASO CLÍNICO

Hombre de 24 años, con antecedente de abuso sexual en la infancia, es llevado a consulta de psiquiatría por su pareja debido a que constantemente falta al trabajo para quedarse en casa fumando marihuana, por lo que teme que tenga una adicción. Durante el interrogatorio, refiere uso de marihuana diario desde hace 3 años y cocaína ocasionalmente desde hace 1 año. Exploración física: FC 82 LPM FR 13 RPM T/A 120/70 T 36.2°C.

➤ DEFINICIÓN / ETIOLOGÍA

- › Los trastornos por consumo de sustancias (alcohol, marihuana, alucinógenos, inhalantes, opiáceos, sedantes o hipnóticos, estimulantes, tabaco) implican el uso inapropiado de una sustancia al grado de presentar un deterioro del control del consumo, deterioro social, uso peligroso y evidencia de tolerancia o abstinencia. El alcohol es la sustancia de la que se abusa más a menudo, la marihuana es la droga de mayor consumo en la población general seguido por la cocaína. Es más común en hombres y la edad de inicio es de 6 a 30 años.

➤ FACTORES DE RIESGO

- Factores que previenen o retrasan el consumo de alcohol y otras sustancias:
 - Modelamiento de los padres.
 - Información sobre las sustancias.
 - Desaprobación del consumo.
 - Conflictos familiares.
 - Apoyo de los padres y relación padre-hijo.
 - Monitoreo por los padres.
 - El papel del alcohol en la familia.

➤ CUADRO CLÍNICO

- » Patrón problemático de consumo de la sustancia que causa deterioro clínico en 2 de los siguientes síntomas por al menos 12 meses.
 - 1. A menudo se ingiere la sustancia en cantidades cada vez mayores o por un periodo mas largo de lo que deseaba.
 - 2. Hay un deseo y esfuerzos fallidos por dejar de utilizar la sustancia o controlarla
 - 3. Dedicar mucho tiempo a sus actividades encaminadas al consumo de sustancias.

- 4. Consumo recurrente y continuo que ocasiona que no se cumplan obligaciones importantes.
- 5. Consumo continuo a pesar de tener problemas sociales o interpersonales.
- 6. Anhelo o deseo intenso de consumir la sustancia implicada.
- 7. Se omiten importantes actividades debido al consumo de sustancias.
- 8. El consumo continúa a pesar de que la persona sabe que tiene un problema.
- 9. Tolerancia.
- 10. Abstinencia.

➤ DIAGNÓSTICO

- Detección del abuso de alcohol: prueba AUDIT y AUDIT-C.
- Detección de abuso de sustancias psicoactivas: prueba ASSIST y POSIT.

➤ TRATAMIENTO

● Primera elección:

- ∴ Se recomienda la terapia cognitiva conductual, terapia familiar, terapia de grupo combinada o terapia psicoeducativa.

➤ PRONÓSTICO / REFERENCIA

- › En consumidores de sustancias psicoactivas diferentes a alcohol o tabaco se deberá referir a segundo nivel de atención.

SÍNDROME DE ABSTINENCIA

➤ CASO CLÍNICO

Hombre de 32 años en situación de calle, con antecedente de alcoholismo de 10 años de evolución, es traído a urgencias tras haber sido encontrado en vía pública por paramédicos al presentar crisis convulsivas tónico clónicas generalizadas. Durante la exploración física, se encuentra sin traumatismos visibles, irritable y con agitación psicomotora. Signos vitales: FC 105 LPM, FR 11 RPM, T/A 140/90mmHg, SaO₂ 95%.

➤ DEFINICIÓN / ETIOLOGÍA

- El síndrome de abstinencia es presentado por un cese abrupto de la ingestión de alcohol en individuos con alcoholismo crónico. Se caracteriza por hiperactividad vegetativa, síntomas de ansiedad o necesidad de ingerir alcohol. La mayoría de los pacientes presentan estos síntomas 6 u 8 horas después de la reducción abrupta de la ingesta de alcohol con un pico entre las 10 y 30 horas y desaparece 50 horas después. Cuando la abstinencia es grave, puede presentar crisis convulsivas y alucinaciones además de delirium, que en ocasiones provoca agitación y puede conducir a la muerte. Se utiliza la escala de abstinencia alcohólica CIWA-Ar para evaluar la gravedad del síndrome y determinar el tratamiento.

➤ FACTORES DE RIESGO

Factores de riesgo para síndrome de abstinencia severo	Factores asociados a un pronóstico desfavorable
• Patrón de consumo actual. • Periodos de abstinencia anteriores. • Uso de sustancias concomitantes. • Comorbilidades.	• Inestabilidad social. • Antecedentes familiares. • Comorbilidad psiquiátrica. • Intentos fallidos por abandonar el consumo de alcohol.

Cuadro 14. Factores de riesgo del síndrome de abstinencia causado por alcoholismo y su pronóstico.

➤ CUADRO CLÍNICO

- » Síndrome de abstinencia leve: ansiedad, irritabilidad, dificultad para dormir y disminución del apetito.
- » Síndrome de abstinencia moderado comparte características leves y severas.
- » Síndrome de abstinencia severo: temblor en manos y brazos, diaforesis, taquicardia, hipertensión, náusea, hipersensibilidad al ruido y a la luz.
- » El delirium tremens aparece en menos del 5% y comienza a las 48-72 horas del cese de consumo de alcohol, presentan convulsiones, confusión, agitación, alteración perceptual, fiebre e hiperexcitabilidad.

➤ DIAGNÓSTICO

- El diagnóstico y la clasificación se realiza por medio de la *Clinical institute withdrawal assesment scale for alcohol* revisada (CIWA-Ar). Se repite cada hora tras la retirada del alcohol.
- Se puede realizar la medición directa de alcohol en sangre o aliento para determinar el uso reciente de alcohol.
- El diagnóstico se debe sospechar en pacientes con diagnóstico previo de pancreatitis, datos de hepatopatía crónica, ansiedad o agitación y niveles altos de gamma-glutamato.

➤ TRATAMIENTO

● Primera elección:

- ∴ CIWA menor a 10: metoclopramida 10 mg cada 4 a 6 horas y tiamina (para prevenir encefalopatía de Wernicke) y repetición de CIWA cada 8 horas. Si disminuye a 8 por al menos 3 mediciones en 24 horas, se puede enviar de vuelta a domicilio para seguimiento ambulatorio.
- ∴ CIWA 10-20: observación, ambiente tranquilo, posición semifowler, signos vitales cada 4 horas y tiamina, soluciones parenterales (iniciar multivitamínico 12 horas continuas en solución fisiológica al .9% de 1000 cc) y benzodiacepinas en caso de agitación. Repetir CIWA cada 8 horas y, si éste aumenta, se refiere a un segundo nivel. En caso de disminución a menos de 8 por al menos 3 mediciones en 24 horas, se envía de vuelta a domicilio con tratamiento ambulatorio.
- ∴ CIWA >20: referir a segundo nivel, benzodiacepinas (diazepam 20 mg cada 2 horas hasta llegar a 60-80 mg o hasta sedación leve, lorazepam 2 mg cada 2 horas o alprazolam 1 a 2mg cada 6 horas con descenso diario del 25%).

➤ BIBLIOGRAFÍA

- › GPC 2012 ER: Manejo de abstinencia alcohólica en el adulto en el primer nivel de atención.
http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/097_GPC_Abstinenciaalcohol/SSA_097_08_EyR.pdf

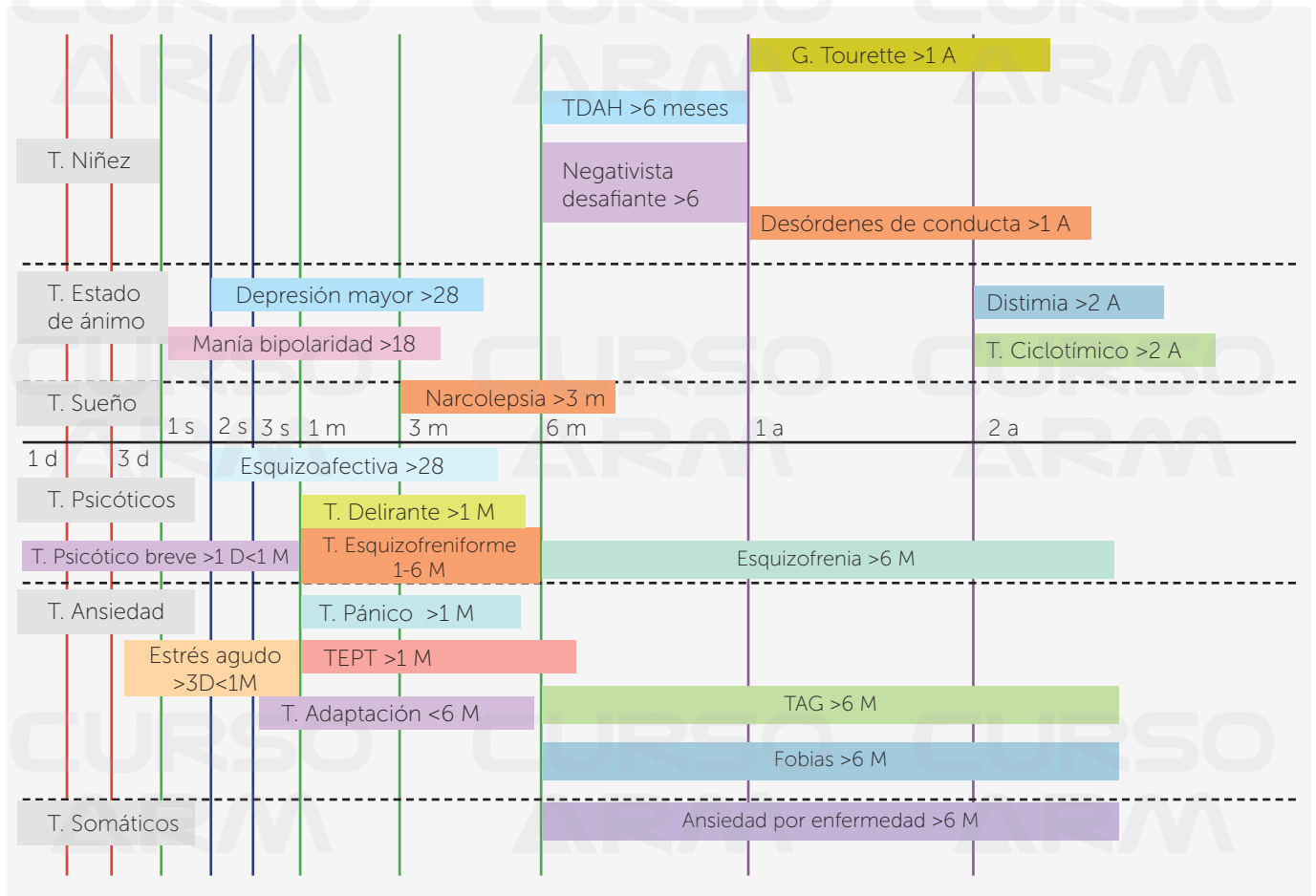


Tabla 1. Resumen de la patología psiquiátrica.