

**GUÍA PARA LA
COORDINACIÓN ENTRE
LA ATENCIÓN PRIMARIA
Y LAS UNIDADES
DE SALUD MENTAL**

2007

Edición:

Servicio de Salud de las Illes Balears (Ib-salut)

Distribución:

Dirección Asistencial del Ib-salut

Elaboración y redacción:

Grupo de Trabajo de Atención Primaria y de las Unidades de Salud Mental

Coordinación:

Dr. Miguel Echevarría Martínez de Bujo, coordinador autonómico de Salud Mental de las Illes Balears y subdirector asistencial de Salud Mental del Ib-salut

Integrantes del Grupo de Trabajo:

Dr. José García Valentín. Psiquiatra. Dirección General de Salud Pública. Consejería de Salud y Consumo

Dra. Juana María Andrés Tauler. Psiquiatra. Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil de Palma (Mallorca)

Dra. Concepció Bardolet i Casas. Psiquiatra. Coordinadora de la Unidad de Salud Mental Son Pisà (Mallorca)

Alejandra Carmona Franco. Psicóloga. Unidad de Salud Mental Cruz Roja (Mallorca)

Dra. Rosa E. Duro Robles. Médico de familia. Coordinadora del Centro de Salud Santa María (Mallorca)

María del Carmen Fermoselle Paterna. Psicóloga. Unidad de Salud Mental Son Pisà (Mallorca)

Dra. Cristina Gadea Ruiz. Médico de familia. Centro de Salud S'Arenal (Mallorca)

Elena García Roca. Psicóloga. Unidad de Salud Mental Inca (Mallorca)

Antonia Gomila Blanch. Psicóloga. Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil de Palma (Mallorca)

Dr. Isidoro Hidalgo Campos. Médico de familia. Centro de Salud Es Trencadors (Mallorca)

Dr. Antonio Liñana Martorell. Psiquiatra. Coordinador del Área de Salud Mental de Menorca

Dra. Susana Martínez Pagí. Médico de familia. Centro de Salud Escola Graduada (Mallorca)

Dra. Micaela Mas. Psiquiatra. Coordinadora de la Unidad de Trastornos de la Conducta Alimentaria

Dra. Antonia Mir Pericàs. Médico de familia. Coordinadora del Centro de Salud Casa del Mar (Mallorca)

Dr. José María Misiego Peral. Psiquiatra. Coordinador de la Unidad de Salud Mental Pere Garau (Mallorca)

Dr. Luis Navas Casals. Médico de familia. Director médico de Atención Primaria del Área de Salud de Menorca

Dra. Micaela Pastor Nicolau. Pediatra. Centro de Salud Santa Catalina (Mallorca)

Dra. Carmen Pradas Guerrero. Médico de familia. Centro de Salud Felanitx (Mallorca)

Dr. José Ignacio Ramírez Manent. Médico de familia. Coordinador del Centro de Salud Calvià (Mallorca)

Dr. Francisco Ricote Trigo. Psiquiatra. Unidad de Salud Mental Es Viver (Ibiza)

Dr. Fidae Seffar Ben Ouda. Psiquiatra. Coordinador de la Unidad de Salud Mental Manacor (Mallorca)

Dra. Isabel Torrens Darder. Médico de familia. Centro de Salud Calvià (Mallorca)

Impresión:

Gelabert Arts Gràfiques

Dipósito Legal

PM-201/2007

ÍNDICE

1. Prólogo.....	5
2. Introducción.....	7
3. Derivación entre la atención primaria y las unidades de salud mental (USM) 9	
4. Patologías susceptibles de derivación a las USM de adultos.....	10
5. Patologías abordables por otros servicios	11
6. Guía de servicios públicos para la atención de problemáticas relacionadas con la salud mental no abordables en las USM.....	12
7. Urgencias psiquiátricas.....	15
8. Trastornos de la personalidad.....	27
9. Trastornos afectivos.....	30
10. Trastornos neuróticos	33
11. Trastornos infanto-juveniles.....	42
12. Niveles de intervención asistencial en los trastornos de la conducta alimentaria	52
13. Tablas de psicofármacos.....	55
14. Coordinación entre la atención primaria y las USM.....	58
15. Algunas páginas web de interés	59
16. Bibliografía de referencia	60

1. Prólogo

Se estima que entre el 15 % y el 25 % de la población, es decir, entre 150.000 y 250.000 personas de las Illes Balears, podría padecer un trastorno mental o de comportamiento a lo largo de la vida. Además, excluyendo los trastornos causados por el uso indebido de sustancias, se puede afirmar que unas 90.000 personas de nuestra comunidad autónoma padecen al menos un trastorno mental en la actualidad.

Los trastornos mentales en conjunto constituyen la causa más frecuente de carga de enfermedad, por encima de las enfermedades cardiovasculares y del cáncer. Comprenden cinco de las diez principales causas de carga de morbilidad de todo el mundo (la depresión, las autolesiones, la esquizofrenia, el trastorno bipolar y los trastornos relacionados con el consumo de alcohol). Además, la Organización Mundial de la Salud (OMS) previó que el porcentaje de la morbilidad mundial atribuible a los trastornos mentales y del comportamiento aumentaría del 12 % al 15 % entre los años 1999 y 2020.

Con el fin de afrontar esta realidad, la OMS emitió en el año 2001 un informe dedicado a la salud mental en el que establecía una serie de recomendaciones, una de las cuales es potenciar el manejo y el tratamiento de los trastornos mentales y del comportamiento desde el ámbito de la atención primaria. Así lo establecía también la Ley general de sanidad de 1986.

Tanto la Estrategia de salud mental de la comunidad autónoma de las Illes Balears —aprobada en noviembre del 2006— como la Estrategia nacional de salud mental del Sistema Nacional de Salud —aprobada recientemente por la ministra de Sanidad— han hecho de esta recomendación uno de sus objetivos principales: impulsar el papel de la atención primaria en las actuaciones conjuntas de prevención y promoción de la salud mental, de tratamiento de las enfermedades mentales y de mejora de la accesibilidad a la red de salud mental. Para ello es fundamental impulsar la coordinación entre la atención primaria y los equipos de salud mental, definir una cartera de servicios y elaborar unos protocolos de actuación para las enfermedades mentales más frecuentes.

Quiero dar las gracias a todos los profesionales de la atención primaria y de la salud mental que durante un año se han reunido periódicamente con el fin de elaborar y consensuar esta Guía. Con ella, los profesionales dispondrán de una herramienta muy útil para intentar mejorar la calidad de la atención sanitaria de nuestra comunidad autónoma, especialmente la dirigida a las personas con un trastorno mental.

Sergio Bertrán Damián
Director gerente del Ib-salut

2. Introducción

En el mes de marzo de 2006 se creó un grupo de trabajo cuya finalidad era elaborar un documento que contuviese *a)* la cartera de servicios que las unidades de salud mental (USM) ofrecen a los centros de atención primaria en las Illes Balears; *b)* consensuar los protocolos de actuación entre la atención primaria y las USM ante los distintos cuadros clínicos, y *c)* especificar las vías de coordinación entre la atención primaria y las USM.

Con ese fin se solicitó que los integrantes fueran personas interesadas en el tema y representantes de la atención primaria y de las USM. Igualmente se buscó la representación de los distintos sectores de Mallorca y de las áreas de Menorca y de Ibiza-Formentera. Los representantes de la atención primaria fueron médicos de familia y pediatras, mientras que los representantes de las USM fueron psiquiatras y psicólogos. Es innegable que a lo largo de los meses que ha durado este trabajo, los componentes del Grupo se han esforzado en llegar a acuerdos que fueran de utilidad y se ha creado un clima de compañerismo que ha facilitado dicha tarea.

El Real decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, establecía la cartera de servicios comunes al Sistema Nacional de Salud, que dejaba escaso margen para introducir particularidades propias de nuestra comunidad autónoma. No obstante, el Grupo siguió adelante buscando singularizar las matizaciones que le permitiera la ley.

Comenzamos este trabajo con el capítulo «Derivación entre la atención primaria y las USM», en que se especifica la información básica que debe figurar sobre cualquier paciente que pasa de la atención primaria a las USM o a la inversa. En «Patologías susceptibles de derivación a las USM de adultos» se recogen los cuadros clínicos que constituyen el objetivo fundamental del trabajo de las USM. En «Patologías abordables por otros servicios» se presenta un grupo de situaciones que, en ocasiones, acaban erróneamente en las USM y para las que hay otros servicios, que se explicitan en «Guía de servicios públicos».

En el capítulo «Urgencias psiquiátricas», estas se presentan a modo de esquema con forma de árbol de decisiones, ya que se intenta dar una respuesta rápida a las situaciones de este tipo en que el personal médico de la atención primaria puede encontrarse. Los capítulos «Trastornos de la personalidad», «Trastornos afectivos» y «Trastornos neuróticos» siguen un esquema similar, que recoge la clasificación de estos, qué hacer en la atención primaria con los pacientes con esas patologías y cuáles son los criterios de derivación, con un anexo correspondiente a los criterios diagnósticos. El capítulo «Trastornos infanto-juveniles» añade un apartado correspondiente a los factores de riesgo para todas las edades, otro relativo a las señales de alarma y un último anexo correspondiente al desarrollo emocional normal del niño.

Las «Tablas de psicofármacos» son listas de este tipo de medicamentos utilizados más habitualmente y con algunas especificaciones básicas. Por otro lado, el capítulo «Coordinación entre la atención primaria y las USM» pretende ser el punto de partida de una estructura (la Comisión de Coordinación de la Atención Primaria y las USM) que facilite la relación entre ambos estamentos.

Por último, se facilitan algunas páginas web útiles y la bibliografía que se ha empleado en la elaboración de este trabajo.

Cabe decir que quizá el documento definitivo elaborado entre todos no se aleja mucho de lo que, en la práctica, la mayoría suele hacer cotidianamente en la consulta. No obstante, estamos convencidos de su utilidad. En cualquier caso, se ha propiciado un ambiente de trabajo muy favorable entre los ámbitos de la salud mental y la atención primaria, que debería aprovecharse en el futuro para dinamizar unas relaciones ineludibles y previsiblemente cada vez más estrechas.

3. Derivación entre la atención primaria y las unidades de salud mental (USM)

La derivación de un paciente desde una consulta a otra debe de ir acompañada necesariamente de un mínimo de información. Algunos de los datos que se señalan aquí aparecerán automáticamente en las solicitudes de derivación; en otros casos, el médico solicitante debe añadirla. Básicamente y en lo que concierne a la atención primaria, consiste en:

- datos de filiación del paciente;
- centro desde el que se le deriva;
- motivo de la consulta;
- antecedentes psiquiátricos personales y familiares;
- intervenciones terapéuticas llevadas a cabo hasta la fecha para dicho problema y resultados de estas;
- en el caso de los niños, actuaciones de otros profesionales (logopedas, pedagogos, etc.).

Por su parte, la USM debe responder con el informe de alta, que ha de incluir al menos los datos siguientes:

- diagnósticos
- tratamientos
- evolución
- tratamiento al alta y recomendaciones

Además, debe especificarse por escrito en el informe que el médico de familia hará el seguimiento después de recibir el alta de la USM.

4. Patologías susceptibles de derivación a las USM de adultos

- Esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y trastornos de ideas delirantes. Pacientes con síntomas psicóticos (tras descartar la organicidad).
- Trastorno bipolar.
- Episodios depresivos graves con o sin síntomas psicóticos y/o riesgo de suicidio.
- Trastornos neuróticos graves (obsesivo-compulsivos, disociativos y somatomorfos).
- Trastornos de la conducta alimentaria.
- Trastornos graves de la personalidad.
- Duda diagnóstica.
- Trastornos psiquiátricos que no mejoran tras aplicar el tratamiento adecuado.
- Trastornos psiquiátricos que puedan beneficiarse de la psicoterapia (*)

(*) Se considera que un paciente puede beneficiarse de la psicoterapia cuando cumple los criterios siguientes:

- motivación para el cambio;
- capacidad de establecer un vínculo terapéutico;
- capacidad de introspección y auto-observación;
- defensas no muy rígidas;
- tolerancia ante la ansiedad y la frustración.

5. Patologías abordables por otros servicios

- problemas de pareja
- conflictos laborales
- problemas sociales
- problemas escolares
- demencias
- retraso mental
- duelos no complicados
- valoración psicométrica y otros tipos de peritajes procedentes de otros servicios
- toxicomanías, ludopatías y otras adicciones
- disfunciones sexuales
- trastornos de la conducta alimentaria con criterios de gravedad
- violencia de género

6. Guía de servicios públicos para la atención de problemáticas relacionadas con la salud mental no abordables en las USM

A continuación se ofrece una guía de los recursos a los que se pueden derivar los problemas expuestos en el capítulo anterior. Es posible que algunos no aparezcan o que se creen otros en un futuro próximo. Con el fin de añadirlos posteriormente, se incluye un apartado en blanco bajo el epígrafe «Otras direcciones de interés».

Los servicios sociales de la zona y/o el trabajador social del centro de salud informan sobre los diferentes recursos adecuados a cada problemática y los gestionan.

Problemática	Servicio	Teléfonos de contacto
Servicio de atención al paciente (atención psicológica)	Hospital Universitario Son Dureta	971 175 000
Cáncer (atención psicológica)	Asociación de Lucha Contra el Cáncer	971 244 651 971 244 000
Demencia (valoraciones psiconeurológicas)	Unidad de Deterioro Cognitivo Servicio de Neurología del Hospital Universitario Son Dureta	971 175 000
Duelo	Acompañamiento al Final de la Vida (ARA)	971 757 789
Dolor Clínica del dolor de referencia	Hospital General	971 212 390
	Hospital Universitario Son Dureta	971 175 000
	Hospital Son Llätzer	871 202 000
Drogas / alcohol (consumo de drogas y/o alcohol)	CAD de referencia de cada centro de salud. Servicios Sociales del Consejo de Mallorca	
	CAD infantojuvenil: Projecte Jove, CAD Jove.	971 212 877
Emergencia (atención psicológica)	Servicio de atención psicológica en situaciones de emergencia y/o catástrofe (24 horas)	112
	Colegio Oficial de Psicólogos	971 764 469
Familia (orientación familiar y prevención de la violencia)	Servicio de Atención a la Familia de la Dirección General de Menores y Familia	971 220 580 971 176 428

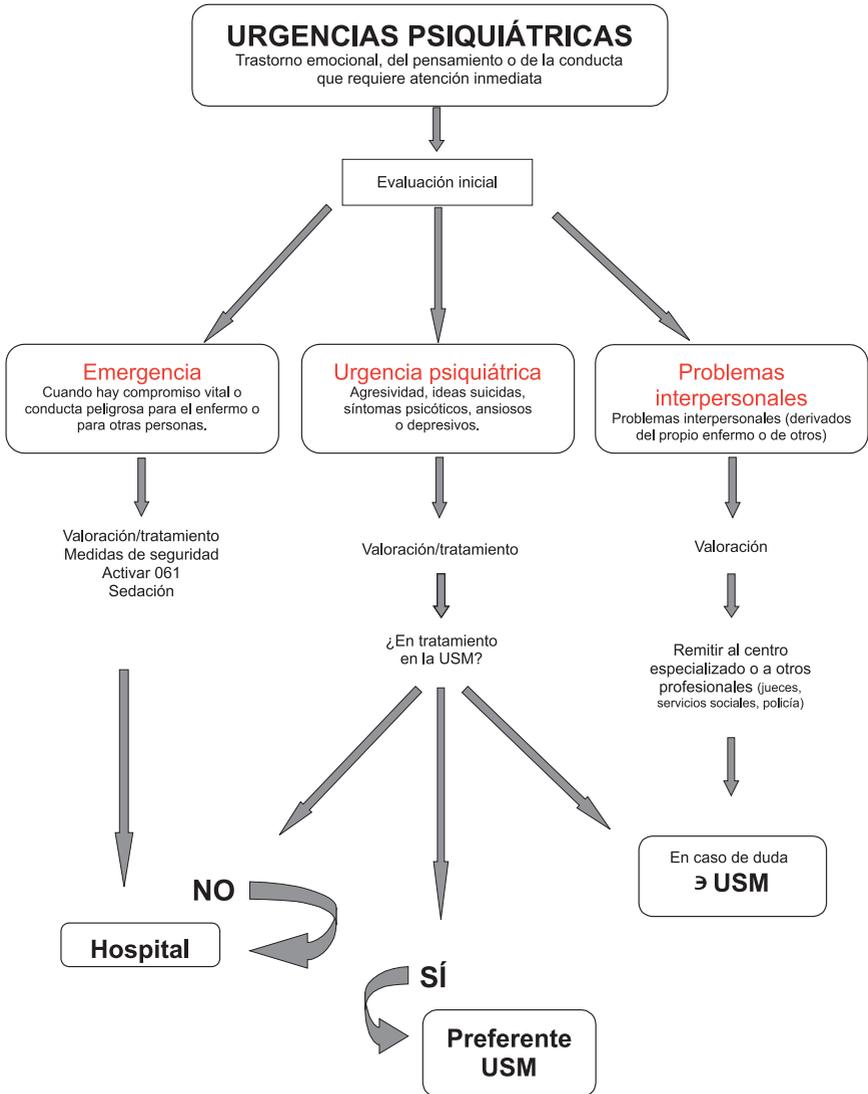
Problemática	Servicio	Teléfonos de contacto
Fibromialgia	Asociación Balear de Apoyo a la Fibromialgia (ABAF)	971 264 179
Laboral (problemática laboral)	Equipo de Psicociología de la Consejería de Trabajo	971 176 300 971 784 970
Laboral para profesionales sanitarios públicos (prevención de riesgos laborales)	Servicio específico de atención psicológica para profesionales sanitarios públicos	971 498 532
	Plan de Atención Integral al Médico Enfermo (PAIM) Colegio de Médicos de las Illes Balears	971 711 229
Ludopatías y otras adicciones	Asociación para el Estudio, la Prevención y el Tratamiento del Juego Patológico (JUGESCA) Consejería de Salud y Consumo	971 274 328
Maltratadores	Programa Municipal para Maltratadores (Palma)	654 062 602
Menores (enfermedades psíquicas)	Las enfermedades psíquicas de menores de 18 años se derivan a la Unidad de Salud Mental Infanto-juvenil (USMIJ)	971 751 705
Menores (abusos sexuales y maltrato a la infancia)	Servicio de Asesoramiento y Asistencia Psicológica a Menores Víctimas de Maltrato Asociación Balear para la Defensa de la Infancia Maltratada (ABADIM) Ayuntamiento de Palma	664 277 697
Menores (en proceso judicial)	Programa de asesoramiento y soporte psicológico a menores durante el proceso judicial	617 071 072
Menores (trastornos del aprendizaje y problemas escolares).	Contactar con el equipo de orientación del centro escolar (EOEP- Primaria, EO-Secundaria)	
Minusvalías y discapacidades (problemática psico-socio-laboral asociada)	S'Institut	971 763 325
	Servicios sociales municipales	
	Dirección General de Servicios Sociales	971 177 000
	Valoraciones psicológicas. Centro Base	971 464 600
Pareja (problemas de pareja con menores a cargo)	Centro Municipal de Servicios Sociales (Palma)	Ciutat Antiga 971 710 812 Mestral 971 221 023 Ponent 971 450 294

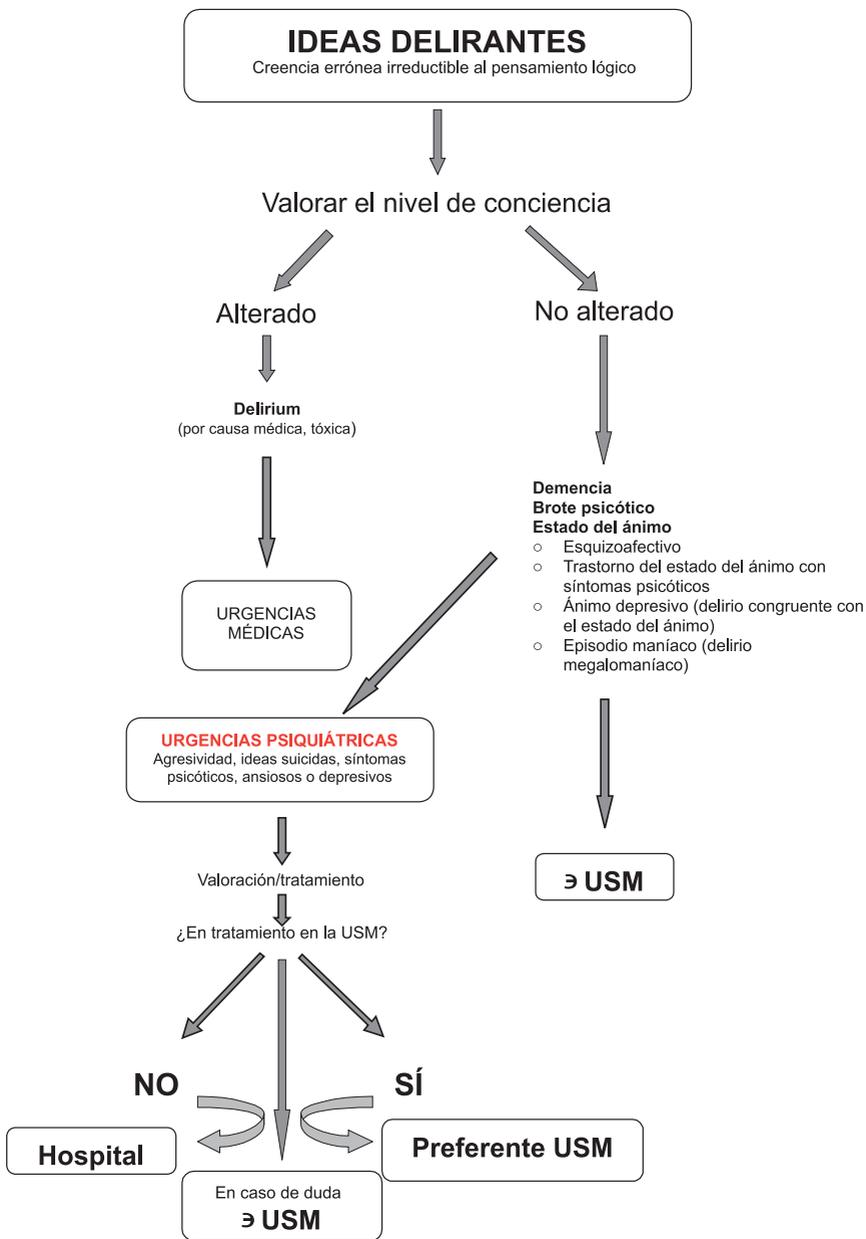
Problemática	Servicio	Teléfonos de contacto
Peritajes psicológicos	Psicólogos forenses Juzgados de las Illes Balears	971 219 459 971 723 735
	Colegio Oficial de Psicólogos (COPIB)	971 764 469
Peritajes psiquiátricos	Psiquiatras forenses Juzgados de las Illes Balears	971 219 459 971 723 735
	Colegio Oficial de Médicos (COMIB)	971 711 229
VIH / SIDA	Asociación de Lucha Anti-SIDA de las Islas Balears (ALAS)	971 714 488
Víctimas del delito (con denuncia previa)	Juzgados de Palma	971 714 668
	Policía local	971 452 583
Violencia de género	Servicio de asistencia psicológica Instituto Balear de la Mujer Consejería de Presidencia y Deportes del Gobierno de las Illes Balears	971 213 247
	Oficina de Ayuda a las Víctimas del Delito (Palma)	971 176 465

OTRAS DIRECCIONES DE INTERÉS

Problemática	Servicio	Teléfonos de contacto

7. Urgencias psiquiátricas





EFECTOS ADVERSOS DE LOS MEDICAMENTOS

- Personas de riesgo:
- edad avanzada
 - sensibilidad del individuo
 - estado metabólico
 - asociación alcohol, tóxicos...
 - trastorno de la personalidad, lesión cerebral...

CLÍNICA:

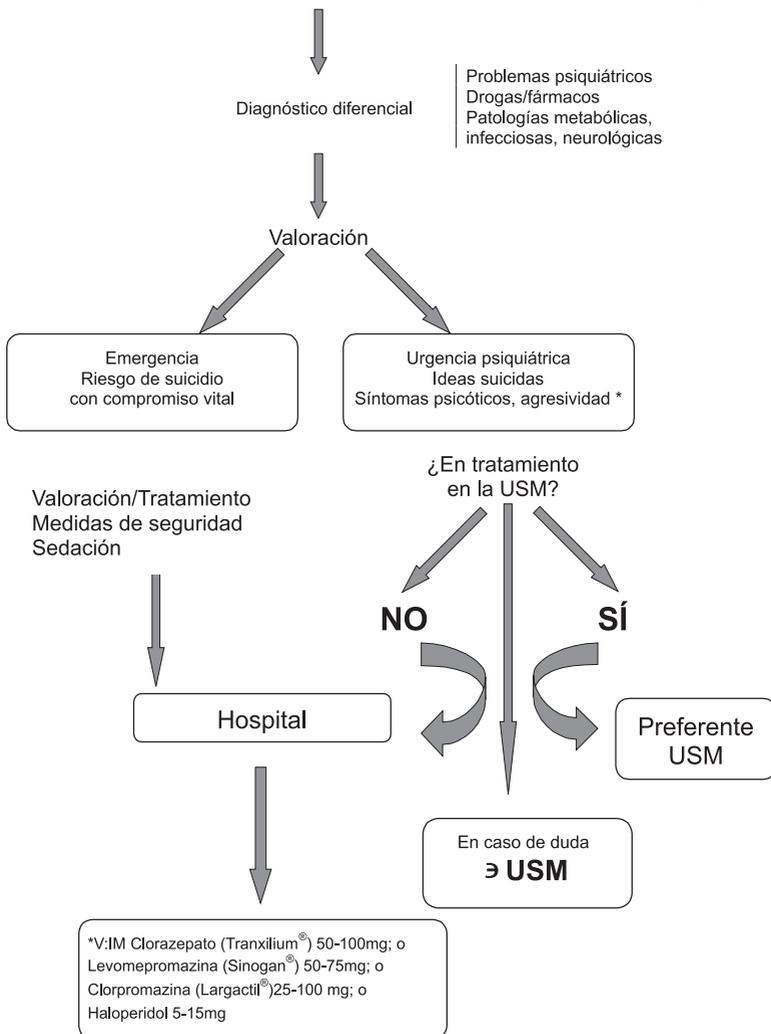
Hipersedación, mareo, ataxia, disartria, diplopía	→	¿Por BDZ/AD?	→	Adecuar el tratamiento
Ansiedad, inquietud, excitación, trastorno del sueño	→	¿Por BDZ y/o AD?	→	Adecuar el tratamiento
Episodio maniaco	→	¿Por AD?	→	Hospital
Temblor de la lengua o de las extremidades superiores, mioclonías, convulsiones	→	¿Por AD y/o NL?	→	Adecuar el tratamiento
Estado de confusión, delirios	→	¿Por AD?	→	Hospital
Síndrome serotoninérgico *	→	¿Por AD?	→	Adecuar el tratamiento
Síndrome neuroléptico maligno *	→	¿Por NL?	→	Hospital
Leucopenia transitoria, agranulocitosis fiebre y dolor de garganta	→	¿Por AD y/o NL?	→	Hospital

En caso de duda
⇒ **USM**

Intoxicación BDZ:

- PAUTAR flumazenilo (Anexate®) 1 mg IV
- poner suero GLUCOSADO

HUMOR IRRITABLE-EXPANSIVO-AGRESIVO



DEPRESIÓN

Alteración del estado de ánimo, tristeza, anhedonia
Repercusión en la esfera cognitiva, emocional y somática

↓
Diagnóstico diferencial

Patologías neurológicas
Drogas/fármacos
Patologías endocrinas, infecciosas,
oncológicas y autoinmunes

↓
Valoración

Emergencia,
riesgo de suicidio
con compromiso vital
y sin apoyo familiar

Urgencia psiquiátrica, ideas
suicidas con apoyo familiar,
inhibición motora grave, pérdida de
peso importante, ideas delirantes

↓
Hospital

¿En tratamiento
en la USM?

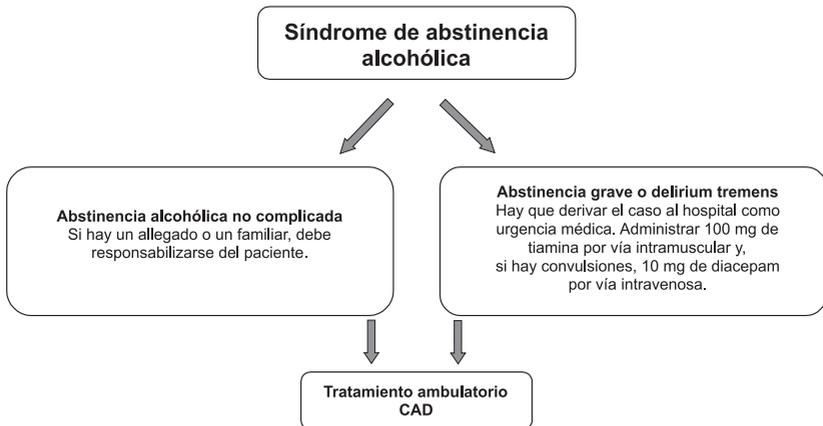
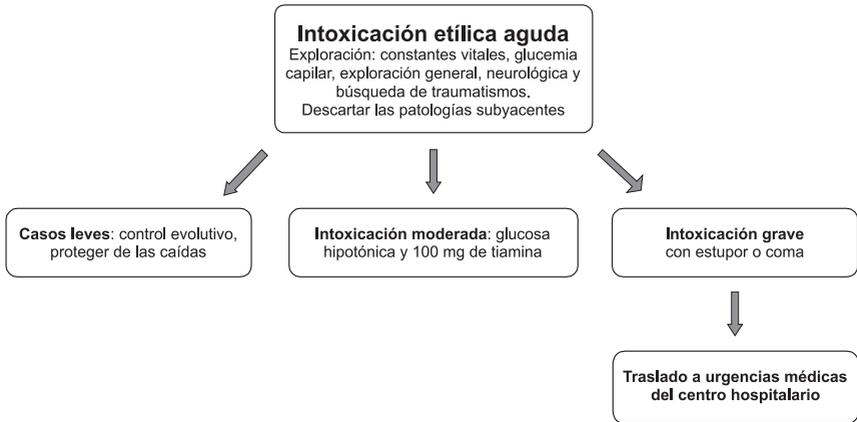
NO

SÍ

Preferente
USM

En caso de duda
⇒ USM

URGENCIAS RELACIONADAS CON EL ALCOHOL Y OTRAS DROGAS



Intoxicación por opiáceos, cocaína u otras drogas (anfetaminas, drogas de diseño...)

Actuación en la atención primaria
Exploración: constantes vitales, glucemia capilar, electrocardiograma, exploración general, neurológica y búsqueda de traumatismos.
Descartar patologías subyacentes

Si el paciente presenta inestabilidad hemodinámica, alteración del nivel de la conciencia o se sospecha que sufre una patología cardiovascular, hay que derivarlo al hospital de referencia como urgencia médica.
Si es necesario, administrarle naloxona, anexate o sedación por vía intravenosa

Casos leves: si hay un allegado o un familiar que se responsabilice del paciente, puede hacer tratamiento ambulatorio.

Si un paciente con adicción a las drogas necesita ser derivado para un tratamiento ambulatorio, hay que enviarlo al se derivará al CAD de la zona.

URGENCIAS RELACIONADAS CON TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA (ANOREXIA Y BULIMIA NERVIOSA)

Las situaciones urgentes que plantean los pacientes con trastornos de la conducta alimentaria están determinadas por la presencia de complicaciones médicas y de comorbilidad psiquiátrica



Anamnesis
Exploración física
Pruebas complementarias
Diagnóstico diferencial



Hospital

Criterios con los que se valora la derivación hospitalaria a urgencias:

- Pérdida de peso superior al 25%-30%
- Bradicardia menor de 40 latidos por minuto
- Taquicardia superior a 110 latidos por minuto
- Hipotermia: temperatura < 36 °C
- Glucosa < 60 mg/dl
- Potasio < 3 mEq/dl
- Hipotensión < 90/60 mmHg (niños) o < 80/50 mmHg (adolescentes)
- Cambios ortostáticos de presión arterial superiores a 20 mmHg
- Hematemesis
- Intento de suicidio
- Comorbilidad psiquiátrica que lo requiera

TENTATIVA DE SUICIDIO

Detectar el riesgo de suicidio es una función que se puede desempeñar en la atención primaria. La predicción es difícil; hay que valorar los aspectos siguientes:

Marcadores de alto riesgo

- plan estructurado de suicidio
- alta impulsividad
- antecedentes personales o familiares de tentativas o suicidios consumados
- patología psiquiátrica de base
- factores sociodemográficos: varón, >40 años, desempleo, personas solteras, separadas o viudas, cambio de residencia...



MINI (entrevista neuropsiquiátrica internacional)

Durante el último mes

	<i>Puntos</i>
1. ¿Ha pensado que estaría mejor muerto o ha deseado estar muerto?no / sí	1
2. ¿Ha querido hacerse daño?	2
3. ¿Ha pensado en el suicidio?	6
4. ¿Ha planeado como suicidarse?	10
5. ¿Ha intentado suicidarse?	10

A lo largo de su vida

6. ¿Alguna vez ha intentado suicidarse?	4
-----------------------------------------------	---

Sume el total de puntos y especifique el nivel de riesgo:

<i>Puntos</i>	<i>riesgo de suicidio</i>
de 1 a 5	leve
de 6 a 9	moderado
más de 10	alto



USM normal

USM preferente

UCIAS psiquiatría

TRASTORNOS DE ANSIEDAD

Hay varias enfermedades médicas no psiquiátricas que cursan con síntomas semejantes a los de cualquier trastorno de ansiedad, y es imprescindible que se descarten en la atención primaria. También hay que valorar si el cuadro ansioso se debe o asocia a otro trastorno psiquiátrico.

Conducta ante un paciente ansioso

Evaluar la intensidad del cuadro
Hacer exploración física
Hacer exploraciones complementarias:
TSH, G, ECG, tóxicos...
Psicoterapia básica de apoyo

Crisis de angustia

Alprazolam: 0,5-1 mg v. o. (sl). Se puede repetir al cabo de 15 minutos
Diazepam: 5-10 mg v. o. Se puede repetir al cabo de 15 minutos

Si hay hiperventilación, se aconseja la respiración en una bolsa de circuito cerrado.

Indicaciones de derivación :

1. Ideas de suicidio acompañantes →
2. Trastorno de ansiedad resistente al tratamiento inicial →
3. Presencia de otro trastorno psiquiátrico concomitante →
4. Dificultad diagnóstica →
5. Trastorno de ansiedad en adolescentes →
6. Trastorno por abuso de sustancias psicoactivas →

* véase el protocolo de tentativa de suicidio
USM normal
USM normal
USM normal
USM infanto-juvenil
CAD

AGITACIÓN PSICOMOTRIZ Y SÍNDROME CONFUSIONAL AGUDO

Agitación psicomotriz

Trastornos psíquicos
(sin alteración de la conciencia)

Trastornos orgánicos

Síndrome confusional agudo

Véase el protocolo sobre el humor irritable-expansivo-agresivo

Anamnesis detallada (incluyendo los tóxicos)
Exploración física
Glucemia con tira reactiva

Valoración/Tratamiento
Medidas de seguridad
Activar el 061
Sedación *

* V:IM Clorazepato (Tranxilium®) 50-100mg; o
Levomepromazina (Sinogan®) 50-75mg; o
Clorpromazina (Largactil®) 25-100mg; o
Haloperidol 5-15mg

Urgencias hospitalarias

ANEXO

Síndrome serotoninérgico:

- Alteraciones del estado mental (agitación, alteración del nivel de conciencia).
- Disfunción autónoma (diaforesis, escalofríos, temblor, diarrea).
- Anomalías neuromusculares (mioclonía, hiperreflexia, descoordinación psicomotriz).

Síndrome neuroléptico maligno (0,5%). Trastorno de las vías dopaminérgicas de aparición rápida con hipertermia, alteración del sistema nervioso autónomo (taquicardia, aumento de la sudoración, piel pálida, estremecimiento, incontinencia, taquipnea y respiración fatigosa), hipertonía muscular y delirium. Además puede haber disfagia, temblor, hipertensión arterial, mutismo, disartria, convulsiones, estupor y coma. Puede evolucionar a acidosis metabólica, deshidratación, choque cardiovascular, coagulopatía, mioglobinuria con insuficiencia renal aguda secundaria, fallo respiratorio, lesiones cerebelosas, elevaciones de las transaminasas hepáticas, secreción inadecuada de hormona antidiurética (ADH), creatinfosfoquinasa (CPK) mayor de 1.000 U/Lt y leucocitosis.

8. Trastornos de la personalidad

8.1. Clasificación de los trastornos de la personalidad

- Trastornos de la personalidad del grupo A: paranoide, esquizoide, esquizotípico.
- Trastornos de la personalidad del grupo B: antisocial, límite, histriónico, narcisista.
- Trastornos de la personalidad del grupo C: obsesivo, por evitación, dependiente.

8.2. Criterios diagnósticos de los trastornos de la personalidad

- Desviaciones permanentes y estables de los rasgos de la personalidad y de los patrones de la conducta aceptados culturalmente que se inician en la adolescencia o al principio de la edad adulta.
- Patrones de conducta mal adaptados, disfuncionales, inflexibles, que se extienden a una amplia gama de situaciones personales y sociales.
- Malestar o sufrimiento personal importante o impacto negativo en el entorno social.
- El patrón persistente no es atribuible a otro trastorno mental ni a una enfermedad médica ni a la ingesta de sustancias.

8.3. Descripción de la clasificación de los trastornos de la personalidad

- ***Trastornos de la personalidad del grupo A (grupo raro o excéntrico)***

a) Paranoide:

- Susplicacia, sospechas, preocupación por dudas no justificadas acerca de la lealtad.
- Predisposición a desarrollar celos patológicos, tendencia a guardar rencor.
- Preocupación con explicaciones «conspiratorias», no justificadas.

b) Esquizoide:

- Frialidad emocional, distante, afectividad aplanada.
- Preferencia por actividades solitarias y actitud de reserva.
- No desea relaciones interpersonales ni disfruta de ellas, incluso formar parte de una familia.

c) Esquizotípico:

- Ideas de referencia, pensamiento mágico.
- Comportamiento raro, excéntrico.
- Experiencias perceptivas inhabituales.

- ***Trastornos de la personalidad del grupo B (grupo dramático):***

- a) Antisocial:

- Irresponsabilidad y falta de atención a las normas sociales.
- Tolerancia baja a la frustración y umbral bajo de descarga de agresividad.
- Incapacidad para sentir culpa.

- b) Límite:

- Tendencia a actuar impulsivamente y sin pensar en las consecuencias.
- Propensión a presentar arrebatos de cólera y violencia.
- Humor inestable y voluble.
- Propensión a involucrarse en relaciones personales intensas e inestables.
- Repetidas amenazas o actos autolesivos.

- c) Histriónico:

- Afectividad superficial y lábil.
- Demandas continuas de afecto y conductas manipuladoras para satisfacer las necesidades propias.
- Ansia de excitaciones y de ser el centro de atención.

- d) Narcisista:

- Fantasías de éxito, poder, brillantez, belleza o amor; creencia de que se es especial y único.
- Exige admiración excesiva; pretencioso, arrogante, soberbio; carece de empatía.
- En el ámbito interpersonal es explotador.

- ***Trastornos de la personalidad del grupo C (grupo ansioso):***

- a) Obsesivo:

- Rigidez y terquedad.
- Pensamientos o impulsos dominantes no deseados y persistentes.
- Planificación excesivamente cuidadosa, minuciosa y anticipada de todas las actividades.

- b) Por evitación:

- Hipersensible a la crítica y al rechazo.
- Sentimientos de inferioridad.
- Estilo de vida limitado y restringido debido a la necesidad de tener seguridad y certeza sobre todas las cosas.

- c) Dependiente:

- Permite que otros asuman responsabilidades en áreas esenciales de su vida.
- Sentir temor a ser abandonado y tener la necesidad constante de que le aseguren que esto no sucederá.

- Subordinación a aquellos de quien depende, presentando subordinación, dificultades para presentar desacuerdo.

8.4. ¿Qué hacer en la atención primaria?

- Identificar los trastornos de la personalidad y diferenciarlos de los rasgos de la personalidad.
- Ofrecer apoyo familiar.
- Contactar con los recursos de la red para el soporte y la contención de los pacientes y de sus familias.
- Coordinarse con el referente / USM.
- Si hay abuso de sustancias activo, derivar el caso al CAD.

8.5. Criterios de derivación a la USM

- En los trastornos de la personalidad del grupo A (paranoide, esquizoide y esquizotípico), hay que derivar el caso directamente a la USM.
- En los trastornos de la personalidad del grupo B (histriónico, límite, antisocial y narcisista) y del grupo C (obsesivo, por evitación, dependiente), hay que derivar el caso a la USM si hay disfunciones significativas en dos o más ámbitos de los descritos a continuación:
 - a) Disfunción laboral:
 - cambios frecuentes de trabajo
 - conflictos laborales continuos
 - b) Disfunción social (no justificable por la cultura del paciente):
 - problemas legales
 - problemas de convivencia en la comunidad
 - problemas interpersonales
 - c) Disfunción familiar secundaria al trastorno de la personalidad.
 - d) Riesgo de suicidio.

9. Trastornos afectivos

9.1. Clasificación general

Según el *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM-IV-TR):

- a) Trastornos depresivos:
 - trastorno depresivo mayor
 - trastorno distímico
 - trastorno depresivo no especificado
- b) Trastornos bipolares
 - trastorno bipolar I
 - trastorno bipolar II
 - trastorno ciclotímico
 - trastorno bipolar no especificado
- c) Trastorno del estado de ánimo debido a una enfermedad médica
- d) Trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias
- e) Trastorno del estado de ánimo no especificado
- f) Trastornos adaptativos

9.2. Criterios diagnósticos de depresión

Deben cumplirse los dos criterios siguientes durante al menos dos semanas:

- estado de ánimo disfórico, deprimido, triste, desanimado, sin esperanza, apático;
- pérdida de interés o de placer por las actividades usuales.

Y al menos cinco de los criterios siguientes:

- disminución de la eficacia o del rendimiento;
- pesimismo ante el futuro o cavilaciones respecto a acontecimientos pasados;
- pérdida de energía, cansancio;
- insomnio o hipersomnia;
- pérdida de interés o de placer por la actividad sexual;

- anorexia;
- autocompasión;
- sentimientos de inadecuación, pérdida de la estima en sí mismo o autodesprecio;
- que no sea debido a un trastorno mental orgánico.

9.3. ¿Qué hacer en la atención primaria?

Entrevista diagnóstica para la detección de casos y valorar la derivación a la USM si se cumplen los criterios de derivación.

Hay que tratar el caso en la atención primaria si concurren las condiciones siguientes:

- Si se ha establecido un diagnóstico claro y preciso de depresión moderada o leve.
- Si se trata del primer episodio con sintomatología psíquica leve y con predominio de manifestaciones somáticas.
- Si hay antecedentes de episodios análogos, con respuesta a tratamientos farmacológicos que puedan reiniciarse en la atención primaria.

9.4. Criterios de derivación a la USM

- Ideas de suicidio.
- Síntomas psicóticos.
- Trastorno de la personalidad asociado.
- Trastorno bipolar.
- Depresión recurrente y crónica (con diagnóstico diferencial con las distimias).
- Circunstancias sociales de riesgo alto.
- Cuando el profesional de la atención primaria haya agotado las posibilidades terapéuticas.
- Cuando se considere que el paciente necesita psicoterapia según los criterios de inclusión.
- Falta de respuesta a un tratamiento adecuado (después de haber optimizado las dosis y de haber esperado el tiempo indicado).

Después de haber iniciado el tratamiento farmacológico, hay que tener en cuenta las circunstancias siguientes antes de valorar su ineficacia o la falta de respuesta:

- Latencia de respuesta: los efectos clínicos aparecen entre la segunda y la cuarta semana después de haber empezado el tratamiento.

- Dosis adecuadas (véanse las tablas de fármacos).
- Cumplimiento del tratamiento.

Mantenimiento y supresión del tratamiento farmacológico:

- Mantenimiento del tratamiento entre 3 y 6 meses desde la remisión de la sintomatología.
- En determinadas circunstancias (depresiones recurrentes, sintomatología cronificada), hay que mantener el tratamiento de manera indefinida.
- La supresión del tratamiento debe hacerse de manera progresiva para evitar los efectos de la discontinuación.

10. Trastornos neuróticos

10.1. Clasificación general:

- trastornos de ansiedad;
- trastornos somatomorfos;
- trastornos disociativos.

10.2. Trastornos de ansiedad

Se caracterizan por la presencia de ansiedad, preocupación, miedo o temor excesivos, tensión que provoca malestar o activación que provoca malestar notable o deterioro de la actividad del individuo.

Se inician mayoritariamente en épocas tempranas de la vida: infancia, adolescencia, inicio de la edad adulta.

La ansiedad suele ir acompañada de síntomas físicos: autonómicos, circulatorios, gastrointestinales, musculoesqueléticos, respiratorios y neurológicos.

Suelen asociarse a trastornos del estado de ánimo, a trastornos somatomorfos y a trastornos relacionados con el consumo de sustancias.

a) **Trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica:**

- Ansiedad, crisis de angustia, obsesiones o compulsiones con malestar clínico significativo.
- Deterioro social, laboral o de otras áreas importante.
- Las alteraciones son consecuencia directa de una enfermedad médica.

b) **Trastorno de ansiedad inducido por sustancias:**

- Ansiedad, crisis de angustia, obsesiones o compulsiones con malestar clínico significativo.
- Deterioro social, laboral o de otras áreas importante.
- Se demuestra intoxicación, abstinencia o relación directa con el consumo de sustancias.

c) **Crisis de angustia:** aparición temporal o aislada de temor y malestar intensos, acompañados de cuatro o más síntomas de inicio brusco y expresión máxima en los primeros diez minutos:

- opresión o malestar torácicos
- sensación de ahogo o falta de aliento
- palpitaciones, sacudidas o taquicardia

- sudoración
- escalofríos o sofocos
- náuseas o molestias abdominales
- sensación de atragantamiento
- temblores o sacudidas
- parestesias
- inestabilidad, mareo o desmayo
- desrealización o despersonalización
- temor a perder el control o volverse loco
- temor a morir

d) Trastorno de angustia con agorafobia:

- Crisis de angustia inesperadas o recidivantes.
- Una de las crisis ha sido seguida, durante un mes, de preocupación por nuevas crisis.
- Ansiedad al encontrarse en lugares o en situaciones de donde puede resultar difícil escapar.

e) Trastorno de angustia sin agorafobia:

- Crisis de angustia inesperadas o recidivantes.
- Una de las crisis ha sido seguida, durante un mes, de preocupación por nuevas crisis.

f) Fobia social:

- Temor persistente a situaciones sociales en que el sujeto se ve expuesto a la evaluación de los demás.
- La situación temida provoca ansiedad.
- Reconoce la situación como irracional, pero evita las situaciones sociales o experimenta ansiedad intensa.
- La evitación, la anticipación o el malestar de la situación interfieren de manera importante en la vida del individuo.

g) Fobia específica:

- Temor acusado y persistente, excesivo o irracional.
- Se desencadena por la presencia o la anticipación de un objeto o de una situación específicos.
- La exposición al estímulo provoca casi de manera inevitable una crisis de angustia.

- Reconoce el temor como excesivo e irracional, pero evita la situación fóbica o la vive con un malestar intenso.

h) Agorafobia sin historia de angustia:

- Ansiedad al encontrarse en lugares o en situaciones de donde es difícil escapar.
- Se evitan las situaciones agorafóbicas o se resisten con gran malestar.
- Nunca ha cumplido criterios diagnósticos de trastorno de angustia.

i) Trastorno de ansiedad por separación:

- Ansiedad desproporcionada en relación al desarrollo del sujeto, en relación a la separación de su hogar o de las personas con quien está vinculado.
- Duración del trastorno de al menos cuatro semanas.
- Se inicia antes de los 18 años.
- La alteración provoca malestar o deterioro social importante y no se explica por otras patologías.

j) Trastorno obsesivo compulsivo:

- Obsesiones y compulsiones excesivas que se hacen para disminuir la ansiedad, el malestar o en prevención de un acontecimiento, sin conexión realista con el hecho que se debe prevenir.
- Representan una pérdida de tiempo de más de una hora al día, provocan malestar clínico significativo o interfieren de manera importante en la vida del individuo.

k) Trastorno por estrés postraumático:

- Se ha expuesto a un acontecimiento traumático.
- El acontecimiento se reexperimenta de manera persistente a través de recuerdos y/o sueños, con un gran malestar psicológico.
- Evita los estímulos asociados al trauma, con embotamiento de la respuesta general.
- Síntomas persistentes de hiperactivación: alteraciones del sueño, sobresalto, hipervigilancia.
- Duración superior a un mes, con deterioro sociolaboral.

l) Trastorno por estrés agudo:

- Se ha expuesto a un acontecimiento traumático.

- Durante o después del acontecimiento, presenta tres síntomas o más.
 - embotamiento, desapego, ausencia de reactividad emocional;
 - reducción del conocimiento de su entorno;
 - desrealización;
 - despersonalización;
 - amnesia disociativa.
- El acontecimiento se reexperimenta persistentemente.
- Síntomas acusados de ansiedad o hiperactivación y evitación de estímulos que recuerdan el trauma.
- Duración mínima de dos días y máxima de cuatro semanas, y aparecen en el primer mes.

m) Trastorno de ansiedad generalizada:

- Ansiedad y preocupación excesivas en relación a la probabilidad o el efecto del acontecimiento temido.
- Preocupación intensa y difícil de controlar.
- La preocupación se asocia a síntomas de tensión motora, hipersensibilidad autonómica o hiperactivación.
- Provocan malestar clínico significativo o deterioro social o laboral o de la vida del individuo.
- Dura más de seis meses.

n) Trastorno adaptativo con ansiedad:

- Síntomas emocionales y del comportamiento como respuesta a un estresante identificable en los tres meses siguientes a la actuación del estresante.
- Clínicamente presenta un malestar mayor del esperable; deterioro significativo de la actividad social o laboral.
- La alteración no cumple criterios de otro trastorno de ansiedad o trastornos mentales o físicos.
- No persiste más de seis meses al cesar el estresante.

10.3. Trastornos somatomorfos

Síntomas físicos inespecíficos que sugieren una enfermedad médica pero no se explican totalmente por la enfermedad médica.

Los síntomas provocan un estrés significativo o una disfunción social o laboral del paciente.

a) Trastorno de conversión:

- Uno o más síntomas afecta las funciones motoras voluntarias o sensoriales y no pueden explicarse por una enfermedad médica.
- Hay una relación temporal entre los factores psicológicos y el inicio o la exacerbación de los síntomas.
- El síntoma no está producido intencionadamente.
- El síntoma no se explica por los efectos directos de una sustancia, por el comportamiento o por la experiencia cultural normales.
- El síntoma provoca malestar significativo o deterioro laboral o social o de la vida del sujeto.
- No se limita a dolor o disfunción sexual, y no se explica por otro proceso.

b) Trastorno por dolor:

- Presencia de dolor que centra la atención médica.
- Provoca deterioro social, laboral o de la vida del individuo.
- Los factores psicológicos están asociados al inicio, la gravedad, la exacerbación o la persistencia.
- El dolor no se explica mejor por otra patología.

c) Hipocondría:

- Preocupación y temor a contraer una enfermedad grave o convicción de padecerla.
- La preocupación no es de tipo delirante y provoca un deterioro importante en alguna área del individuo.
- Duración de más de seis meses.
- No aparece en el curso de otro trastorno.

d) Trastorno dismórfico corporal:

- Preocupación excesiva del individuo por algún defecto físico cuando hay leves anomalías físicas.
- Provoca un deterioro importante en alguna área de actividad del individuo.
- No se explica mejor por otro trastorno mental.

e) Trastorno de somatización:

- Presencia de ocho síntomas físicos o más que no puedan explicarse por un cuadro médico.

- Inicio antes de los 30 años.
- El cuadro dura varios años y obliga a buscar atención médica.
- Provoca un deterioro importante en alguna área de actividad del individuo.
- No se explica mejor por otro trastorno mental.

f) Simulación:

- Producción intencionada de síntomas físicos o psicológicos desproporcionados o falsos, motivados por incentivos externos.

g) Trastorno ficticio:

- Fingimiento o producción intencionada de signos o síntomas físicos o psicológicos con la intención de asumir el papel de enfermo.
- Ausencia de incentivo externo.

10.4. Trastornos disociativos

Consiste en una alteración de las funciones integradoras de la conciencia, la identidad, la memoria y la percepción del entorno que no se deben a una enfermedad médica o al abuso de sustancias.

En la mayoría de las ocasiones se asocian a un acontecimiento estresante.

a) *Amnesia disociativa:*

- Incapacidad para recordar información personal importante, generalmente de naturaleza traumática o estresante.
- No puede explicarse desde el olvido ordinario.
- Provoca un deterioro importante en alguna área de actividad del individuo.
- No se debe a una enfermedad médica ni al abuso de sustancias.

b) *Fuga disociativa:*

- Viajes repentinos e inesperados lejos del hogar o del puesto de trabajo, con incapacidad para recordar información personal importante.
- Confusión sobre la identidad personal o asunción de una nueva identidad.
- Provoca un deterioro importante en alguna área de actividad del individuo.
- No se debe a una enfermedad médica ni al abuso de sustancias.

c) *Trastorno de identidad disociativo:*

- Dos o más identidades o estados de personalidad.
- Al menos dos de ellas controlan el comportamiento del individuo de modo recurrente.
- Incapacidad para recordar información personal importante,
- No puede explicarse desde el olvido ordinario.

d) *Trastorno de despersonalización:*

- Episodios persistentes o recidivantes de distanciamiento; ser observador externo de los propios procesos mentales o del cuerpo.
- El sentido de la realidad permanece intacto.
- Provoca un deterioro importante en alguna área de actividad del individuo.
- No se debe a una enfermedad médica ni al abuso de sustancias.
- No se explica mejor por otro trastorno mental.

10.5. Aclaración de términos

Desrealización: alteración de la percepción o experiencia del mundo exterior haciendo que parezca extraño o irreal.

Despersonalización: alteración de la percepción o experiencia de uno mismo en la que uno siente distanciamiento o que es un observador externo de los propios procesos mentales o del cuerpo.

Obsesiones: pensamientos, impulsos o imágenes recurrentes que causan ansiedad o malestar significativos, que se experimentan como intrusos, no se reducen a simples preocupaciones excesivas sobre problemas de la vida real y no se relacionan con otro trastorno mental.

Compulsiones: comportamientos u operaciones mentales que se llevan a cabo como respuesta a una obsesión o según ciertas reglas que deben seguirse estrictamente. Estos comportamientos son excesivos y se manifiestan para disminuir la ansiedad o el malestar o para prevenir algún acontecimiento negativo, pero no están conectados de manera realista con lo que se pretende prevenir.

10.6. ¿Qué hacer en la atención primaria?

- Identificar los casos de trastornos neuróticos que acuden a la consulta.
- Descartar las patologías orgánicas o los tóxicos.
- Tratar los casos que no cumplen los criterios de derivación a las USM.

10.7. Criterios de derivación a las USM

- Trastorno obsesivo compulsivo (TOC).
- Trastornos disociativos.
- Trastornos dismórficos.
- Presencia de ideas de suicidio.
- Falta de respuesta al tratamiento adecuado.
- Presencia de trastorno de personalidad asociado.
- Presencia de síntomas psicóticos.

10.8. Orientación terapéutica de los trastornos somatomorfos

Siempre que los síntomas no sean suficientemente graves como para provocar un estrés significativo o un deterioro social, ocupacional o de otra función del paciente, el abordaje inicial del tratamiento debe hacerse en la atención primaria.

El médico de familia, apoyado adecuadamente por la USM, es el mejor agente terapéutico para este tipo de casos. Las USM quedan abiertas a que en algún momento se les puedan derivarse estos pacientes para asegurar el diagnóstico o atenderlos en crisis agudas.

En la relación con este tipo de pacientes a lo largo del tiempo, vale la pena que el médico de familia les transmita una serie de ideas básicas que se especifican a continuación:

- Ciertamente, las preocupaciones provocan siempre síntomas físicos.
- El objetivo del tratamiento es poder vivir lo mejor posible aun si los síntomas persisten: «Puede que yo no le solucione el problema, pero al menos le ayudaré a que no se haga o le hagan más daño y le ayudaré en la crisis».
- Plantearnos y plantear al paciente que, para que el tratamiento sea eficaz, va a durar años y que no habrá mejorías rápidas ni «milagrosas», sino paulatinas y con recaídas.
- Acoger los síntomas físicos y la preocupación que producen.
- Preguntar al paciente qué cree que le provoca los síntomas, y apoyarle adecuadamente.
- Estar atento a los sucesos biográficos de la vida del paciente, tanto para prevenir recaídas como para poder conectar ese suceso y un eventual empeoramiento (o mejoría).
- Fomentar la actividad física y de tiempo libre.
- Evitar pruebas diagnósticas innecesarias y derivaciones a especialistas o nuevas prescripciones farmacológicas para cada nuevo síntoma.
- Recordar que el tratamiento debe ser sintomático e individualizado; tener en cuenta que en determinados cuadros psicopatológicos —incluso graves y crónicos— los psicofármacos no son eficaces o incluso pueden resultar yatrogénicos (trastorno por conversión, trastorno por somatización, etc.).

11. Trastornos infanto-juveniles

11.1. Clasificación de los trastornos mentales en la infancia y en la adolescencia (CIE-10)

a) *Trastornos generalizados del desarrollo (TGD)*

Alteraciones cualitativas en la interacción social recíproca y en las formas de comunicación, con un repertorio repetitivo, estereotipado y restringido de intereses y actividades.

- Autismo infantil: trastorno global del desarrollo definido por la presencia de un desarrollo alterado o anormal que se manifiesta antes de los tres años y por un tipo característico de comportamiento anormal que afecta a la interacción social, a la comunicación (retraso en el lenguaje) y a la presencia de actividades repetitivas y restringidas.
- Síndrome de Asperger: mismo tipo de déficit cualitativo en la interacción social recíproca propia del autismo, intereses restringidos, estereotipias. A diferencia del autismo, no hay déficits del lenguaje.

b) *Trastorno del comportamiento y emociones:*

- Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH).
- Trastorno disocial: implica un comportamiento agresivo y desafiante de forma duradera, con violaciones de las normas desproporcionadas a la edad del niño.
- Trastorno disocial desafiante oposicionista (= trastorno negativista desafiante del DSM-IV-R): niños de menos de diez años con comportamiento marcadamente desafiante, hostil, desobediente y provocador, sin comportamientos agresivos o conductas delictivas que violen la ley.
- Trastornos del comportamiento social (mutismo selectivo, trastornos de la vinculación).
- Encopresis no orgánicas +/- alteraciones comportamentales asociadas.
- Trastorno de la conducta alimentaria en la infancia. Se diagnostica solamente cuando el grado supera claramente el rango de la normalidad, si las características de la alimentación son cualitativamente anormales o si el niño no gana o pierde peso en un periodo de al menos un mes.
- Trastornos de movimientos estereotipados.

c) *Trastornos psicóticos:*

- Esquizofrenia de inicio precoz o muy precoz.

d) *Trastornos afectivos:*

- Trastorno depresivo.
- Debut del trastorno bipolar.

e) *Trastornos de ansiedad:*

- Ansiedad de separación.
- Ansiedad fóbica.
- Ansiedad social.
- Trastorno de ansiedad generalizada.
- Síntomas obsesivos, TOC.
- Trastornos somatomorfos.
- Trastorno de estrés postraumático.

f) *Trastorno de conducta alimentaria en adolescentes (seguir el protocolo de la UTCA).*

g) *Trastornos de la identidad sexual.*

h) *Rasgos de la personalidad que puedan prever un futuro trastorno.*

11.2. ¿Qué hacer en la atención primaria?

- Detección de posible patología mental en niños y adolescentes (0-18 años) basándose en los factores de riesgo y en las señales de alarma (véase el anexo I).
- Es importante conocer el desarrollo emocional normal para diferenciar lo normal de lo patológico y así, en algunos casos, poder tranquilizar a los padres (véase el anexo II).
- Los casos derivados desde el colegio (equipos de orientación psicopedagógica), deben valorarlos previamente dichos profesionales y tienen que adjuntar pruebas psicométricas básicas (WISC-R, tests proyectivos...) y el informe descriptivo del caso.

11.3. ¿Cuándo debe ser derivado un niño o un adolescente a la USMIJ?

Un paciente debe ser derivado cuando presente dos o más factores de riesgo conjuntamente con dos o más señales de alarma (anexo I).

Hay que tener en cuenta las situaciones agravantes —como los antecedentes familiares de enfermedad psiquiátrica o un ambiente familiar desestructurado— y la gravedad de la señal de alarma según la edad cronológica del niño.

ANEXO I

Factores de riesgo para todas las edades

1. Circunstancias que rodean la concepción y el embarazo:

1. Madre adolescente.
2. Hijo no aceptado durante todo el embarazo.
3. Embarazo de riesgo alto.

2. Circunstancias perinatales:

4. Prematuridad.
5. Sufrimiento fetal.
6. Recién nacido con malformaciones.
7. Separación prolongada de la madre y el niño.
8. Hospitalizaciones prolongadas.

3. Enfermedades crónicas:

9. Asma, obesidad, diabetes, déficits sensoriales, neoplasias, SIDA.
10. Enfermedades metabólicas que crean déficits a los niños.
11. Secuelas de enfermedades agudas del sistema nervioso central.

4. Situaciones ambientales y familiares que provocan estrés:

12. Muerte del padre, de la madre o de un hermano.
13. Separación traumática de los padres.
14. Hospitalizaciones prolongadas del paciente.
15. Hospitalizaciones prolongadas del padre o de la madre.
16. Emigraciones.
- 16 bis. Adopciones.
17. Situaciones económicas muy desfavorecidas.
18. Cambios escolares y ambientales frecuentes.
19. Maltrato físico y abuso sexual en la familia.

5. Características de los padres:

20. Antecedentes de trastorno psicopatológico grave en uno de los progenitores o en ambos.
21. Padres con enfermedades crónicas graves.
22. Desestructuración familiar. Conflictos crónicos graves en la pareja.
23. Familias monoparentales.
24. Padres con aptitud parental baja: muy jóvenes o muy mayores, con infancias difíciles, abandonónicos, maltratadores...

6. Características temperamentales del niño:

25. Niño con temperamentos difíciles desde bebé:
 - Niño difícil y problemático desde las primeras semanas, especialmente si ha nacido en un ambiente familiar patológico o conflictivo.
 - Niño con tendencia a la tristeza y a los estallidos de rabia.

- Niño con alteraciones en el ritmo del sueño, en la alimentación, en la eliminación.
 - Niño con dificultades para adaptarse a situaciones nuevas.
 - Niño con retraimiento e inhibición social.
26. Niño después del primer año de vida:
- Reacciones exageradas de ansiedad en situaciones nuevas; inhibe su conducta, se agarra exageradamente a la madre.

Señales de alarma en el recién nacido, en el lactante y en el niño en edad preescolar

1. Trastorno de la alimentación y de la deglución:

27. Inapetencia grave y prolongada.
28. Rechazo de alimentos sólidos después de los 6-8 meses.
29. Vómitos de origen funcional repetitivos como expresión de las emociones.
30. Mericismo y pica.
31. Trastornos digestivos de origen funcional repetitivos: estreñimiento, diarreas.

2. Trastornos del sueño:

32. A partir de los 30 meses, miedo a dormir.
33. Importantes y prolongadas dificultades de separación a la hora de irse a dormir.
34. Pesadillas casi todos los días durante un mes.
35. Insomnio prolongado, acompañado de apatía, rechazo al contacto social o sin reclamar atención durante largos periodos de tiempo.
36. Hipersomnia.

3. Trastornos del comportamiento:

37. Crisis de cólera frecuentes.
38. Conductas agresivas.
39. Oposición y negativismo.
40. Tolerancia baja a la frustración.

Estos trastornos deben considerarse cuando se presenten en niños que, por su edad cronológica, deberían haber alcanzado un control mayor, o cuando sean de aparición frecuente, intensa y desborden la capacidad de control de los padres.

4. Miedos y dificultades en las relaciones:

41. Miedos intensos y persistentes a la oscuridad, a los animales, a las personas desconocidas.
42. Rechazo al contacto social; timidez exagerada.
43. Problemas en la relación con otros niños, agresividad excesiva, aislamiento.

Estos trastornos deben ser valorados a partir de los 2-3 años de edad.

5. Trastornos graves de la relación:

44. Ausencia de contacto visual.
45. Ausencia de sonrisa o sonrisa muy infrecuente.
46. Conductas autoagresivas.
47. Lenguaje con aspectos peculiares: ecolalia, no utilización del propio nombre, no utilización del pronombre yo, verborrea...

48. Falta de adecuación a los estímulos sociales: ausencia de contactos interpersonales o, por el contrario, vinculación excesiva.

6. Trastornos en el juego:

49. Inhibición del juego, niño que no juega. Niño que no se interesa por los juguetes o los utiliza de una manera estereotipada o inadecuada.

50. Ausencia del juego simbólico más allá de los 3 años de edad.

7. Retrasos del desarrollo psicomotor, del desarrollo cognitivo y del lenguaje.

Señales de alarma en el niño en edad escolar

1. Dificultades de rendimiento escolar:

- 51. Descenso significativo del rendimiento.
- 52. Bloqueo en el rendimiento no explicable por causas pedagógicas.
- 53. Importantes dificultades de atención y/o concentración.
- 54. Olvida lo aprendido.
- 55. Signos de posible retraso intelectual.

Estos problemas deben ser, primero, abordados y evaluados por los equipos psicopedagógicos y, posteriormente, ser remitidos adjuntando las pruebas hechas.

2. Trastornos en la comunicación y en la relación:

- 56. Aislamiento e inhibición social importante.
- 57. Desconexiones de la realidad; lenguaje incoherente; verborrea.
- 58. Mutismo total o selectivo.

3. Manifestaciones somáticas:

- 59. Alteraciones de la alimentación.
- 60. Alteraciones del sueño.
- 61. Alteraciones del control de los esfínteres.
- 62. Tics.
- 63. Dolores psicósomáticos frecuentes.
- 64. Alopecia.
- 65. Vómitos y náuseas frecuentes sin causa orgánica.

4. Trastornos de la conducta:

- 66. Impulsividad, oposicionismo, rabietas, conductas rebeldes.
- 67. Mentiras muy frecuentes.
- 68. Rechazo frecuente y grave de las normas escolares y familiares.
- 69. Comportamientos delictivos: robos, agresiones, conductas destructivas.
- 70. Hiperactividad excesiva.

5. Trastornos de ansiedad:

- 71. Presencia de rituales compulsivos.
- 72. Angustia de separación.
- 73. Fobias.

6. Trastornos del estado de ánimo:

- 74. Tristeza, irritabilidad.
- 75. Sentimientos de culpa excesivos.
- 76. Falta de interés por cualquier actividad.
- 77. Pensamiento lentificado.
- 78. Inquietud o retardo psicomotor.
- 79. Ideas de suicidio o ideas persistentes sobre la muerte.
- 80. Estados maníacos.

Señales de alarma en el púber y en el adolescente

1. Trastornos psicóticos:

81. Delirios, alucinaciones.
82. Verbalizaciones extrañas, inusuales, ideas chocantes, conductas extravagantes.
83. Interés morboso y absorbente por cuestiones abstractas, filosóficas, religiosas, políticas...
84. Deterioro marcado del funcionamiento personal, social, familiar y académico.
85. Retraimiento, pasividad, introversión excesivos.
86. Aislamiento social: falta de amigos íntimos, evitación de actividades de grupo o relacionales.

2. Trastornos afectivos:

87. Malhumor, irritabilidad, tristeza, apatía, aburrimiento, pesimismo, agresividad.
88. Euforia, verborrea, desinhibición excesivas.
89. Reducción del campo de interés y de las actividades.
90. Merma del rendimiento académico habitual.
91. Sentimientos de minusvalía, indefensión, autodesprecio y autoodio. Culpabilización.
92. Ideas de muerte y/o suicidio.
93. Somnolencia o insomnio excesivos.
94. Adelgazamiento, pérdida de apetito.
95. Quejas somáticas.

3. Trastorno de ansiedad:

96. Miedos excesivos e injustificados.
97. Quejas somáticas.
98. Vinculación o apego familiar excesivos.
99. Retraso y evitación de situaciones no familiares (escuela, trabajo de equipo, relaciones sociales).
100. Preocupación excesiva por la limpieza, por el orden, por la simetría, por las infecciones, por las enfermedades...
101. Rituales y manías absurdos, comprobaciones innecesarias.
102. Perfeccionismo y preocupación excesiva por el rendimiento académico, por los resultados, por las competencias, por las habilidades...
103. Trastornos conversivos: síntomas que sugieren o imitan una enfermedad orgánica sin ser producidos intencionalmente, pero sí asociados a factores psicológicos —como la ansiedad o los conflictos—, lo cual provoca malestar general e inhibición laboral, académica o social.

4. Trastornos de la conducta:

- 104. Absentismo escolar frecuente.
- 105. Desobediencia sistemática.
- 106. Conductas de desafío, provocación y enfrentamiento.
- 107. Agresiones físicas.
- 108. Hurtos.
- 109. Mentiras habituales.
- 110. Conductas sexuales inadecuadas para la edad.
- 111. Crueldad con los animales.
- 112. Consumo de tóxicos.

ANEXO II

Desarrollo emocional normal del niño

En el desarrollo emocional del niño se pueden presentar ciertas conductas que nos hagan sospechar que padece algún tipo de patología y que en realidad se trate de un proceso dentro de la normalidad. En estos casos la actitud inicial que hay que tomar en la atención primaria es tranquilizar a los padres explicándoles que este tipo de problemas son benignos y transitorios.

A continuación se exponen las conductas que más a menudo nos encontramos en la consulta:

- **8º mes (entre los 6 y 12 meses): miedo a las personas extrañas**
Reacciones de miedo y llanto ante personas que no son del entorno familiar más directo.
- **1-2 años: fase de anorexia**
Desinterés por la alimentación, coincidente con la aparición de nuevos estímulos que atraen más su atención.
- **Entre 1-3 años: ansiedad de separación**
El niño llora y tiene miedo cuando la madre se va, debido al temor de no volver a verla. Coincide con la incorporación de la madre al trabajo, el inicio en la guardería o en el colegio...
- **1-4 años: rabietas**, conductas de **oposicionismo** y **negativismo** como forma de reafirmación de la personalidad.
- **2-4 años:** periodo en que aparecen **miedos** con más frecuencia.
- **3-6 años: masturbación** y conductas exploratorias de **autoestimulación**.
- **3-7 años: sonambulismo, terrores nocturnos** (primera mitad de la noche = sueño profundo) y **pesadillas** (segunda mitad). En el niño suelen ser transitorios y desaparecen generalmente en la adolescencia.
- **0-7 años: periodo de control de esfínteres**
El diagnóstico de enuresis solamente puede hacerse a partir de los 7 años.
- **7-9 años: preguntas y preocupación sobre la muerte**, con temor al fallecimiento de los padres.
- **7-9 años:** ciertos **rituales obsesivos**.
- **Adolescencia:** caracterizada por la **rebeldía**, el **oposicionismo**, los cambios frecuentes de humor, la ansiedad, la búsqueda de la identidad personal, que se resuelven con el tiempo.

12. Niveles de intervención asistencial en los trastornos de la conducta alimentaria

- **Primer nivel de atención: medico de familia y/o pediatra**

- 1) Anamnesis.
- 2) Exploración física.
- 3) Pruebas complementarias.
- 4) Diagnóstico diferencial.

Debe derivarse a:

- a) Urgencias de medicina interna del hospital del sector en estos casos:
 - graves desequilibrios hidropónicos (sobre todo potasio)
 - desnutrición severa
 - complicaciones orgánicas, etc.

Una vez estabilizado el cuadro, el caso debe pasar —si procede— a la Unidad de Trastornos de Conducta Alimentaria (UTCA, tel. 971 17 53 55).

- b) Urgencias de psiquiatría del hospital correspondiente en estos casos:
 - riesgo de suicidio à depresión , trastorno afectivo
 - trastorno de la personalidad grave descompensado
 - psicosis
 - TOC

Una vez estabilizado el cuadro, el caso debe pasar a la UTCA, si procede.

- c) UTCA si presenta criterios de ingreso.
- d) Unidad de salud mental correspondiente si presenta el perfil apropiado.

- **Segundo nivel asistencial: USM**

Perfil de pacientes susceptibles de ser tratados en las USM:

- Trastornos atípicos de la conducta alimentaria.
- IMC > 17,5
- Sin alteraciones orgánicas significativas.
- Conciencia parcial de la enfermedad y buena aceptación del tratamiento.

- Paciente con un soporte familiar adecuado.
- Sin conductas compulsivas bulímicas y/o purgativas graves o persistentes (más de dos atracones y vómitos por día).
- Responde al tratamiento en la USM.
- Seguimientos tras el alta de la UTCA.

Una vez superada la fase aguda del trastorno de la conducta alimentaria, la USM asumirá el tratamiento de la comorbilidad psiquiátrica y/o psicológica (duelos, depresiones, abusos sexuales, etc.).

Cualquier derivación a la UTCA debe hacerse mediante un parte de interconsulta cumplimentado debidamente.

Para pedir cita hay que llamar al CPV El Carmen (tel. 971 175 725).

Se recomienda:

- Una persona referente para casos de trastornos de conducta alimentaria en cada USM.
- Programas específicos conjuntos (educación nutricional, imagen corporal, etc.).
- Coordinación y formación.
- Potenciar el papel de la enfermería de las USM en el control y el seguimiento de las personas con un trastorno de la conducta alimentaria.

- **Tercer nivel de intervención: unidad de trastornos de la conducta alimentaria del Hospital Universitario Son Dureta**

Criterios de hospitalización para pacientes con un trastorno de la conducta alimentaria:

- Pacientes con el IMC inferior a 17,5.
- Pacientes con descompensaciones electrolíticas graves.
- Pacientes con poco apoyo familiar y/o social o casos en que la dinámica familiar esté muy alterada.
- Pacientes que presentan una negación severa de la enfermedad y, por tanto, motivación nula al tratamiento.
- Pacientes con conductas purgativas y sobreingestas severas.
- Fracaso en el tratamiento ambulatorio.

Criterios para tratar los trastornos de la conducta alimentaria en el hospital de día:

- Pacientes con una consciencia mínima de la enfermedad y el IMC no inferior a 17 y que no respondan al tratamiento ambulatorio.
- Pacientes con conductas compensatorias y purgativas que respondan parcialmente al tratamiento ambulatorio.
- Pacientes con un patrón alimentario y un peso inestables que procedan de un ingreso hospitalario.

13. Tablas de psicofármacos

<i>Antidepresivos</i>	<i>Dosis de inicio (mg/día)</i>	<i>Dosis habitual (mg/día)</i>	<i>Sedación</i>
<i>Antidepresivos tricíclicos</i>			
Amitriptilina	50-75	75-300	+++
Clomipramida	25-50	100-250	++
Dotiepina	75	150-225	+
Doxepina	25-75	75-300	+++
Imipramina	25-50	100-300	++
Nortriptilina	30-50	50-200	+
Trimipramina	50-75	100-300	+++
<i>Antidepresivos heterocíclicos</i>			
Maprotilina	25-50	100-225	++
Mianserina	20-30	30-90	+++
Mirtazapina	15-30	15-45	++
Trazodona	100-150	150-500	+++
<i>Inhibidores selectivos de recaptación de aminas</i>			
Citalopram	20	20-60	0
Duloxetina	30	30-60	0
Escitalopram	10	10-20	0
Fluoxetina	20	20-80	0
Fluvoxamina	50-100	50-300	++
Paroxetina	20	20-60	+
Reboxetina	4	4-12	0
Sertralina	50-100	50-200	0
Venlafaxina	75-150	150-300	+
<i>IMAO</i>			
Moclobemida	150-300	300-600	0
Fenelzina	45	45-90	0
Nialamida	100	150-200	0
Tranilcipromina	10-20	30-50	0

+ à leve
 ++ à moderada
 +++ à intensa

Benzodiazepinas	Dosis media (mg/día)	Dosis máxima recomendada (mg/día)
Acción intermedia/larga		
Bromazepam	3-9	18
Clobazam	10-20	40
Clorazepato dipotásico	10-50	200
Clordiazepóxido	12-60	100
Diazepam	10-30	3 mg/kg
Flunitrazepam	0,5-2	4
Flurazepam	15-30	30
Halazepam	20-40	160
Ketazolam	15-45	90
Pinazepam	5-20	20
Quazepam	7,5-15	15
Acción corta/intermedia		
Alprazolam	0,5-6	10
Benzazepam	25-75	75
Brotizolam	0,25-0,50	0,50
Clotiazepam	5	15
Loprazolam	1-2	2
Lorazepam	2-6	10
Lormetazepam	1-2	2
Oxazepam	10-30	180
Acción ultracorta		
Midazolam	7,5	7,5
Triazolam	0,125-0,250	0,250

Otros ansiolíticos e hipnóticos no barbitúricos	Dosis media (mg/día)	Dosis máxima recomendada (mg/día)
Buspirona	20-30	60
Zaleplon	5-10	10
Zolpidem	5-10	10
Zopiclona	7,5	7,5

Antipsicóticos	Dosis de inicio (mg/día)	Dosis habitual (mg/día)	Sedación
Fenotiazinas			
Clorpromazina	100-200	1.500	+++
Flufenazina	12,5 mg/mes	125 mg/mes	+
Levopromazina	10-25	300	+++
Perfenazina	12-16	24	++
Periciazina	15-30	75	++
Pipotiazina	10-20		+++
Tiopropazina	15-30	40	+
Tioridazina	150-600	800	+++
Trifluoperazina	4-10	20	+
Análogos de las fenotiazinas			
Clotiapina	40-80	200	+++
Clozapina	50-100	600	+++
Loxapina	20	250	+++
Olanzapina	5-10	20	++
Quetiapina	25-50	750	++
Ziprasidona	80	160	++/+++
Tioxantenos			
Tiotixeno	10	30	+/++
Zuclopentixol	20-50	150	+++
Butirofenonas			
Haloperidol	2-15	50	+
Trifluoperidol	0,5	8	+
Derivados butirofenónicos			
Pimozida	1-2	20	+
Risperidona	2	12	+
Benzamidas			
Amisulprida	400-800	1.200	+
Sulpirida	600-800	1.600	+
Tiaprida	150-300	800	+

+ à leve
 ++ à moderada
 +++ à intensa

Otros	Dosis media (mg/día)	Dosis máxima recomendada (mg/día)
Litio	400-800	2400*

* Monitorizar la litemia. Rango terapéutico: 0,6-1,2 mEq/ml.

14. Coordinación entre la atención primaria y las USM

Uno de los objetivos que se fijó el Grupo de Trabajo fue establecer vías de coordinación entre la Atención Primaria y la Salud Mental que permitieran una dinámica lo más fluida posible entre los profesionales de los centros de salud y los de las unidades de salud mental. Durante los meses en que se ha trabajado, ha sido unánime el criterio sobre la importancia de que haya la coordinación adecuada en esa materia. Con ese fin se creará la Comisión de Coordinación entre la Atención Primaria y las USM una vez presentada esta Guía. Esta Comisión será representativa de los centros de salud y de las unidades de salud mental, y estará formada por un número adecuado de personas que no impida su operatividad.

Entre otras, las funciones de la Comisión serán:

- Dar a conocer este documento en los centros de salud, en forma de exposición y en forma de talleres prácticos.
- Supervisar de manera dinámica la implantación de las propuestas recogidas en este documento y adaptarlas sobre la marcha a las necesidades y a los problemas que surjan.
- Fomentar las reuniones entre las USM y los centros de salud, ya que ambas partes las consideran un instrumento muy práctico.

La implantación de la Estrategia en salud mental de las Illes Balears hace previsible el incremento del número de USM como respuesta al crecimiento de la demanda. La detección de necesidades o carencias concretas y la propuesta de creación de unidades específicas es otra de las misiones de la Comisión. En este sentido, cabe señalar que el Grupo de Trabajo ha propuesto que se creen unidades específicas para abordar las disfunciones sexuales, determinadas adicciones y la terapia familiar.

15. Algunas páginas web de interés

- Guía de Asociaciones de Salud y Grupos de Ayuda Mutua
<http://portalsalut.caib.es/psalutfront/info?id=5021>
- Estrategia de salud mental de las Illes Balears
<http://portalsalut.caib.es/psalutfront/info?id=22043>
- Guía de recursos y situación de la Red de Salud Mental de las Illes Balears
<http://ib-salut.caib.es/saludmental.es.pdf>
- Protocolo de actuaciones para la asistencia sanitaria involuntaria de los enfermos mentales en las Illes Balears
www.caib.es/fitxer/get?codi=108133
- Centro de Respuesta Inmediata sobre Drogodependencia y Adicciones (CRIDA)
<http://portalsalut.caib.es/psalutfront/info?id=2263>

16. Referencias bibliográficas

- CHINCHILLA MORENO, Alfonso. *Tratamientos psicofarmacológicos en psiquiatría*. Barcelona: Viking, 1989.
- *Clasificación multiaxial de los trastornos mentales psiquiátricos en niños y adolescentes. Clasificación de la CIE-10 de los trastornos mentales y del comportamiento en niños y adolescentes*. Madrid: Ed. Médica Panamericana, 2001.
- DSM-IV-TR *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales IV*. (1ª edición, texto revisado) American Psychiatric Association/ First, M.B. / Frances, A. / Pincus, H.A. (ed.). Barcelona: Masson, 2003.
- HIDALGO, Isabel; SANTOS, J. Luis (ed.). *Recomendaciones para el diagnóstico y tratamiento de los trastornos mentales en atención primaria*. Barcelona: Grupo Ars XXI de Comunicación, 2005.
- KAPLAN H. I. / SADOCK, B. J. (ed.). *Tratado de psiquiatría*. Buenos Aires: Inter-Médica S.A.I.C.I., 1997.
- MOLINA MARTÍN, J. D.; ANDRADE ROSA, C. *Psiquiatría de cabecera: manual para la práctica psiquiátrica en atención primaria*. Madrid: Grupo Aula Médica, 2003.
- ROCA BENNÁSAR, M. [et al.]. *Trastornos del humor*. Madrid: Editorial Médica Panamericana, 2000.
- THE AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. «Farmacología clínica de las benzodiacepinas». En: *Informe del Grupo de Trabajo de la American Psychiatric Association. Benzodiacepinas: dependencia, toxicidad y abuso*. Barcelona: EDIDE, 1994.
- TIZÓN, Jorge L. [et al.]. *Protocolos y programas elementales para la atención primaria en salud mental. Volumen II: atención a la infancia*. Barcelona: Herder, 1997.
- VÁZQUEZ-BARQUERO J.L. *Psiquiatría en atención primaria*. Madrid: Grupo Aula Médica, 1998.
- VILLA ALCÁZAR, L.F. (ed.). *MEDIMECUM: Guía de terapia farmacológica 2006*. Madrid: Adis International, 2006.