

HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ
Departamento de Apoyo al Tratamiento – Servicio de Psicología

MINISTERIO DE SALUD

HOSPITAL “CARLOS LANFRANCO LA HOZ”

SERVICIO DE PSICOLOGIA

GUÍA DE PRACTICAS CLINICAS

PUENTE PIEDRA -2024
LIMA – PERU



HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ
Departamento de Apoyo al Tratamiento – Servicio de Psicología

HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ

DIRECTOR EJECUTIVO

MC WILLY GABRIEL DE LA CRUZ LOPEZ

DIRECTOR ADMINISTRATIVO

ECON. LUIS ENRIQUE RONQUILLO SOTO

SERVICIO PSICOLOGIA

PERSONAL PSICOLOGO ASISTENCIAL

Psic. Carmen Urbina Meza
Psic. Luis Lazo Pacheco
Psic. David Nongrados Córdova
Psic. Yanet Barreto Gavidia
Psic. Gaby Manco Hernández
Psic. Luz Guevara Flores
Psic. Elizabeth Tufiño Blas
Psic. Edilberta Jiménez Reyes
Psic. Yesica Palacios Arroni
Psic. Patricia Vásquez Revilla
Psic. Lagos Cárdenas Jhudyt
Psic. Alicia Chávez Pineda
Psic. Lilian Camacho Carrión
Psic. Jhocelynn Mateo Marcelo
Psic. Jesus Tello Sulca
Psic. Kellyn Lopez Ochante.



HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ
Departamento de Apoyo al Tratamiento – Servicio de Psicología

INDICE

NOMBRE	Pag.
I.- GUÍA DE PRACTICA CLÍNICA PARA DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE SÍNDROME DE MALTRATO -----	4
II.- GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL CONSUMO SUSTANCIA PSICOACTIVA--	33
III.- GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE CONDUCTA SUICIDA -----	72
IV.- GUÍA DE PRACTICA CLÍNICA PARA DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE TRASTORNO DEPRESIVO -----	114
V.- GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DEL TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD-----	154
VI.- GUÍA DE PRACTICA CLINICA PARA EL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE TRASTORNOS DE ADAPTACION -----	202
VII.- GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL ABORDAJE TEMPRANO Y MANEJO DE LA ESQUIZOFRÉNIA EN ADULTOS -----	248
VIII.- GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE TRASTORNOS ESPECIFICOS DEL DESARROLLO DE LAS HABILIDADES ESCOLARES-----	292
IX.- GUÍA DE PRACTICA CLÍNICA PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL TRASTORNO DE DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD -----	3144
X.- GUÍA DE PRACTICA CLINICA PARA DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD -----	3455
XI.- GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE TRASTORNO MIXTO DE ANSIEDAD Y DEPRESION-----	3822
XII.- GUÍA DE PRACTICA CLÍNICA PARA DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO TRASTORNO DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA-----	4388
XIII.-GUÍA DE PRACTICA CLÍNICA PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL TRASTORNO DEL ESPECTROAUTISTA EN NIÑOS Y ADOLESCENTES-----	4844
XIV.- GUIA DE PRACTICA CLINICA PARA EL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE RETARDO MENTAL.....	515



I.- GUÍA DE PRACTICA CLÍNICA PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL TICO Y TRATAMIENTO DE SÍNDROME DE MALTRATO

I. FINALIDAD:

Mejorar la atención de los pacientes que acuden al servicio de psicología en consulta externa del Hospital Carlos Lanfranco la hoz.

II. OBJETIVO:

Brindar lineamientos que orienten los procesos de atención y aseguren una adecuada respuesta a las necesidades de las personas expuestas a la Violencia, que acuden a los servicios del Servicio de psicología del Hospital Carlos Lanfranco la hoz, asegurando la calidad, pertinencia cultural y de género de la atención que se brinde.

III. ÁMBITO DE APLICACIÓN:

Servicio de Psicología consultorios externos.

IV. NOMBRE Y CÓDIGO:

Síndrome de maltrato CIE 10: T74

V. CONSIDERACIONES GENERALES:

5.1. DEFINICIÓN:

Toda persona (niño/a o adulto/a), de sexo femenino o masculino, que presenté lesiones físicas, sexuales y psicológicas que sean compatibles con el síndrome de maltrato producido por la violencia intrafamiliar (según CIE 10) u otras formas de violencia en distintos escenarios.

5.2. ETIOLOGÍA:

La Organización Mundial de la Salud refiere que la violencia es utilizar la fuerza tanto física como el poder, ya sea con amenazas o haciendo uso del cuerpo hacia otra persona, personas o contra uno mismo y por otro lado hacía una comunidad, que pueda causar o que tenga mucha probabilidad de causar daño, lesiones, que a la larga puedan ser motivo de daños psicológicos y/o trastornos.

Denominamos violencia intrafamiliar a toda acción u omisión protagonizada por los miembros que conforman el grupo familiar (por afinidad, sangre o



afiliación) y que transforma en maltratantes las relaciones entre ellos, causando daño físico, emocional, sexual, económico o social a uno o varios de ellos. Comprende las agresiones que ocurren dentro de una unidad familiar o doméstica, siendo esta: maltrato infantil, violencia contra la pareja o contra los adultos mayores, contra los hermanos, o contra las demás personas que formen parte de dicha unidad.

5.3. FISIOPATOLOGÍA:

El síndrome de la persona maltratada carece de fisiopatología física pero cursa con síntomas que conducen a un auténtico deterioro de su salud física y psicológica, bloqueando el desarrollo de una vida normal, con una calidad vital mermada, y una esperanza de vida disminuida en varios años. Cada persona maltratada presenta unas características propias y no es posible elaborar un perfil único: existe el maltrato en todas las esferas sociales o de formación. Sin embargo, sí que existen una serie de características que son comunes en las víctimas:

- La mitad de las víctimas presenta datos biográficos de maltrato infantil con episodios depresivos anteriores al abuso.
- Las mujeres maltratadas presentan una fuerte tendencia a buscar relaciones en las que el hombre se sitúa por encima de ellas y actúa de manera patriarcal.
- La mayoría de las mujeres maltratadas sufre un trastorno de depresión, que se traduce en sensación de falta de esperanza, respuestas emocionales limitadas, altos niveles de autocrítica, estrategias ineficaces para resolver los problemas de la vida diaria.
- El maltrato continuado puede generar en la víctima un proceso patológico que presenta rasgos similares al "Síndrome de Estocolmo", donde la persona que sufre el abuso se identifica con aquel que tiene el poder. Este síndrome se caracteriza por:
 - Asumir las agresiones: la víctima ha comprobado que no puede contener los golpes, que cada vez le provocan una mayor falta de autoestima. De este modo, genera en ella sentimientos de incapacidad de acabar con la situación y la asume como un castigo merecido.
 - Pasividad: las agresiones no pueden evitarse, no busca más estrategias para acabar con ella. Su respuesta ante los estímulos externos es pasiva. Esta "indiferencia" le permite autoerigirse menos y no sentirse culpable por no actuar contra la pareja.
 - Pérdida de control: la víctima cree que la solución al problema le es ajena y espera que sean terceras personas quienes le den nuevas directrices, en lugar de asumir que también ella puede actuar.



- Identificación con el agresor: en algunos casos, la víctima incluso llega a justificar la conducta del agresor. Además, la intermitencia de las agresiones y el paso del período de violencia aguda al arrepentimiento hacen creer que la pareja sigue amándola.

5.4. ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS:

La OPS/OMS calcula que en el año 2000 murieron en el mundo 520,000 personas a consecuencia de la violencia interpersonal, lo que representa una tasa de 8,8 por cada 100,000 habitantes. Mucho más numerosas aún son las víctimas de agresiones físicas o sexuales no mortales y sufridas de forma reiterada.

5.4.1. Violencia familiar:

Se expresa sobre todo contra mujeres y niños, en todos los grupos socioeconómicos y en todos los ámbitos de nuestro país. La violencia familiar representa un grave problema social. Se estima que alrededor del 50% de las familias sufren o han sufrido alguna forma de violencia, Las estimaciones mundiales publicadas por la OMS indican que alrededor de una de cada tres (30%) mujeres en el mundo han sufrido violencia física y/o sexual de pareja o violencia sexual por terceros en algún momento de su vida.

La mayor parte de las veces el agresor es la pareja. En todo el mundo, casi un tercio (27%) de las mujeres de 15 a 49 años que han estado en una relación informan haber sufrido algún tipo de violencia física y /o sexual por su pareja.

En el Perú se estima que 6 de cada 10 hogares viven en situación de violencia familiar. La Defensoría del Pueblo reconoce hasta octubre del 2020, 100 casos de feminicidios reconocidos oficialmente y otras 45 muertes violentas de mujeres que están en estudio. Se evidencia también la tendencia creciente de los delitos de lesiones graves por violencia contra las mujeres e integrantes del grupo familiar y agresiones en contra de las mujeres o integrantes del grupo familiar denunciados que se analiza en el período, parte de la cifra de 47 375, registrada el año 2016, se septuplicó el año 2019, en que alcanzó 322 154; esta tendencia creciente se detuvo el 2020, año en que la cifra disminuyó a 234 434. Todo ello se traduce en una variación porcentual de 125,7% entre 2016 - 2017; de 77,9% entre 2017 - 2018, de 69,3% entre 2018 - 2019, de -27,2% entre el 2019 - 2020 y de 38.5% entre el 2020 - 2021. Por otro lado, estos delitos han representado cada año un mayor porcentaje respecto al total de delitos contra la vida, el cuerpo y la salud denunciados, pasando de 31,2% el año 2016;



a 46,5% el año 2017; 58,9% el año 2018; 75,5% el año 2019; 80,3% el año 2020 y 80,6% el año 2021.

5.4.2. Abuso sexual:

Se expresa sobre todo en mujeres y niños, La cifra de los delitos de violación de la libertad sexual denunciados el año 2021 fue de 33 903, pasando de 3 110 en enero hasta 2 757 en el mes de diciembre. Según datos de la INEI Las Mujeres en edad fértil que sufrieron violencia física y/o sexual por parte del esposo o compañero en los últimos 12 meses, en Lima metropolitana son un 6.3% de casos reportados. Durante el año 2019, el 57,7% de las mujeres de 15 a 49 años de edad declararon que fueron víctimas de violencia psicológica, física y/o sexual, alguna vez por el esposo o compañero, cifra menor en 5,5 puntos porcentuales en comparación con el año pasado.

5.4.3. Femicidio:

Se da en contra de las mujeres y se encontraron las siguientes cifras, durante el periodo 01 enero de 2009 - febrero 2022, el Registro de Femicidio del Ministerio Público ha identificado 1 573 víctimas de femicidio. Más de la mitad de ellas (57,7%) tenía entre 18 a 34 años; el 16,8%, entre 35 a 44 años y el 8,8%, entre 45 a 54 años. Cabe resaltar que se reportaron 190 víctimas menores de edad, cifra que representa el 12,1%, y 73 víctimas mayores de 54 años, que representan el 4,6%. El 89,6% de las víctimas fue asesinada por su pareja o expareja⁷ (80,4%) o un familiar⁸ (9,2%), circunstancias que se denominan femicidio íntimo. De otro lado, el 10,4% de las víctimas encontró la muerte a manos de un conocido⁹ (6,7%), un desconocido que la atacó sexualmente (2,9%) o por el cliente en el marco de un servicio sexual (0,8%), circunstancias que constituyen femicidios no íntimos. En el mismo periodo, los distritos fiscales de Lima (134), Junín (103), Lima Norte (99), Arequipa (96), Lima Este (81), Puno (76), Lima Sur (75), Ayacucho (72), Cusco (69) y Huánuco (65) registraron el mayor número de femicidios a nivel nacional, representando el 55% del total consolidado, significando que de cada 10 femicidios registrados en el Perú.

5.4.4. Maltrato infantil:

Cualquier tipo de violencia en contra de un menor de edad, donde se evidencia las siguientes cifras, según datos de la UNICEF 1 de



cada 3 estudiantes sufre acoso, de entre 13 y 15 años en todo el mundo, Casi una tercera parte de los estudiantes de 11 a 15 años de Europa y América del Norte dijeron que habían intimidado a otros, la disciplina violenta, alrededor de un 17% de los niños de 58 países están sujetos a formas graves de castigo físico (golpes en la cabeza, las orejas o la cara o golpes duros y repetidos).

De acuerdo con los resultados de la Encuesta Nacional sobre Relaciones Sociales (ENARES 2015) ejecutada por el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), el 41,5% de niñas y niños fueron víctimas de violencia psicológica o física en los últimos 12 meses. Es así que el 32,8% fueron víctimas de violencia psicológica y el 26,7% de violencia física; mientras que el 18,0% manifestaron haber sido víctimas de violencia psicológica y física a la vez.

Asimismo, la encuesta reveló que en el año 2015, el 73,8% de niñas y niños, fueron víctimas de violencia psicológica o física alguna vez, por parte de las personas con las que vive. El 58,9% fueron víctimas de violencia psicológica y el 58,4% de violencia física; mientras que el 43,5% manifestaron haber sido víctimas de violencia psicológica y física a la vez.

5.5. FACTORES DE RIESGO:

5.5.1. Medio ambiente:

- Existencia de grupos sociales con escala de valores negativos.
- Problemas laborales como desempleo, estrés laboral, acoso en el trabajo o insatisfacción.
- Malas condiciones de vida. Hacinamiento. Marginación.
- Subordinación económica, social y cultural de las mujeres y las niñas.
- Carencias en la vinculación tempranas con búsqueda de alguien que compense dichas carencias.
- Educación basada en estereotipos de género.
- Adicciones (alcohol y otras drogas, benzodiazepinas, ludopatía, etc.)
- Escasa tolerancia al estrés o estrategias de afrontamiento inadecuadas.
- Falta de soporte social.

5.5.2. Estilos de vida:



- Antecedentes, historia de maltrato.
- Costumbres culturales vinculadas a actos de violencia.
- Modelos culturales que promueven la violencia y el consumismo.
- Dificultades económicas.
- Dificultades para establecer relaciones: relación de pareja, vínculo padre-madre-hijo.
- Crisis conyugales y familiares por diferentes causas (celos, dificultades en la educación de los hijos, etc.)
- Noviazgos apresurados o superficiales que no permiten la compenetración afectiva de la pareja.
- Uniones forzadas por situaciones imprevistas.

5.5.3. Factores hereditarios:

- Discapacidades y/o enfermedad mental.
- Problemas psicopatológicos en algún miembro de la pareja.
- Padres con actitud intolerante, indiferente o con excesiva ansiedad ante las responsabilidades de crianza de los hijos.

VI. CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS:

6.1.1. CUADRO CLÍNICO:

Las violencias generan distintos grados de discapacidad; constituyen un componente importante de la "carga global de enfermedad". Esta situación vulnera el derecho de las personas a un desarrollo pleno que afecta su productividad. La violencia y maltrato deteriora la integridad de la personalidad, menoscaba la autoestima, la autonomía y la autodeterminación de los agredidos en particular sobre su cuerpo, su sexualidad y afectividad.

6.1.2. Signos y síntomas:

- Patologías de difícil diagnóstico etiológico (cefaleas, dolor torácico, dorsal, abdominal, pélvico, insomnio, ahogos), lesiones en múltiples zonas en forma de magulladuras, cortes, erosiones.
 - Enuresis, tímpano perforado, mutilación de los genitales.
 - Enfermedades de la piel en el niño.
- Presencia de lesiones sugestivas de una postura defensiva de la víctima.

Actitud frecuente: miedo, mirada huidiza, sensación de vergüenza, sentimientos de culpa, explicaciones vagas, confusas y/o contradictorias, no deseo de hablar del tema, incomodidad.

➤ Alteraciones Psicológicas:

- Manifestaciones psicósomáticas (cefaleas, mareos, cólicos, crisis conversivas, trastornos gastrointestinales)
- Depresión, ansiedad, crisis de pánico, intento de suicidio u homicidio.
- Dificultad para establecer relaciones con otras personas: conducta agresiva, destructiva o pasiva.
 - Dificultades para la concentración.
 - Aislamiento social.
 - Problemas de rendimiento escolar.
- Problemas de lenguaje – tartamudeo, timidez, retraimiento, mutismo.
 - Problemas de sueño, insomnios, pesadilla.
 - Poca expresividad, intolerancia, resentimientos.
 - Cambios bruscos en la conducta escolar.
 - Ausentismo escolar, retraimiento.
 - Inhibición en el juego.
 - Temor a regresar a casa, o fuga.
 - Tristeza.
 - Asume responsabilidades y preocupaciones de adultos.
 - Comportamiento sexual precoz y no apropiado a su edad.
 - Ruptura de lazos familiares, alcoholismo y drogadicción.

➤ Signos y síntomas relacionados con maltrato psicológico.

- Insomnio o inapetencia.
- Trastornos psicósomáticos como dolores de cabeza, úlceras y asma.
- Aislamiento social.
- Dificultades en las relaciones sexuales (frigidez, impotencia, eyaculación precoz, vaginismo).
- Celos.
- Fatiga.
- Depresión, ansiedad (activación de respuestas autonómicas: palpitaciones, vértigo)
- Concentración disminuida.
- Parestesias.



- Autoagresión.
 - Dolor crónico o dolor debido a trauma difuso sin evidencia visible.
 - Dolor pélvico, dolor torácico atípico.
 - Intento de suicidio.
 - Uso de somníferos o tranquilizantes.}
- Signos y síntomas relacionados con abuso sexual.
- Presencia en genitales y/o ano de equimosis, laceraciones, sangrado, prurito, inflamación, himen perforado, semen, infecciones.
 - Dolor en la micción.
 - Dificultad para caminar.
 - Embarazo no deseado.
 - Abortos provocados.
 - Rechazo a métodos anticonceptivos.
 - Enfermedades de transmisión sexual.
- Signos de Negligencia.
- Falta de peso.
 - Pobre patrón de crecimiento.
 - Falta de inmunizaciones.
 - Falta de estimulación del desarrollo, descuido en su higiene y/o al niño.
 - Accidentes o enfermedades muy frecuentes.

6.2. DIAGNÓSTICO:

6.2.1. Criterios de diagnóstico:

A. Epidemiológico:

- El 85% de la población afectada por algún tipo de maltrato tiene un diagnóstico asociado, predominando las perturbaciones emocionales, en un 36%, seguido de los trastornos depresivos (31%) y trastornos de ansiedad (27%).
- La violencia contra la mujer, especialmente la violencia sistemática y los trastornos clínicos, encontramos una relación importante: la prevalencia de seis meses del trastorno de ansiedad en mujeres



agredidas sistemáticamente es más del doble que las mujeres que no son objetos de maltrato sistemático: 10.7% contra 4.3%; la prevalencia de estrés post traumático es de: 2.9% contra 1.7%; la prevalencia - a seis meses- del episodio depresivo mayor es de: 15.3% contra 7.4%.

- Las mujeres casadas y convivientes presentan trastornos clínicos como episodio depresivo o depresión mayor, una de cada nueve mujeres unidas sufre depresión y una de cada diez, ansiedad generalizada

B. Clínico:

- Higiene personal: apariencia física con descuido, desaliñada, vestidos inapropiados.
- Comportamiento: actitud agresiva, excesiva, destructiva o extremada pasividad emocional, reacia para dar información. En los niños, además son rebeldes, hiperactividad o apatía, timidez, miedo, ansiedad aislamiento, culpa, sentimiento de ser malos. En el ámbito escolar es frecuente la inasistencia y el bajo rendimiento.
- Pensamiento: cuestionamiento de ser diferente, se siente rechazado y no querido y la creencia de que el maltrato es merecido.
- Estado de ánimo: depresivo o apático, pesimismo, falta de confianza, otras veces manifestaciones afectivas extremas (tristeza exagerada o júbilo inapropiado). Pérdida de la autoestima y de efectividad en las labores cotidianas.
- Lenguaje: expresión verbal y no verbal inferiores al promedio; contradictoria valoración de sí mismo.
- Afectividad: ánimo depresivo y con sensación de no ser queridos, de ser rechazados, bloqueo emocional.
- Deterioro de facultades mentales, principalmente en el área cognitiva, auto devaluación y bajo rendimiento escolar.
- Sueño alterado, insomnios, pesadilla o está continuamente somnolienta.
- Relaciones interpersonales: Incapacidad de mantener relaciones duraderas.
- Abuso de drogas o alcohol.



C. Criterios de severidad:

- Los casos en los que las mujeres padezcan depresión crónica, melancolía, intentos o ideas de suicidio serán derivados a atención psiquiátrica. Igualmente, para cuadros de esquizofrenia, trastorno por abuso de sustancias psicoactivas y/o ludopatía, trastorno de la conducta alimentaria, etc.
- Tiempo y frecuencia de la violencia tiene que ver con el deterioro emocional severo.
- Cronicidad de la problemática familiar, a medida que la desprotección es más crónica, el pronóstico de rehabilitación se perfila más negativo.

Existen diversas pruebas que pueden ser utilizadas para el diagnóstico:

- Ficha de Tamizaje – Violencia intrafamiliar y maltrato infantil – VIF.
- Cuestionario de ansiedad estado rasgo – STAI.
- Test de frases incompletas de SACKS.
- Test de frases incompletas de FORER.
- Cuestionario de síntomas para niños (RQC).
- Test del dibujo de la familia.

6.2.2. Diagnóstico diferencial:

- El Síndrome de la Persona Maltratada con el trastorno depresivo; los síntomas son indistinguibles en muchos aspectos, con el ánimo bajo, apatía, astenia, hiporexia, anhedonia, insomnio e ideas de muerte. La gravedad y la duración del maltrato se asocian con la presencia de depresión.
- El Síndrome de la Persona Maltratada puede evolucionar con características del síndrome de Estocolmo por el patrón de modificaciones cognitivas, su funcionalidad adaptativa, y su curso terminal, como resultado de los cambios psicológicos producidos en la



víctima en diversas fases desde que se inicia la situación traumática.

- Trastorno de estrés postraumático TEPT. Son cuadros secundarios al maltrato.

6.3. EXÁMENES AUXILIARES:

6.3.1. De patología clínica:

Diagnóstico psicológico por medio de instrumentos de medición psicológica:

- Perfil de Personalidad, incluyendo valoración de la ansiedad, depresión y ajuste familiar y social.
- Inteligencia y aspectos cognitivos.
- Aspectos neuropsicológicos.

6.3.2. De imágenes:

- Examen neurológico.

6.3.3. De exámenes especializados complementarios:

- Examen físico de acuerdo al daño y las lesiones presentadas.

6.4. MANEJO SEGÚN NIVEL DE COMPLEJIDAD Y CAPACIDAD RESOLUTIVA:

6.4.1. Medidas generales y preventivas:

A) Plan de trabajo:

El tratamiento requiere un enfoque profesional integral que incluye la evaluación del paciente y su condición inmediata, así como de su entorno más cercano. Está conformado por:

- Detección.
- Examen Físico.
- Confirmación de la situación/recopilación de la información.
- Evaluación psicológica/toma de decisiones/diseño de Estrategias.

- Orientación, intervención en crisis, psicoterapia especializada.
- Interconsulta a las especialidades necesarias de acuerdo a las patologías asociadas.
- Consejería.
- Orientación a la familia y demás involucrados.
- Intervención para asegurar la protección y asesoría legal.
- Psicoterapia especializada: individual, grupal, familiar, grupo de ayuda mutua, talleres psico - afectivos para niños, y psi - coeducación.
- Seguimiento.
- Cierre del caso

B) Atención ambulatoria:

Efectuada en la consulta externa al paciente detectado como caso de Síndrome de la Persona Maltratada; a través de consultorio de psicología, MAMIS (Módulo de Atención al Maltrato Infantil y adolescente en Salud) en el caso de los menores:

- Detección y Evaluación por medio de instrumentos de medición psicológica (personalidad y ajuste social, inteligencia, aspectos neuropsicológicos).
- Diagnostico psicológico.
- Informe psicológico.
- Interconsulta al especialista de existir patologías que lo hicieran recomendable.
- Intervención para la asesoría y protección legal.
- Manejo y tratamiento, intervención en crisis, rehabilitación y tratamiento especializado.

C) Atención al paciente hospitalizado:

En Cirugía, Pediatría, Ginecología, etc. Serán los mismos procedimientos descritos previamente en lo que les fuere aplicable.

6.4.2. Terapéutica:

a) Tratamiento:

El primer paso para intervenir a las personas víctimas de la



violencia es detectar su situación de maltrato. Esta tarea es complicada, ya que el niño/mujer maltratado consulta habitualmente por otros motivos. Las urgencias y los servicios centros de atención primaria son los puntos clave de detección del maltrato. La baja detección del maltrato y el retraso en el diagnóstico aumentan la "victimización".

El objetivo es terminar con la violencia y recuperar la autoestima perdida, así mismo brindar herramientas para un mejor afronte ante cualquier situación de violencia.

b) Psicoterapia:

El abordaje psicoterapéutico de estas mujeres y niños es muy amplio e incluye terapias individuales, de grupo, familiar, musicoterapia, grupo ayuda mutua, talleres psicoactivos para niños, psi - coeducación, etc.

En cualquier intervención con las personas maltratadas se priorizará tres aspectos: La seguridad, la privacidad y la autonomía.

- ❖ Terapia cognitiva del trauma: es una de las más usadas para recuperación en el SPM
- ❖ Terapia cognitivo-conductual en grupo: trabajando la reestructuración cognitiva mejora la sintomatología de las mujeres maltratadas.
- ❖ Terapia sistémica familiar: conlleva a un cambio de actitud para mejorar el clima emocional y facilitar la recuperación del paciente.
- ❖ Terapia lúdica: son efectivos en la recuperación de los niños.
- ❖ Talleres psicoafectivos: para restablecer los lazos afectivos deteriorados en los niños.
- ❖ Educación Sanitaria: Relacionados a las actividades de información, educación, comunicación y consejería al paciente y la familia o persona responsable.
- ❖ Información, Educación y comunicación a la paciente en aspectos de hacer la denuncia legal, policial y otros.
- ❖ Sensibilizar de la importancia de un tratamiento integral, dirigido no solo a la paciente sino también a los maltratadores y a los familiares.
- ❖ Consejería integral: Consejería multidisciplinaria que de manera integral esté relacionada a aspectos preventivos (primaria, secundaria y terciaria) según la gravedad y disfuncionalidad de órganos y sistemas del paciente.

6.4.3. Signos de alarma:



El maltrato es un factor estresante, y como tal aumentará el riesgo de aparición de problemas psicológicos en las víctimas: cuadros depresivos, trastorno de ansiedad, trastornos fóbicos, trastorno de estrés postraumático, trastornos disociativos, trastornos de la conducta alimentaria, abuso de tóxicos.

- ❖ Depresión en la mujer maltratada:
- ❖ Ansiedad en la mujer maltratada:
- ❖ Trastornos postraumáticos:
- ❖ Abuso y/o dependencia de sustancias:

6.4.4. Criterios de alta:

Paciente que logre desarrollar herramientas que le permitan un mejor desenvolvimiento en el medio, logrando así una recuperación en base a la problemática por la cual acudió a terapia.

6.4.5. Pronóstico:

- A mayor tiempo y maltrato sistemático en la víctima se da un deterioro emocional más grave.
- Cronicidad de la problemática familiar, a medida que la desprotección es más crónica, el pronóstico de rehabilitación se perfila más negativo
- La capacidad resolutoria de intervención es de manejo integro en hospital de Nivel II.
- De acuerdo al seguimiento y cumplimiento con las sesiones terapéuticas, el pronóstico será favorable.

6.5. COMPLICACIONES:

El maltrato es un factor estresante, y como tal aumentará el riesgo de aparición de problemas psicológicos en las víctimas: cuadros depresivos, trastorno de ansiedad, trastornos fóbicos, trastorno de estrés postraumático, trastornos disociativos, trastornos de la conducta alimentaria, abuso de tóxicos.

- ❖ Depresión en la mujer maltratada:
La prevalencia de depresión en la mujer maltratada varía desde el 15 hasta el 83%. El riesgo de presentar un episodio depresivo está relacionado con la proximidad del maltrato. La gravedad y la duración del maltrato se asocian con la prevalencia y la gravedad de la depresión. Hay que destacar que el riesgo de suicidio es superior al de la población general.
- ❖ Ansiedad en la mujer maltratada:



En 1 de cada 4 matrimonios con discusiones frecuentes, las mujeres desarrollan fobias secundariamente a la situación de maltrato. La agorafobia (miedo a salir del domicilio) es una de las fobias más frecuentes en estos casos.

❖ **Trastornos postraumáticos:**

Estos trastornos engloban la mayor parte de los cuadros clínicos secundarios al maltrato.

Por otro lado, son los únicos diagnósticos en los que se identifica de forma directa el maltrato como causa de la sintomatología de la persona.

La prevalencia del TEPT en mujeres maltratadas es del 30-80%. Es mayor en las mujeres que viven en casas de refugio.

Los síntomas más característicos del TEPT son: la re - experimentación del evento traumático, la evitación de estímulos asociados o el embotamiento de la capacidad de respuesta y el aumento del nivel de activación.

El elevado nivel de activación, se manifiesta como trastornos del sueño (dificultad para conciliarlo, despertares frecuentes), ataques de rabia e ira, y dificultades para la concentración.

Estas mujeres están hiperalertas o hipervigilantes, y se sobresaltan fácilmente ante estímulos relacionados con el trauma. Tienen miedo casi de forma permanente. Estas reacciones son adaptativas a la situación de maltrato.

❖ **Abuso y/o dependencia de sustancias:**

El uso de psicofármacos, ansiolíticos e hipnóticos, es frecuente en las mujeres maltratadas, los usan como una forma de paliar los síntomas de ansiedad y TEPT.

La prevalencia del consumo de alcohol y otros tóxicos difiere según los estudios. Para el alcohol se sitúa entre el 7 y el 45%, y para otras drogas estaría entre el 5 y el 33%.

El riesgo del abuso de sustancias puede disminuir la capacidad de toma de decisiones.

6.6. CRITERIOS DE REFERENCIA Y CONTRA - REFERENCIA:

6.6.1. Criterios de referencia:

Los establecimientos de Salud del I nivel de atención referirán a niveles superiores los casos cuya evaluación y tratamiento requieran un manejo especializado.

Los hospitales de nivel II y III tienen capacidad resolutoria plena en el tratamiento del Síndrome de Persona Maltratada.

En los hospitales que contaren con MAMIS (Módulo de Atención al Maltrato Infantil en Salud), éste será el órgano de referencia para los casos que involucren a menores.

La derivación o referencia para efectos legales se hará con Demunas,



comisarías, Ministerio Público, Fiscalía.

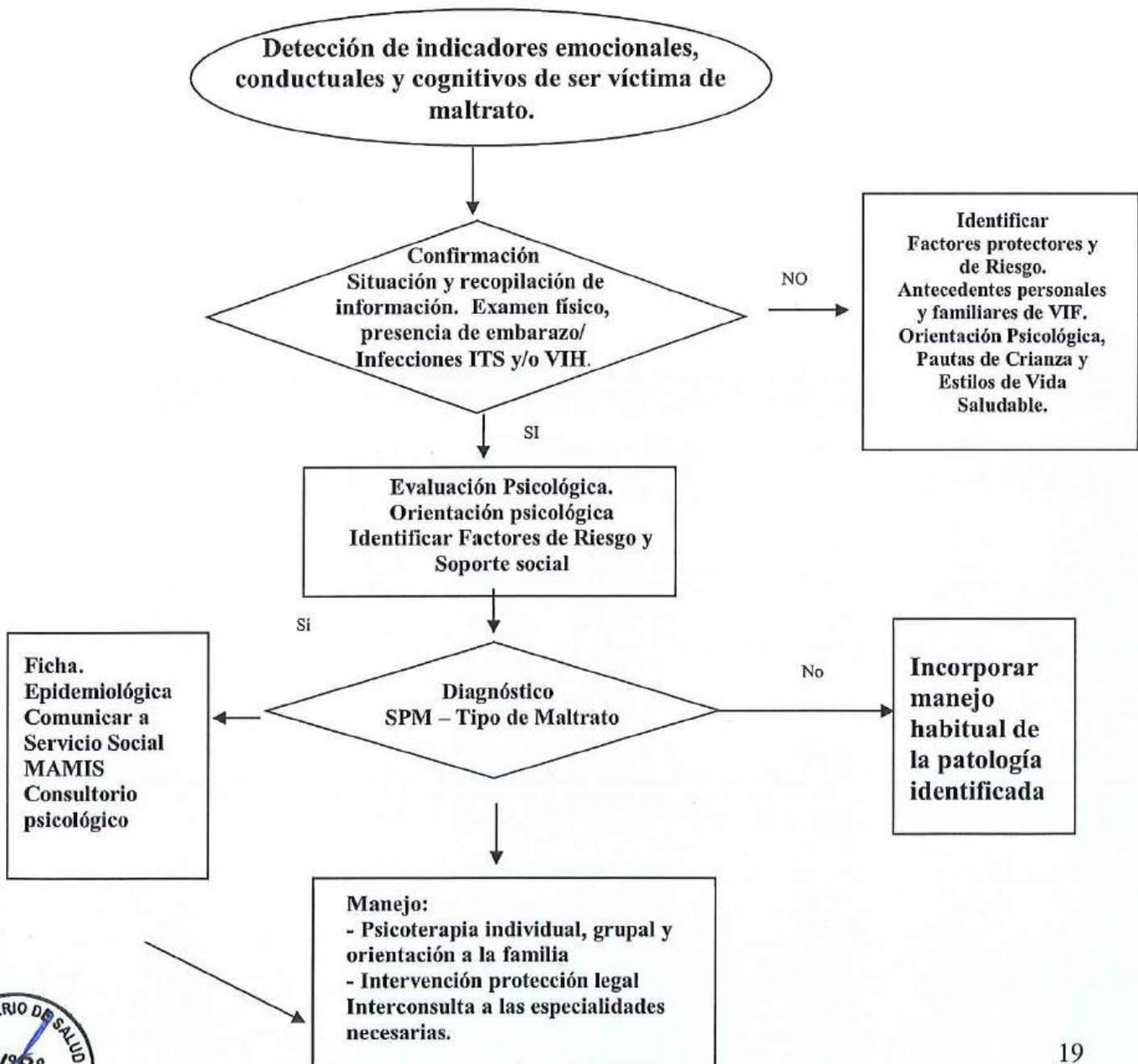
6.6.2. Criterios de contra – referencia:

Una vez estabilizado el cuadro y alcanzados los objetivos básicos del tratamiento, se derivará a su lugar de origen al paciente para proseguir con el mismo y el posterior seguimiento, siempre y cuando dicho establecimiento cuente con psicólogos para la atención.

De estar disponibles, se podrá también recurrir a Redes, ONGs y demás servicios comunales acreditados en la zona de origen.

6.7. FLUXOGRAMA:

FLUXOGRAMA SÍNDROME DE PERSONA MALTRATADA



VII. ANEXOS:

Anexo 1



FICHA DE TAMIZAJE - VIOLENCIA FAMILIAR Y MALTRATO INFANTIL

FECHA:.....

MICRORED:..... ESTABLECIMIENTO:.....

SERVICIO: Emergencia Pediatría Gineco-Obstetricia CRED Otros.....

NOMBRE Y APELLIDOS DEL USUARIO:.....

EDAD:..... SEXO: Masculino Femenino

DIRECCION:.....

Lea al Paciente:

Debido a que la Violencia Familiar es dañina para la salud de las personas, en todos los programas de salud estamos preguntando a los pacientes si actualmente están en esta situación para participar con ellas en la solución de su problema, por favor, conteste a estas preguntas:

Pregunte: ¿Quién?

Si es adulto (a):

¿Alguna vez un miembro de su familia le insulta, le golpea, le chantajea o le obliga a tener relaciones sexuales? SI NO

Si es padre o madre de familia:

¿Su hijo es muy desobediente? SI NO

¿Alguna vez pierde el control y lo golpea? SI NO

Marque con aspa (X), todos los indicadores de maltrato que observe...

<p>Físico</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Hematomas, contusiones inexplicables. <input type="checkbox"/> Cicatrices, quemaduras. <input type="checkbox"/> Fracturas inexplicables. <input type="checkbox"/> Marca de mordeduras. <input type="checkbox"/> Lesiones de vulva, perineo, recto, etc. <input type="checkbox"/> Laceraciones en boca, mejillas, ojos, etc. <input type="checkbox"/> Quejas crónicas sin causa física: cefalea, problemas de sueño (mucho sueño, interrupción del sueño). <input type="checkbox"/> Problemas con apetito. Enuresis (niños). <p>Psicológico</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Extrema falta de confianza en sí mismo. <input type="checkbox"/> Tristeza, depresión o angustia. 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Retraimiento. <input type="checkbox"/> Llanto frecuente. <input type="checkbox"/> Exagerada necesidad de ganar, sobresalir. <input type="checkbox"/> Demandas excesivas de atención. <input type="checkbox"/> Mucha agresividad o pasividad frente a otros niños. <input type="checkbox"/> Tartamudeo. <input type="checkbox"/> Temor de los padres o de llegar al hogar. <input type="checkbox"/> Robo, mentira, fuga, desobediencia, agresividad. <input type="checkbox"/> Ausentismo escolar. <input type="checkbox"/> Llegar temprano a la escuela o retirarse tarde. <input type="checkbox"/> Bajo rendimiento escolar. <input type="checkbox"/> Se aísla de los demás. <input type="checkbox"/> Intento de suicidio. <input type="checkbox"/> Uso de alcohol, drogas, tranquilizantes o analgésicos. 	<p>Sexuales</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Conocimiento y conducta sexual inapropiada (niños). <input type="checkbox"/> Irritación, dolor, tensión y hemorragia en zona genital. <input type="checkbox"/> Embarazo precoz. <input type="checkbox"/> Amenaza o aborto. <input type="checkbox"/> Enfermedad de transmisión sexual. <p>Negligencia</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Falta de peso o pobre patrón de crecimiento. <input type="checkbox"/> No vacunas o atención de salud. <input type="checkbox"/> Accidente o enfermedad muy frecuentes <input type="checkbox"/> Descuido en higiene y aliño. <input type="checkbox"/> Falta de estimulación del desarrollo. <input type="checkbox"/> Fatiga, sueño, hambre.
---	--	---

FECHA: DERIVADO POR: FIRMA:.....

NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE ATENDIO EL CASO:.....



Anexo 2

S T A I

APELLIDOS Y NOMBRES : _____
 EDAD: _____ SEXO: (V) (M) FECHA: _____
 CENTRO : _____ ESTADO CIVIL : _____

A-E

AUTOEVALUACION A (E/R)

INSTRUCCIONES

A continuación encontrará unas frases que se utilizan para describirse a uno mismo. Lea cada frase y señale la puntuación 0 a 3 que indique mejor como se siente usted. No hay respuestas buenas ni malas.

		NADA	ALGO	MUCHO
1.	Me siento calmado.	1	2	3
2.	Me encuentro inquieto	1	2	3
3.	Me siento nervioso	1	2	3
4.	Me siento descansado	1	2	3
5.	Tengo miedo	1	2	3
6.	Estoy relajado	1	2	3
7.	Estoy preocupado	1	2	3
8.	Me encuentro satisfecho	1	2	3
9.	Me siento feliz	1	2	3
10.	Me siento seguro	1	2	3
11.	Me encuentro bien	1	2	3
12.	Me siento molesto	1	2	3
13.	Me siento agradable	1	2	3
14.	Me encuentro atemorizado	1	2	3
15.	Me encuentro confuso	1	2	3
16.	Me siento animoso	1	2	3
17.	Me siento angustiado	1	2	3
18.	Me siento alegre	1	2	3
19.	Me encuentro contrariado	1	2	3
20.	Me siento triste	1	2	3



Anexo 3

TEST DE COMPLETAMIENTO DE FRASES DE SACKS PARA ADULTOS

FICHA DE IDENTIFICACIÓN:

Nombre: _____
Edad: ___ años ___ meses Sexo: _____ Escolaridad: _____ Hora de la aplicación: _____ Fecha de la aplicación: _____

INSTRUCCIONES: *A continuación, hay 60 frases incompletas. Lea cada una y complétela con lo primero que venga a su mente. Trabaje tan a prisa como sea posible. En caso que no pueda completar una, encierre el número correspondiente en un círculo y termine después.*

1. Pienso que mi padre rara vez _____
2. Cuando la suerte está en mi contra _____
3. Siempre he querido _____
4. Si estuviera a cargo _____
5. El futuro me parece _____
6. Las personas que son mis superiores _____
7. Sé que es una tontería, pero tengo miedo de _____
8. Creo que un verdadero amigo _____
9. Cuando era niño/a _____
10. Mi idea de mujer/hombre perfecto/o _____
11. Cuando veo a una mujer y hombre juntos _____
12. Comparada con las demás familias, la mía _____
13. En las labores me llevo mejor con _____
14. Mi madre _____
15. Haría cualquier cosa por olvidar _____
16. Si mi padre tan solo _____
17. Creo que tengo habilidad para _____
18. Sería completamente feliz si _____
19. Si yo tuviera gente trabajando para mi _____
20. Yo espero que _____
21. En la escuela, mis maestros _____
22. La mayoría de mis amigos no saben que tengo miedo de _____
23. No me gusta la gente que _____
24. Antes de la guerra, yo _____
25. Pienso que la mayoría de las muchachas/os _____



26. Mi opinión sobre la vida matrimonial es _____
27. Mi familia me trata como _____
28. Las personas con las que trabajo son _____
29. Mi madre y yo _____
30. Mi peor equivocación fue _____
31. Quisiera que mi padre _____
32. Mi mayor debilidad es _____
33. Mi ambición secreta en la vida _____
34. La gente que trabaja para mi _____
35. Algún día yo _____
36. Cuando veo venir a mi jefe _____
37. Me gustaría perder el miedo de _____
38. La gente que más me agrada _____
39. Si fuera joven otra vez _____
40. Creo que la mayoría de las/os mujeres//hombres _____
41. Si yo tuviera relaciones sexuales _____
42. La mayoría de las familias que conozco _____
43. Me gusta trabajar con personas que _____
44. Pienso que la mayoría de las madres _____
45. Cuando era más joven me sentía culpable de _____
46. Siento que mi padre es _____
47. Cuando las circunstancias me son adversas _____
48. Cuando doy órdenes a los demás, yo _____
49. Lo que más deseo en la vida _____
50. Cuando tenga mayor edad _____
51. Las personas a las que considero mis superiores _____
52. A veces mis temores me impulsan a _____
53. Cuando no estoy presente, mis amigos _____
54. Mi recuerdo infantil más vívido _____
55. Lo que menos me gusta de las mujeres//hombres _____
56. Mi vida sexual _____
57. Cuando era niño (a), mi familia _____
58. La gente que trabaja conmigo, generalmente _____
59. Me gusta mi madre, pero _____
60. La peor cosa que he hecho _____

Anexo 4

Frases incompletas de FORER

Nombre Edad Sexo M F

Grado de Inst. Lugar de Nacimiento.

Examinador Fecha

INSTRUCCIONES: "COMPLETE LAS SIGUIENTES FRASES CON LA MAYOR RAPIDEZ POSIBLE. ESCRIBA LO PRIMERO QUE SE LE OCURRA. COMPLETE LAS 100 FRASES".

1. Cuando debió arreglárselas por sí solo, él
2. A menudo sentía deseos de poder
3. Parecía imposible de modo que él
4. Se sintió culpable cuando
5. Cuando ella lo rechazó, él
6. Solía sentir que me impedía progresar
7. Se sentía orgulloso de
8. En mi infancia, mi mayor temor era
9. Mi Padre siempre
10. El hombre ideal
11. Cada vez que tengo que estudiar, yo
12. Tuvo ganas de abandonar todo cuando
13. Mi primera reacción frente a él fue
14. Cuando ella me rechazó, yo
15. Sus nuevos condiscípulos eran
16. La mayoría de los padres
17. A veces deseaba
18. Se sintió bastante inútil cuando
19. Me sentí muy fastidiado cuando
20. Su primer recuerdo de su madre era
21. La chica ideal
22. Cuando los otros se burlaron de él
23. Cuando se encontró con el director, él



24. Cuando miro hacia atrás, siento vergüenza de
25. Si creo que la clase es demasiado difícil para mí
26. Cuando ella me invitó, yo
27. Sus malas calificaciones eran debidas a
28. Se sentía inferior cuando
29. Su mayor deseo era
30. La mayoría de los hombres
31. Cuando debo tomar una decisión, yo
32. La Escuela es
33. Mi primer recuerdo de mi padre
34. Podría odiar a una persona que
35. La mayoría de las madres
36. Obedecer órdenes
37. Si me saliera con la mía, yo
38. Cuando me miraron, yo
39. La mayoría de las chicas
40. El se sintió rechazado por que
41. Si no puedo conseguir lo que quiero, yo
42. Cuando me critican, yo
43. Sentía que había hecho algo malo cuando
44. Sabía que no podía triunfar a menos que
45. Quería escaparme cuando
46. Cuando no me invitaron, yo
47. Se sintió muy tenso cuando
48. Cuando comprobó que había fracasado en la prueba, él
49. La gente parece pensar que yo
50. Cuando me pidió que lo acompañara, yo
51. Después que lo derribaron de un golpe, él
52. Lo que más me gustaría ser es
53. Mi peor defecto es



54. Su conciencia lo acosaba principalmente cuando
55. Sentía que podía matara un hombre que
56. A veces se preocupaba por
57. Hizo un mal trabajo porque
58. Quisiera que la escuela
59. Mientras él me hablaba, yo
60. Mi madre siempre
61. No le tenían simpatía porque
62. Cuando pidieron mi opinión, yo
63. Cada vez que hacía algo mal
64. El no estudiaba porque
65. Perdí porque
66. En un grupo de personas, generalmente me siento.
67. Mi primera reacción frente a ella fue
68. Cuando me encargaron esa tarea yo
69. Me siento culpable por
70. Cuando mi padre vino a casa, yo
71. Mientras ella hablaba, él
72. Cuando su madre lo castigaba, él
73. Las personas con autoridad son
74. Solía tener fantasía sobre
75. Se enojó cuando
76. Cuando mi madre llegó a casa, yo
77. Cuando le dijeron que debía hacer, él
78. Lo malo de la escuela es
79. Su mayor preocupación era
80. Cuando su padre lo castigó, él
81. La mayoría de las chicas actúan como si
82. Cuando siento que los otros no me tienen simpatía, yo
83. Más que cualquier otra cosa él necesitaba



- 84. Cuando estaba con el grupo, él
- 85. Cuando le llegó el turno de hablar, él
- 86. Podría perder los estribos si
- 87. Tengo miedo de
- 88. Cada vez que estaba con su padre, el sentía
- 89. Un hombre tiene derecho a golpear a una chica que
- 90. Cuando le dijeron que se fuera, él
- 91. A veces siento que mi maestra
- 92. Cuando ingresé a la nueva clase, yo
- 93. Cuando la presentan a otra gente, el
- 94. Cuando estaba con su madre él sentía
- 95. La mayoría de los muchachos actúan como si
- 96. Quisiera que mi padre
- 97. Quiso darse por vencido cuando
- 98. Si yo fuera rey
- 99. Quisiera que mi madre
- 100. Siento ganas de huir cuando



CUESTIONARIO DE AUTOREPORTAJE DE SÍNTOMAS PSIQUIÁTRICOS PARA NIÑOS (RQC)

MUNICIPIO:
 Nombre de la persona que responde la encuesta:
 Documento de identidad:
 Parentesco con el niño.....
 Responsable del niño (Parentesco):
 Nombre del responsable del niño:

• **DATOS SOBRE EL NIÑO:**

Nombre del niño sobre quien se responde la encuesta:.....
 Documento de identidad del niño:
 Edad:Sexo: F.....M..... Etnia: LGTB..... Discapacidad.....
 Religión:
 Barrio/ vereda:
 Dirección: Teléfono:.....
 EPS:
 Grado escolar que está cursando:
 Aún va al colegio: SI.....NO.... Fue al colegio hasta la edad de.....años.
 Nunca fue al colegio: SI.....NO....
LEY DE VICTIMAS(1448) 1: HOMICIDIOS → 2: SECUESTRO → 3: Desaparición Forzada →
 4: TORTURA → 5: Delitos contra la Libertad Sexual → 6: Mina Antipersonal →
 7: Reclutamiento ilegal de menores → 8: Actos de terrorismo y Actos de Barbarie →
 9: Usurpación o Despojo de Tierras → 10: Desplazamiento Forzado → 11: Masacres →
 12: Lesiones personales y tratos Inhumanos y degradantes → 13: Detención Arbitraria y violación del debido proceso →
 14: strucción de bienes culturales y lugares de culto →

- A continuación encontrará una lista de molestias que el niño puede haber observado o no. En caso de haber visto el síntoma que se describe en el niño, marque una "x" en la casilla correspondiente a "si", de lo contrario marque una "x" en la casilla correspondiente a "no".

SÍNTOMA	SI	NO
1. ¿El lenguaje del niño es anormal en alguna forma?		
2. ¿El niño duerme mal?		
3. ¿Ha tenido el niño en algunas ocasiones convulsiones o caídas al suelo sin razón?		
4. ¿Sufre el niño de dolores frecuentes de cabeza?		
5. ¿El niño ha huido de la casa frecuentemente?		
6. ¿Ha robado cosas de la casa?		
7. ¿Se asusta o se pone nervioso sin razón?		
8. ¿Parece como retardado o lento para aprender?		
9. ¿El niño casi nunca juega con otros niños?		
10. ¿El niño se orina o defeca en la ropa?		

Fecha de valoración:
 Nombre agente de salud mental:



Cargo/ocupación
Teléfono:correo electrónico.....
Acción desarrollada:

Anexo 6

Ficha Técnica – Dibujo de la familia

Nombre de la Prueba : Test del Dibujo de la familia.
Autor : Louis Corman.
Objetivo : Evaluar como el niño se percibe subjetivamente las relaciones entre los miembros de la familia y como se incluye él en el sistema.
Forma de Aplicación : Individual.
Administración : Niños de 5 a 16 años de edad.
Campo de Aplicación : Clínico e investigación.
Tiempo : No hay tiempo límite.
Material : Hoja Blanca y Lápiz

Cuestionario sobre el dibujo:

Esta familia que tu imaginas me la vas a explicar para yo conocerla mejor”

1. ¿Dónde están?

2. ¿Qué hacen ahí?

3. Nómbrame a todas las personas, empezando por la primera que dibujaste

4. Dime la edad de cada uno

5. ¿Quiénes se prefieren?

6. ¿Cuál es el más bueno de todos, en esta familia? ¿Por qué?

7. ¿Cuál es el menos bueno de todos? ¿Por qué?

8. ¿Cuál es el más feliz? ¿Por qué?

9. ¿Cuál es el menos feliz? ¿Por qué?

10. y tú, en tu familia ¿A quién prefieres?

11. Pregunta a la imaginación de cada uno de acuerdo a la problemática del niño. por ejemplo: "el papá propone un paseo en auto, pero no hay lugar para todos. ¿Quién se va a quedar en casa?"

12. "Uno de los hijos se portó mal ¿Cuál es? ¿Qué castigo tendrá?"

13. Suponiendo que perteneces a esta familia ¿Quién serías tú? ¿Por qué? (si vacila en responder, "estamos jugando ¿verdad?, jugamos a ser uno de la familia, el que quieras" ¿por qué?

14. Si es la familia propia que ha dibujado se le pregunta ¿Qué otra persona te gustaría ser ¿Por qué?

15. ¿Estas contento con lo que hiciste? Si tuvieras que hacerlo de nuevo ¿qué agregarías? ¿Qué le quitarías? ¿cambiarías algo?

VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS O BIBLIOGRAFÍA:

1. Ayuda en Acción. (2020) Cifras y datos de violencia de género en el mundo. <https://ayudaenaccion.org/blog/mujer/violencia-genero-cifras/>
2. Benassini y Díaz. (2001). Fisiopatología, diagnóstico y tratamiento del trastorno por estrés postraumático. Asociación Psiquiátrica Mexicana - México D.F.
3. CIE-10. (1995) Clasificación Internacional de Enfermedades, Trastornos Mentales y del Comportamiento. Versión 1,995.
4. DSM-IV. (1997).Manual de Diagnóstico y Estadística de los Trastornos Mentales. Guía de Uso. Editorial Masson. México D.F. Cuarta Edición.
5. Ferreira. (1996). La mujer Maltratada: Un estudio sobre las mujeres víctimas de la violencia doméstica. Hermes, México.
6. Anicama. (1999).Estudio Epidemiológico sobre la Violencia y comportamientos asociados en Lima Metropolitana y Callao. Lima-Perú, p.164
7. Ministerio Público – Fiscalía de la nación. (2022). Cifras estadísticas de la violencia de género en el Perú. <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/2893871/Informe%20Cifras%20de%20Violencia%20de%20G%C3%A9nero%20en%20el%20Per%C3%BA%2007.03.2022.pdf>
8. Oficina General de Epidemiología. (2000). Sistema de Vigilancia Epidemiológica de la Violencia Familiar. Lima.
9. OMS. (8 de marzo del 2021). Violencia contra la mujer. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>
10. OMS. (2002). Violencia y salud mental. <https://www.uv.mx/psicologia/files/2014/11/Violencia-y-Salud-Mental-OMS.pdf>
11. ONU MUJERES. (s.f) Tipos de violencia contra las mujeres y las niñas. <https://www.unwomen.org/es/what-we-do/ending-violence-against-women/faqs/types-of-violence>
12. OPS. (2020). Prevención de la violencia. <https://www.paho.org/es/temas/prevencion-violencia>
13. OPS. (2020). Violencia contra las niñas y los niños. <https://www.paho.org/es/temas/violencia-contra-ninas-ninos>
14. OPS. (2020). Violencia juvenil. <https://www.paho.org/es/temas/violencia-juvenil>
15. OPS. (2020). Violencia contra la mujer. <https://www.paho.org/es/temas/violencia-contra-mujer>
16. INEI. (5 de Julio 2016). Más del 40% de las niñas y niños fueron víctimas de violencia física o psicológica en los últimos 12 meses. <https://m.inei.gob.pe/prensa/noticias/mas-del-40-de-las-ninas-y-ninos->



fueron-victimas-de-violencia-fisica-o-psicologica-en-los-ultimos-12-meses-9191/

17. INEI. (8 de junio del 2020). El 57,7% de las mujeres fue víctima de violencia psicológica, física y/o sexual por parte del esposo o compañero en el año 2019. <https://www.inei.gob.pe/prensa/noticias/el-577-de-las-mujeres-fue-victima-de-violencia-psicologica-fisica-yo-sexual-por-parte-del-esposo-o-companero-en-el-ano-2019-12237/>
18. UNICEF. (2022) Violencia contra los niños: nuevo informe 'Ocultos a plena luz. <https://www.unicef.es/noticia/violencia-contra-los-ninos-nuevo-informe-ocultos-plena-luz>



II.- GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL CONSUMO SUSTANCIA PSICOACTIVA

I. FINALIDAD:

Dirigida al personal de salud con la finalidad de brindar un mejor servicio a la población: la guía ofrece diversos conceptos claves para lograr una intervención oportuna en la problemática asociada al consumo de sustancia psicoactivas.

II. OBJETIVO:

Conocer las consecuencias físicas, psíquicas y sociales derivadas del consumo de sustancias psicoactivas. Desarrollar capacidades y habilidades que les posibilite tomar decisiones responsables y coherentes con el valor salud.

III. AMBITO DE APLICACIÓN:

En las áreas de emergencia, hospitalización y consultorios externos del Hospital "Carlos Lanfranco la Hoz"

IV. NOMBRE Y CODIGO:

Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de alcohol. .
F10

Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de opioides.
F11

Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de cannabinoides. F12

Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sedantes o hipnóticos. F13

Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de cocaína – PBC (derivados de la hoja de coca) * F14

Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de otros estimulantes (incluyendo la cafeína). F15



Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de alucinógenos. F16

Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de tabaco. F17

Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de disolventes volátiles. F18

Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de múltiples drogas o de otras sustancias psicoactivas. F19

V. CONSIDERACIONES GENERALES:

5.1. DEFINICIÓN

Los trastornos mentales y del comportamiento debido al consumo de sustancias psicoactivas, son un conjunto de eventos psicopatológicos iniciados con la intoxicación aguda y sus diferentes manifestaciones, y que de modo progresivo pueden concluir en la adicción o dependencia, incluyendo por tanto expresiones características para cada tipo de sustancia psicoactiva en lo concerniente a los cuadros clínicos de la intoxicación aguda, crónica y dependencia síndrome de abstinencia e inclusive los trastornos psicóticos inducidos por tales sustancias, así como la comorbilidad médica general, familiar y social relacionadas.

Son un conjunto de eventos psicopatológicos iniciados con la intoxicación aguda y sus diferentes manifestaciones y que de modo progresivo pueden concluir en la adicción o dependencia, incluyendo por lo tanto expresiones características para cada tipo de sustancia psicótropa en lo concerniente a los cuadros clínicos de la intoxicación aguda, crónica y dependencia síndrome de abstinencia e inclusive los trastornos psicóticos inducidos por tales sustancias, así como la comorbilidad medica general, familiar y social relacionadas.

5.2. ETIOLOGÍA:

Dentro de una concepción etiológica multicausal, se incluyen3:



- La sustancia psicoactiva que actúa principalmente sobre el sistema nervioso central, provocando efectos agudos (intoxicación aguda) y crónicos (intoxicación crónica), induciendo en el organismo significativos cambios bioquímicos, fisiológicos y orgánicos.
- Factores propios del consumidor/adicto, entre los cuales pueden citarse predisposición genética/hereditaria y la personalidad premórbida de particular importancia en lo referente a grupos de riesgo (adolescentes y adultos jóvenes).
- Factores ambientales, culturales y sociales, que incluyen la disfuncionalidad familiar, el proceso de aprendizaje social del consumo de sustancias (especialmente de drogas legales) y el incremento de la producción y tráfico de drogas y el deterioro social consecutivo.

5.3. FISIOPATOLOGÍA:

El consumo de sustancias psicoactivas genera cambios en la neurotransmisión cerebral, afectando el sistema límbico, área tegmental ventral y diversas áreas de la corteza, desencadenando síntomas y signos característicos de cada sustancia según sea acción sobre los sistemas dopaminérgico, serotoninérgico, gabaérgico u otros. En individuos predispuestos, la intoxicación aguda puede ocasionar alteraciones patológicas más severas, generando trastornos psicóticos específicos para cada sustancia y que en algunos casos pueden estar relacionados con comorbilidad. (para el caso de alcohol reviste particular importancia la intoxicación patológica). La repetición de los fenómenos, de intoxicación aguda, con un acortamiento progresivo de los periodos intercríticos, conduce a nivel neuronal a procesos de neuroadaptación y neurosensibilización que gradualmente generan en el individuo la demanda obsesiva del consumo, no obstante, la aparición de problemas comportamentales, familiares, laborales y sociales asociadas a éste. La presentación del síndrome de abstinencia (como expresión del fenómeno de intoxicación crónica) generará la repetición compulsiva del consumo, constituyendo un cuadro clínico de patología de la voluntad. Los efectos sobre el SNC descritos, se expresan en modificaciones comportamentales



en el individuo, que incluyen el abandono progresivo de sus actividades cotidianas, el protagonismo gradualmente exclusivo que el consumo de la sustancia adquiere para él, su conducta disfuncional en el seno familiar, laboral y social.

5.4. ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICO:

- Las sustancias psicoactivas de mayor consumo en el país son las de tipo legal: alcohol y tabaco. Para el caso del alcohol, se considera que un 10% de la PEA enfrenta problemas de abuso-dependencia (variable según región, lugar de residencia y estrato socioeconómico).
- Entre las sustancias ilegales, se ha reportado que un alto porcentaje de la población joven consume cannabinoides, y drogas de diseño.
- Entre el 0.5 y 1% de la población presenta problemas relacionados con el abuso/dependencia de PBC – Clorhidrato de cocaína.

5.5. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS:

5.5.1. Medio Ambiente.

Caracterizado por la libre disposición por la población de sustancias psicoactivas legales (alcohol-tabaco), y la incentivación al consumo a través de la promoción y propaganda por los medios de información. En lo concerniente a las sustancias psicoactivas ilegales, la organización de la producción y comercialización de ellas ha generado un fenómeno que compromete vastas esferas del ordenamiento social desde el ámbito de la producción, tráfico y consumo.

5.5.2. Estilos de vida

Nuestra sociedad se ha caracterizado por propiciar el consumo de alcohol y tabaco como importantes gratificadores, expresados en el fomento de su utilización como componentes de diversiones y situaciones agradables, habiéndose difundido su uso a edades cada vez más tempranas. Del mismo modo, se produce una



suerte de acostumbramiento social al consumo de sustancias psicoactivas ilegales, expresadas en el inicio precoz de su consumo y el crecimiento de la patología asociada al mismo.

5.5.3. Factores hereditarios.

Diversos autores han señalado la predisposición genética hereditaria a desarrollar la enfermedad alcohólica, con mayor incidencia en el sexo masculino. Existen fundadas sospechas que tal predisposición hereditaria es igualmente importante en lo concerniente a las sustancias psicoactivas ilegales**. Son de particular importancia los efectos en hijos recién nacidos de consumidoras de sustancias psicoactivas, como es el caso de síndrome de abstinencia neonatal en casos de madres alcohólicas, o los reportes de mayor incidencia de peso y talla en hijos de consumidoras, así como de trastornos de conducta en la niñez y la infancia de los mismos.

Para una amplia revisión de los aspectos epidemiológicos, se pueden consultar los Estudios Epidemiológicos en Lima Metropolitana y Nacional realizados por el IESM HD-HN y los reportes de DEVIDA. Lo que da pie al desarrollo de programas de fomento de los mecanismos de resiliencia.

VI. CONSIDERACIONES ESPECIFICAS:

CUADRO CLINICO:

1. LA INTOXICACIÓN AGUDA por sustancias psicoactivas constituye un estado transitorio consecutivo a la ingestión o asimilación de sustancias psicoactivas o de alcohol que produce alteraciones del nivel de conciencia, de la cognición, de la percepción, del estado afectivo, del comportamiento o de otras funciones y respuestas fisiológicas o psicológicas, la intoxicación aguda suele tener una relación estrecha con la dosis de la sustancia, la recuperación es completa excepto cuando el tejido cerebral está dañado o surge alguna otra complicación, los efectos de algunas sustancias como el cannabis y los alucinógenos son particularmente imprevisibles.



De acuerdo con lo anterior. Deben subrayarse los factores farmacodinámicas y farmacocinéticas que intervienen en la interacción sustancia psicoactivas-consumidor, cuyas características son específicas para las diferentes sustancias.

2. **SÍNDROME DE DEPENDENCIA** se trata de un conjunto de manifestaciones fisiológicas, comportamentales y cognoscitivas en el cual el consumo de una droga, o de un tipo de ellas, adquiere la máxima prioridad para el individuo, mayor incluso que cualquier otro tipo de comportamiento de los que en el pasado tuvieron en valor más alto. La recaída en el consumo de una sustancia después de un periodo de abstinencia lleva la instauración más rápida del resto de las características del síndrome de lo que sucede en individuos no dependientes. La historia natural del trastorno se inicia con el primer cuadro de intoxicación aguda del individuo, y progresa gradualmente hacia la dependencia, con un acortamiento de los periodos Inter-críticos y un incremento de la dosis de consumo en directa asociación con los fenómenos de tolerancia metabólica y neuronal, con sus expresiones comportamentales en el seno de la familia y la sociedad, el abandono de otras fuentes de gratificación y la persistencia del consumo no obstante sus consecuencias perjudiciales.
3. **EL SÍNDROME DE ABSTINENCIA**, es un conjunto de síntomas y signos generados por la suspensión del consumo prolongado de una sustancia. El consumo de la misma no generará los efectos supuestamente gratificantes de la misma, aliviando más bien los efectos desagradables de su ausencia

6.2. DIAGNOSTICO:

INTOXICACION AGUDA (F1X.0)

Corresponde a un conjunto de síntomas y signos desencadenados por el consumo de una sustancia psicoactivas y su acción directa principalmente sobre el SNC. Es característico para cada tipo de sustancias y su intensidad disminuye con el tiempo, requiriendo cada vez mayor dosis desapareciendo finalmente el efecto gratificador de la ingestión. Está relacionado con:



- Dosis de consumo (pudiendo dar efectos diferentes según la dosis, como en el caso del alcohol que varía de efectos estimulantes a depresores).
- Historia previa de consumo
- El contexto Social en el que se produce
- El estado orgánico previo
- Para el alcohol, la intoxicación patológica constituye un cuadro agudo de comportamiento violento a bajas dosis.

Diagnóstico Diferencial

- Trastornos orgánicos cerebrales agudos (TEC)
- Hipoglucemia

SINDROME DE DEPENDENCIA (F1X.2)

Se trata de un conjunto de manifestaciones fisiológicas, comportamentales y cognoscitivas que se expresa en:

- Compulsión de consumo
- Incapacidad para controlar el inicio del consumo o detenerlo.
- Síndrome de abstinencia característico para cada sustancia.
- Tolerancia que lleva al consumo de dosis crecientes (que incluso superan las letales) para producir los efectos deseados.
- Preferir el consumo abandonando otras fuentes de placer.
- Consumo persistente aun en presencia de sus consecuencias dañinas en lo orgánico (por ejemplo cirrosis o encefalopatías), familiar o socio laboral.
- Acortamiento del periodo intercritico (entre consumo y consumo) hasta su virtual desaparición en casos severos.

El diagnóstico Diferencial

- Para el caso del síndrome de abstinencia estará en relación a determinar el tipo de sustancia consumida (o grupo de sustancias de tolerancia cruzada), aun cuando las características son específicas para cada una de ellas.



Debe igualmente diferenciarse entre un cuadro de compulsión de consumo por dependencia (en el cual existe deseo de consumo) y un estado de abstinencia generado por usos médicos (como el caso de opiáceos utilizados para calmar el dolor).

6.2 EXAMENES AUXILIARES (Evaluación Psicológica)

La entrevista clínica global y multidimensional es la principal estrategia para un correcto diagnóstico.

Un adecuado proceso de entrevista permite al paciente relatar su experiencia y sus impresiones del evento, teniendo la oportunidad de expresarse con libertad en un entorno seguro, empático y no crítico.

La entrevista también facilita una "alianza de trabajo" efectiva, necesaria para el normal desarrollo del proceso terapéutico en etapas posteriores, así como una ocasión única para el establecimiento de una adecuada relación (rapport) imprescindible para el éxito terapéutico.

Los Instrumentos de evaluación deben explorar aspectos como la depresión, personalidad, mecanismos de afrontamiento, cogniciones y estilo de vida. Entre otras, pueden utilizarse las siguientes pruebas psicológicas:

- Test de Figura Humana de Karen Machover, para conocer a nivel proyectivo sus principales rasgos de personalidad.
- Inventario Caracterológico de Eysenck o Gastón Berger para conocer la estructura temperamental y el nivel de Neuroticismo del paciente.
- Test de Completamiento de Frases Incompletas de Sacks. Para conocer sus actitudes y experiencias en las diferentes áreas de la vida del paciente.
- Escala de Ansiedad Estado Rasgo.
- Inventario de Depresión de Beck.
- Escala de Riesgo Suicida.
- Inventario Multiaxial de Millon II. Nos permite conocer el patrón Básico de Personalidad, así como los síndromes severos y patología del paciente.

- Inventario de Personalidad de Minnesota (MMPI).
- Alcoholismo: test AUDIT, CAGE.
- Dependencia al tabaco: test de Felgustrom.
- Abuso dependencia a sustancias: entrevista neuropsiquiátrica
- MINI DSM V. La Structured Clinical Interview for DSM-IV, Axis I y II
- Disorders (SCID-I y II)
- Funcionalidad familiar: APGAR familiar.
- Depresión y ansiedad: test de Hamilton.

Es frecuente encontrar en este tipo de pacientes otros trastornos asociados, como trastornos de pánico o ansiedad generalizada, por lo que la evaluación de este tipo de trastornos debería ser parte del proceso evaluativo.

6.2.1. MANEJO SEGÚN NIVEL DE COMPLEJIDAD Y CAPACIDAD RESOLUTIVA

6.4.1. Medidas Generales

En general, las adicciones suelen tener una evolución recurrente o cíclica, aunque hay excepciones, como remisiones espontáneas en que desaparece el consumo de la droga sin intervención de profesionales sanitarios.

6.4.2. Terapéutica

NIVEL II-2 (con Servicio de Psiquiatría)

Objetivos:

- a. Detección y selección de casos a ser incorporados al programa.
- b. Programa de motivación para incorporarse al tratamiento¹².
- c. Programa de tratamiento y rehabilitación para adictos no complicados, en diversas modalidades.
- d. Programa de desintoxicación con internamiento.



e. Programa de seguimiento.

Modalidades:

- ✓ Manejo psicofarmacológico:
 - Para el síndrome de abstinencia, según severidad de éste, se utilizará desde un abordaje psicoterapéutico (por ejemplo técnicas de relajación, bloqueo de pensamiento), hasta el uso de psicofármacos (tranquilizantes mayores y menores)
 - En caso de presentarse apetencia de consumo (craving), podrán utilizarse igualmente técnicas de psicoterapia y psicofármacos (de preferencia combinarlas).
 - En caso de comorbilidad psiquiátrica: el manejo de los psicofármacos se ajustará al cuadro específico (ejemplo en pacientes con trastornos afectivos, podrán utilizarse estabilizadores del ánimo, sales de litio antidepresivo y antipsicótico de preferencia atípicos.
 - Los casos de alcoholismo pueden ser manejados con naltrexona (No se encuentra en petitorio nacional) (se recomienda 50 mg / día), disulfiram 250 a 500 mg / día).
 - Los casos de adicción a nicotina pueden manejarse con Bupropion (no se encuentra en petitorio nacional) (150 mg / día) entre otras opciones:
 - Tratamiento médico integral de otros trastornos concomitantes.
 - Psicoterapia individual con énfasis en la motivación, áreas de la personalidad comprometida, y de la conducta adictiva.
 - Psicoterapia grupal orientada a la generación de grupos de autoayuda.
 - Psicoterapia familiar
 - Generación de redes de soporte social.
 - Seguimiento.
 - Generación de redes de derivación, referencia y coordinación con otros equipos terapéuticos.



- Los programas serán evaluados con indicadores de proceso, resultado e impacto en forma periódica (se recomienda semestral, anual y al finalizar el mismo).

Etapas de intervención

1. Desintoxicación.
2. Manejo del síndrome de abstinencia. Ambos de duración variable según tipo de droga y modalidad de consumo.
3. Estabilización y rehabilitación (aproximadamente 6 meses)
4. Reinserción socio laboral (de 2 a cuatro meses)
5. Seguimiento (incluye prevención de recaídas) entre dos a 5 años.

Criterios de Inclusión

1. Pacientes en etapa de abuso y dependencia precoz.
2. Pacientes con motivación al tratamiento.
3. Paciente con residencia permanente en la jurisdicción.
4. Pacientes en condiciones de ser manejados ambulatoriamente.
5. Existencia de redes de apoyo (familiar y social).

Criterios de exclusión y separación.

1. Complicaciones psiquiátricas y médicas severas.
2. Más de tres recaídas severas durante el tratamiento.
3. Incumplimiento del contrato terapéutico.
4. Conducta delictiva.
5. Problemas legales.

TRATAMIENTO PSICOLÓGICO

Son muchas las estrategias posibles de tratamiento frente a los Trastornos Mentales y del Comportamiento debidas al consumo de Sustancia Psicoactivas, ninguna estrategia, considerada de forma aislada puede ser etiquetada como superior al resto en cuanto a su efectividad para todo tipo de pacientes o bajo todo tipo de circunstancias.



Es importante considerar que la elección de una técnica sobre otra dependerá en buena medida de la propia formación teórica y práctica del profesional.

A continuación, se presenta una breve revisión de algunas de las modalidades terapéuticas más comúnmente utilizadas en la actualidad.

El modelo de Prochaska y Diclemente: un modelo de cambio

LOS ESTADIOS DEL CAMBIO

Los estadios representan la dimensión temporal, es decir, cuándo cambia la gente. Al ayudar a alguien se debe considerar el momento particular en el que se encuentra. Se postula que para lograr el cambio, una persona debe pasar por etapas bien definidas y predecibles, las cuales deben ser respetadas para facilitar el proceso.

Para alcanzar el éxito en el cambio, resulta fundamental saber en qué etapa se encuentra la persona con relación a su problema, con el fin de diseñar procedimientos específicos que se adecuen a cada sujeto. En otras palabras, lo que se busca es la relación terapéutica y el tipo de intervención adecuados para cada persona dependiendo del estadio en que se encuentre.

1. Precontemplación: es probable que el paciente concorra por constricción externa (orden judicial, familiares, etc.), manifestando negación del problema y sin considerar realmente el cambio. El riesgo de abandono aquí varía entre un 40% y un 60%, e incluso a un 80% en casos relacionados con el consumo de sustancias.
2. Contemplación: el sujeto reconoce tener un problema, se muestra más receptivo a la información en cuanto a su problema y las posibles soluciones, aunque vacila en cuanto al momento de iniciar el cambio, dudando aún sobre sus beneficios.
3. Preparación: en esta etapa la persona se halla lista para la actuación, habiendo dado algunos pasos en pos del objetivo.



4. **Acción:** se refiere al momento en que se hacen más evidentes los pasos que se toman para lograr el cambio. Su duración es de 6 meses.
5. **Mantenimiento:** sigue a la acción y dura otros 6 meses, el propósito en este estadio radica en sostener los cambios logrados a través de la modificación del estilo de vida y la prevención de recaídas.
6. **Finalización:** el cliente ya no necesita de la utilización de ningún proceso de cambio a fin de impedir la recaída o el regreso al problema.

Es importante destacar que, al intentar cambiar un problema, gran parte de los sujetos recaen al menos una vez en el proceso, pero la mayoría de ellos suele volver a empezarlo desde la etapa de contemplación o preparación, para luego pasar a la acción. Es por esto que se dice que el cambio no sigue un patrón lineal, sino más bien uno en espiral. La mayoría de los sujetos incorporan nuevas estrategias y conocimientos a partir de lo experimentado en las recaídas.

También es primordial que el terapeuta recuerde que los estadios del cambio son específicos para cada conducta-problema.

OTROS ENFOQUES

1. ENFOQUE PSICOEDUCATIVO

El enfoque psicoeducativo implica proporcionar al paciente/familia información básica sobre su estado, síntomas característicos y diversas estrategias de afrontamiento.

A nivel familiar incluye la enseñanza de estrategias de afrontamiento y habilidades de solución de problemas para facilitar la relación con la persona afectada por el trastorno.

2. TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL

La terapia Cognitiva es un procedimiento activo, directivo, estructurado y de tiempo limitado. Se basa en la teoría de que los afectos y la conducta de un individuo están determinados en gran medida por el modo que



tiene dicho individuo de procesar la información (todos los estímulos provenientes tanto del mundo externo como del mundo interno) y dar significado a los hechos.

Dicho de otra manera, lo que pensamos acerca del mundo, de los demás y de nosotros mismos, condiciona nuestros estados de ánimo y nuestra conducta.

La terapia Cognitiva se complementa con una terapia Conductual donde, a través de la realización de prácticas, ejercicios y exposiciones, la persona pone a prueba y ejercita los nuevos estilos de pensamiento adquiridos a través del trabajo psicoterapéutico. La combinación de ambas terapias permite a la persona que sufre estos trastornos conocer y cambiar su estilo de pensamiento, lo que lleva a un cambio en el comportamiento, para lograr así, una mejora significativa en la calidad de vida.

3. TECNICAS DE RELAJACION / CONTROL DE ACTIVACIÓN EMOCIONAL

- La relajación progresiva de Jacobson/Wolpe
- El entrenamiento autógeno
- La meditación
- Técnicas de respiración
- Técnicas de biofeedback
- Técnicas Imaginación / visualización
- Técnicas de auto-hipnosis
- Sofrología

4. TERAPIAS PSICODINAMICAS

Las terapias psicodinámicas se centran en los conflictos emocionales causados por el evento traumático, particularmente los relacionados con experiencias tempranas.

A través de la expresión de las diversas emociones y pensamientos asociados al evento, en un ambiente empático y seguro, el paciente adquiere una mayor sensación de seguridad y autoestima, desarrolla maneras efectivas de pensar y de afrontar la experiencia traumática y



las intensas emociones asociadas que emergen durante el proceso terapéutico.

El objetivo es incrementar la conciencia ("insight") de los conflictos intrapersonales y su resolución. El paciente es GUÍAdo hacia el desarrollo de una autoestima reforzada, mayor autocontrol y una nueva visión de su integridad personal y autoconfianza.

En definitiva, el terapeuta psicodinámico pretende un cambio de largo alcance. Busca reestructurar la personalidad básica cambiando la forma en que una persona contempla la vida y reacciona ante ella, ayudándoles a desarrollar una visión adecuada de sí mismas y a tomar conciencia de las poderosas fuerzas psicológicas enterradas profundamente en su inconsciente.

Enfoque Psicoanalítico. - Sigmund Freud le otorgó un peso importante a los factores constitucionales y los interpretó como si interactuasen con las experiencias vitales de una persona para producir una fijación y crear una condición de vulnerabilidad. La investigación psicoanalítica ha resaltado la importancia del vínculo materno y del ambiente en el que crece el niño.

5. TERAPIAS DE GRUPO

La terapia de grupo es una opción terapéutica que permite al paciente compartir sus experiencias en un ambiente de seguridad, cohesión y empatía proporcionada por los otros pacientes y el propio terapeuta.

Compartir las propias vivencias y afrontar directamente la ira, ansiedad y culpa a menudo asociados a los eventos traumáticos permite a muchos pacientes afrontar de forma eficaz sus recuerdos, sus emociones e integrarlos de forma adaptativa en su vida cotidiana.

La terapia de grupo pretende alcanzar los siguientes objetivos terapéuticos:

- Estabilizar las reacciones, tanto a nivel físico como psíquico, frente a los estresores intensos.
- -Explorar, compartir y afrontar emociones y percepciones.

- -Aprender estrategias efectivas de afrontamiento y manejo ante el estrés.

En cuanto a los grupos de autoayuda/apoyo para los pacientes y las familias con trastornos psicológicos, afortunadamente van haciéndose progresivamente más comunes.

6. TERAPIA FAMILIAR

La terapia familiar es similar a la terapia de grupo en la medida que su foco de interés fundamental es la interacción entre las personas, sin embargo, difiere en algunos aspectos importantes.

En primer lugar, un grupo no tiene un pasado, una historia o un futuro común. En cambio, la familia sí los tiene, y es en buena medida el factor determinante del éxito en la terapia.

En segundo lugar, el rol del terapeuta familiar, en la mayoría de los casos, es más directivo.

El terapeuta de grupo suele actuar más como un facilitador de procesos y dinamizador del grupo.

Pero quizás la diferencia más importante sea que el objetivo final del terapeuta familiar sea la de fortalecer al grupo en sí mismo, a la vez que a sus miembros individuales, mientras que la meta de la terapia de grupo es que el propio grupo se auto disuelva cuando sus miembros individuales hayan resuelto sus conflictos.

Pero quizás la diferencia más importante sea que el objetivo final del terapeuta familiar sea la de fortalecer al grupo en sí mismo, a la vez que a sus miembros individuales, mientras que la meta de la terapia de grupo es que el propio grupo se auto disuelva cuando sus miembros individuales hayan resuelto sus conflictos.

Las estrategias terapéuticas abarcan una variedad de objetivos, desde los más ambiciosos que tratan de intervenir sobre la familia en su conjunto, desde una perspectiva sistémica y global, hasta los más centrados en ofrecer perspectiva, información y pautas de actuación concretas a los miembros de la familia del paciente para que lo apoyen durante el proceso terapéutico, potenciando la comunicación entre las familias y reduciendo posibles focos de tensión.



La capacidad resolutive de intervención de los casos agudos es de manejo ambulatorio por el Servicio de Psiquiatría y Psicología en hospital de Nivel II y los casos crónicos el manejo es mediante la transferencia y/o derivación para su internamiento en el Instituto Nacional S.M. H.D- "Noguchi" de Nivel IV, Hospitales de Nivel III ó a otros centros especializados.

6.4.3. Efectos adversos o colaterales con el tratamiento

Las adicciones afectan la salud mental al involucrar el funcionamiento alterado de varios circuitos cerebrales, lo cual se traduce en múltiples trastornos cognitivos, emocionales y comportamentales.

- Se identificó sintomatología depresiva y ansiosa en un grupo de pacientes adictos a sustancias psicoactivas, en deshabitación.
- Conclusiones: se pudo confirmar que los pacientes presentaron alteraciones tanto ansiosas como depresivas y el tiempo de consumo estuvo relacionado con la intensidad de la sintomatología. A mayor intensidad de la sintomatología afectiva, hubo mayor probabilidad de consumo.

6.4.4. Signos de alarma

- Estado físico: Pérdida de peso, ojos rojos, irritación nasal, ronquera, tos crónica. Lesiones tipo heridas y contusiones.
- Hábitos personales: nuevos amigos o intereses, gotas oculares, alteración del sueño y del apetito, higiene deficiente, pérdida de interés por los deportes, cambios en la forma de vestir, nuevos intereses musicales especiales.
- Rendimiento académico: alteraciones de la memoria, bajo rendimiento con suspensos, no asistencia a clase, falta de interés por los estudios, problemas con los profesores, expulsiones.



- Estado emocional: estado de ánimo muy variable, depresión, reacciones de pánico, trastornos como alucinaciones o delirios.
- Conductas o actividades de riesgo, problemas con las amistades o familia, robos, promiscuidad, problemas legales.

6.4.5. Criterios de Alta

Criterios de Alta Clínica:

- Culminar el programa terapéutico
- Mantenerse en abstinencia entre 2 a 5 años.

Criterios de Alta Administrativa:

- Abandono del tratamiento
- Incumplimiento del contrato terapéutico
- Recaídas reiteradas durante el programa de tratamiento.

6.4.6. Pronostico

RESERVADO

Es decir, se alternan periodos de consumo más descontrolado con períodos más o menos prolongados en que se abandona el consumo (abstinencia) y que son seguidos por recaídas en el uso de la sustancia. Sin embargo, es posible romper este ciclo.

6.5. COMPLICACIONES

- En el caso de INTOXICACION SEVERA, en sujetos que transportan la cocaína en el estómago (burriers), se realizara el lavado gástrico y se administrara carbón activado. La cirugía inmediata para extraer el material y tratar la necrosis intestinal.
- En síndrome de abstinencia la intoxicación cocainica asociada al consumo del alcohol genera cuadros de cardiotoxicidad que pueden ser mortales.
- El delirium tremens constituye complicación severa del síndrome de abstinencia alcohólica.



- El síndrome de abstinencia neonatal es una complicación importante en hijos recién nacidos de madres alcohólicas.
- Los cuadros severos de violencia y maltrato infantil y familiar son complicaciones frecuentes asociadas a todas las drogas.
- Son indicadores indirectos los asociados a accidentes de tránsito, atenciones por causa médicas asociadas a drogas, perdidas de horas de trabajo.
- Nueve de cada 10 casos de cáncer pulmonar están asociados al consumo de tabaco.
- Deterioro de las funciones cognitivas asociadas (entre otros) a:
 - Los casos crónicos de alcoholismo derivan en cuadros clínicos de síndrome de Wernicke y Korsakoff (este último irreversible).
 - Existen cuadros de infarto cerebral asociados a la intoxicación cocainica.
- Comorbilidad
- Disfunción y/o pérdida laboral, académica, familiar.

6.6. CRITERIOS DE REFERENCIA Y CONTRA REFERENCIA

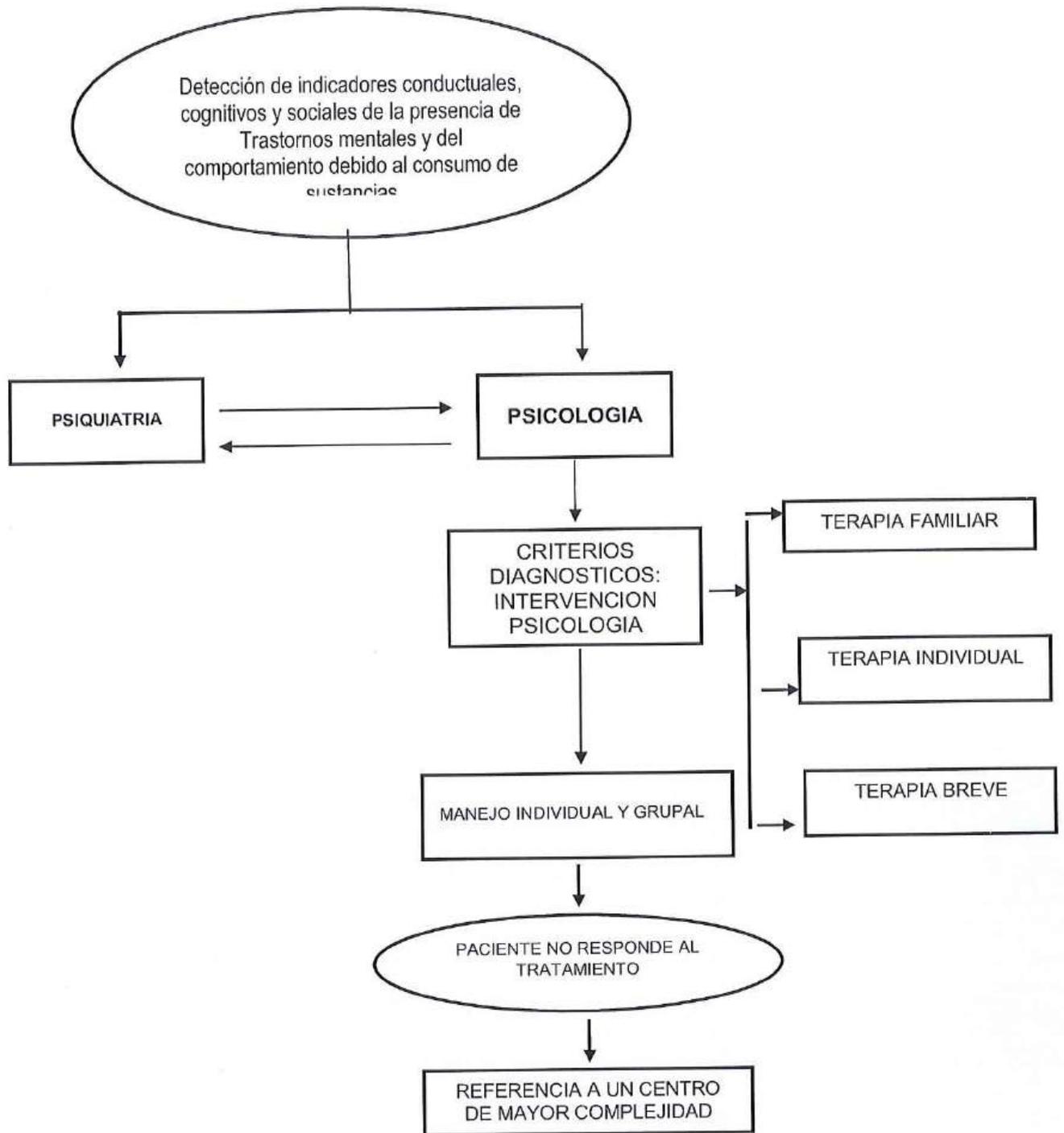
Están contemplados en cada uno de los Niveles de Atención.

Criterios de contra referencia:

Haber concluido el programa terapéutico en el nivel correspondiente.

1. El problema que origino su referencia a nivel superior haya sido resuelto.
2. Accesibilidad geográfica
3. Casos de seguimiento pertinentes de ser manejados en un nivel de menor complejidad.

6.7. FLUXOGRAMA



VII. ANEXOS

Cuestionario AUDIT para la detección del consumo de alcohol

1) ¿Con qué frecuencia consume bebidas que contienen alcohol?

- Nunca (0 puntos)
- Mensualmente o menos (1 punto)
- De 2 a 4 veces al mes (2 puntos)
- De 2 a 3 veces a la semana (3 puntos)
- 4 o más veces a la semana (4 puntos)

2) ¿Cuántas bebidas alcohólicas toma en un día normal?

- 1 o 2 (0 puntos)
- 3 o 4 (1 punto)
- 5 o 6 (2 puntos)
- De 7 a 9 (3 puntos)
- 10 o más (4 puntos)

3) ¿Con qué frecuencia toma 5 o más consumiciones en una ocasión?

- Nunca (0 puntos)
- Menos que mensualmente (1 punto)
- Mensualmente (2 puntos)
- Semanalmente (3 puntos)
- A diario o casi a diario (4 puntos)

4) ¿Con qué frecuencia en el último año no fue capaz de dejar de beber una vez que había empezado?

- Nunca (0 puntos)
- Menos que mensualmente (1 punto)
- Mensualmente (2 puntos)
- Semanalmente (3 puntos)
- A diario o casi a diario (4 puntos)

5) ¿Con qué frecuencia en el último año no ha sido capaz de hacer lo que cabría esperar normalmente de usted como consecuencia de la bebida?

- Nunca (0 puntos)
- Menos que mensualmente (1 punto)
- Mensualmente (2 puntos)
- Semanalmente (3 puntos)
- A diario o casi a diario (4 puntos)

6) ¿Con qué frecuencia durante el último año ha necesitado un trago por la mañana para ponerse en marcha después de una noche de haber consumido abundante alcohol?

- Nunca (0 puntos)
- Menos que mensualmente (1 punto)
- Mensualmente (2 puntos)
- Semanalmente (3 puntos)
- A diario o casi a diario (4 puntos)

7) ¿Con qué frecuencia durante el último año se ha sentido culpable o arrepentido después de haber bebido?

- Nunca (0 puntos)
- Menos que mensualmente (1 punto)
- Mensualmente (2 puntos)
- Semanalmente (3 puntos)
- A diario o casi a diario (4 puntos)

8) ¿Con qué frecuencia durante el último año ha olvidado lo que ocurrió la noche anterior debido al alcohol?

- Nunca (0 puntos)
- Menos que mensualmente (1 punto)
- Mensualmente (2 puntos)
- Semanalmente (3 puntos)
- A diario o casi a diario (4 puntos)

9) ¿Usted o alguna otra persona ha resultado lesionado/a como consecuencia de su consumo de alcohol?

- No (0 puntos)
- Sí, pero no en el último año (2 puntos)



Sí, durante el último año (4 puntos)

10) ¿Ha estado preocupado algún familiar, amigo o profesional sanitario por su consumo de alcohol o le ha sugerido que reduzca su consumo?

No (0 puntos)

Sí, pero no en el último año (2 puntos)

Sí, durante el último año (4 puntos)

Recuento total de puntos de criterios:

[Reiniciar el formulario](#)

Puntuación para la detección del consumo de alcohol

0 - 7 Puntos: Riesgo bajo
8 - 15 Puntos: Riesgo medio
16 - 19 Puntos: Riesgo alto
20 - 40 Puntos: Probable adicción

Notas

- **Riesgo bajo** (0-7 puntos) Probablemente usted no tenga un problema con el alcohol. Siga bebiendo con moderación o no beba nada en absoluto.
- **Riesgo medio** (8-15 puntos) Puede que en ocasiones beba demasiado. Esto puede ponerle a usted o a otros en riesgo. Intente reducir el consumo de alcohol o deje de beber completamente.
- **Riesgo alto** (16-19 puntos) Su consumo de alcohol podría causarle daños, si no lo ha hecho ya. Es importante que reduzca el consumo de alcohol o que deje de beber completamente. Pida a su médico o enfermera/o asesoramiento sobre cómo es mejor reducir el consumo.
- **Probable adicción** (20+ puntos) Es probable que su consumo de alcohol le esté causando daños. Hable con su médico o enfermera/o, o con un especialista en adicciones. Pida medicación y asesoramiento que puedan ayudarle a dejar la bebida. Si tiene problemas de alcoholismo, no deje de beber sin la ayuda de un profesional sanitario.

**CUESTIONARIO DE SINTOMAS:
S.R.Q.-18**

Fecha Entrevistador:

Establecimiento:

IDENTIFICACION DEL PACIENTE:

Nombre del paciente:.....

Fecha de Nacimiento: Edad: Sexo: M F

Dirección:.....

Motivo de consulta:

.....
.....
.....

- | | | | | |
|-----|--|----|----|--------------------------|
| 1. | ¿Tiene dolores frecuentes de cabeza? | SI | NO | <input type="checkbox"/> |
| 2. | ¿Tiene mal apetito? | SI | NO | <input type="checkbox"/> |
| 3. | ¿Duerme mal? | SI | NO | <input type="checkbox"/> |
| 4. | ¿Se asusta con facilidad? | SI | NO | <input type="checkbox"/> |
| 5. | ¿Sufre temblor en las manos? | SI | NO | <input type="checkbox"/> |
| 6. | ¿Se siente nervioso o tenso? | SI | NO | <input type="checkbox"/> |
| 7. | ¿Sufre de mala digestión? | SI | NO | <input type="checkbox"/> |
| 8. | ¿Es incapaz de pensar con claridad? | SI | NO | <input type="checkbox"/> |
| 9. | ¿Se siente triste? | SI | NO | <input type="checkbox"/> |
| 10. | ¿Llora Ud. con mucha frecuencia? | SI | NO | <input type="checkbox"/> |
| 11. | ¿Tiene dificultad en disfrutar de sus actividades diarias? | SI | NO | <input type="checkbox"/> |
| 12. | ¿Tiene dificultad para tomar decisiones? | SI | NO | <input type="checkbox"/> |
| 13. | ¿Tiene dificultad en hacer su trabajo? | SI | NO | <input type="checkbox"/> |
| 14. | ¿Su trabajo se ha visto afectado?
¿Es incapaz de desempeñar un papel útil en su vida? | SI | NO | <input type="checkbox"/> |
| 15. | ¿Ha perdido interés en las cosas? | SI | NO | <input type="checkbox"/> |
| 16. | ¿Se siente aburrido? | SI | NO | <input type="checkbox"/> |
| 17. | ¿Ha tenido la idea de acabar con su vida? | SI | NO | <input type="checkbox"/> |
| 18. | ¿Se siente cansado todo el tiempo? | SI | NO | <input type="checkbox"/> |

PUNTUACIÓN DE LAS PREGUNTAS 1 - 18:

- | | | | | |
|-----|--|----|----|--------------------------|
| 19. | ¿Siente Ud. que alguien ha tratado de herirlo en alguna forma? | SI | NO | <input type="checkbox"/> |
| 20. | ¿Es Ud. una persona mucho más importante que lo que piensan los demás? | SI | NO | <input type="checkbox"/> |



- | | | | | |
|-----|--|----|----|--------------------------|
| 21. | ¿Ha notado interferencias o algo raro en su pensamiento? | SI | NO | |
| 22. | ¿Oye voces sin saber de donde vienen o que otras personas no pueden oír? | SI | NO | <input type="checkbox"/> |
| 23. | ¿Ha tenido convulsiones, ataques o caídas al suelo con movimientos de brazos y piernas; con mordedura de la lengua ó pérdida del conocimiento? | SI | NO | <input type="checkbox"/> |
| 24. | ¿Alguna vez le ha parecido a su familia, sus amigos, su médico o su sacerdote que Ud. estaba bebiendo demasiado? | SI | NO | <input type="checkbox"/> |
| 25. | ¿Alguna vez ha querido dejar de beber pero no ha podido? | SI | NO | <input type="checkbox"/> |
| 26. | ¿Ha tenido alguna vez dificultades en el trabajo o en el estudio a causa de la bebida como beber en el trabajo o colegio o faltar a ellos? | SI | NO | <input type="checkbox"/> |
| 27. | ¿Ha estado en riñas o lo han detenido estando borracho? | SI | NO | <input type="checkbox"/> |
| 28. | ¿Le ha parecido alguna vez que Ud. bebía demasiado? | SI | NO | <input type="checkbox"/> |

DETERMINACION DE LA PUNTUACION:

El cuestionario tiene varias partes: Las primeras 18 preguntas se refieren a trastornos de leve o moderada intensidad como los depresivos, angustia o ansiosos y otros, nueve o más respuestas positivas en éste grupo determinan que el entrevistado tiene una alta probabilidad de sufrir enfermedad mental, y por lo tanto se le considera un "caso".

Las preguntas 19 a 22 son indicativas de un trastorno psicótico; una sola respuesta positiva entre éstas cuatro determina un "caso".

La respuesta positiva a la pregunta 23 indica alta probabilidad de sufrir un trastorno convulsivo.

Las preguntas 24 a 28 indican problemas relacionados con el consumo del alcohol; la respuesta positiva a una sola de ellas determina que la persona tiene alto riesgo de sufrir alcoholismo.

Cualquiera de estas posibilidades, o una combinación de las tres, indica que efectivamente se trata de un "caso".

ESCALA DE AUTOVALORACION DE LA DEPRESION DE ZUNG

Nombre:

Sexo:

Edad:

Estado Civil:

Fecha:

Historia Clínica:

DNI:

Dirección:

		Nunca o casi nunca	A vece s	Con bastante frecuencia	Siempre o casi siempre
1	Me siento abatido y melancólico	1	2	3	4
2	Por las mañanas es cuando me siento mejor	4	3	2	1
3	Tengo accesos de llanto o ganas de llorar	1	2	3	4
4	Tengo problemas para dormir en la noche	1	2	3	4
5	Tengo tanto apetito como antes	4	3	2	1
6	Aun me atraen las personas del sexo opuesto	4	3	2	1
7	Noto que estoy perdiendo peso	1	2	3	4
8	Tengo trastornos intestinales y estreñimiento	1	2	3	4
9	Me late el corazón más a prisa que de costumbre	1	2	3	4
10	Me canso sin motivo	1	2	3	4
11	Tengo la mente tan clara como antes	4	3	2	1
12	Hago las cosas con la misma facilidad que antes	4	3	2	1
13	Me siento nervioso y no puedo estar quieto	1	2	3	4
14	Tengo esperanza en el futuro	4	3	2	1
15	Estoy más irritable que antes	1	2	3	4
16	Me es fácil tomar decisiones	4	3	2	1
17	Me siento útil y necesario	4	3	2	1
18	Me satisface mi vida actual	4	3	2	1
19	Creo que los demás estuvieran mejor si yo muriera	1	2	3	4
20	Disfruto de las mismas cosas que antes	4	3	2	1



ESCALA DE AUTOVALORACION DE LA ANSIEDAD DE ZUNG

Nombre:

Sexo:

Edad:

Estado Civil:

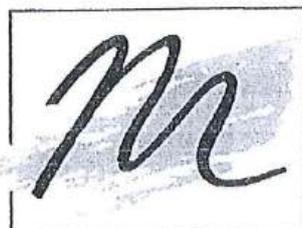
Fecha:

Historia Clínica:

DNI:

Dirección:

		Nunca o casi nunca	A veces	Con bastante frecuencia	Siempre o casi siempre	Puntos
1	Me siento más intranquilo y nervioso que de costumbre	1	2	3	4	
2	Me siento atemorizado sin motivo	1	2	3	4	
3	Me altero o me angustio fácilmente	1	2	3	4	
4	Siento como si me estuviera deshaciendo en pedazos	1	2	3	4	
5	Creo que todo está bien y no va a pasar nada malo	4	3	2	1	
6	Me tiemblan los brazos y las piernas	1	2	3	4	
7	Sufro dolores de cabeza, del cuello y de la espalda	1	2	3	4	
8	Me siento débil y me canso fácilmente	1	2	3	4	
9	Me siento intranquilo y me es fácil estar tranquilo	4	3	2	1	
10	Siento que el corazón me late a prisa	1	2	3	4	
11	Sufro mareos	1	2	3	4	
12	Me desmayo o siento que voy a desmayarme	1	2	3	4	
13	Puedo respirar fácilmente	4	3	2	1	
14	Se me duermen y me hormiguean los dedos de las manos y de los pies	1	2	3	4	
15	Sufro dolores de estómago o indigestión	1	2	3	4	
16	Tengo que orinar con mucha frecuencia	1	2	3	4	
17	Generalmente tengo las manos secas y calientes	4	3	2	1	
18	La cara se me pone caliente y roja	1	2	3	4	
19	Me duermo fácilmente y descanso bien por la noche	4	3	2	1	
20	Tengo pesadillas	1	2	3	4	



MCMI - III

**INVENTARIO CLÍNICO
MULTIAXIAL DE MILLON-III**

CUESTIONARIO

1. Últimamente parece que me quedo sin fuerzas, incluso por la mañana
2. Me parece muy bien que haya normas porque son una buena guía a seguir,
3. Disfruto haciendo tantas cosas diferentes que no puedo decidir por cuál empezar.
4. Gran parte del tiempo me siento débil y cansado.
5. Sé que soy superior a los demás, por eso no me importa lo que piense la gente.
6. La gente nunca ha reconocido suficientemente las cosas que he hecho.
7. Si mi familia me presiona, es probable que me enfade y me resista a hacer lo que ellos quieren.
8. La gente se burla de mí a mis espaldas, hablando de lo que hago o parezco.
9. Frecuentemente critico mucho a la gente que me irrita.
10. Raramente exteriorizo las pocas emociones que suelo tener.
11. Me resulta difícil mantener el equilibrio cuando camino.
12. Muestro mis emociones fácil y rápidamente.
13. En el pasado, mis hábitos de tomar drogas me han causado problemas a menudo.
14. Algunas veces puedo ser bastante duro y desagradable con mi familia.
15. Las cosas que hoy van bien no durarán mucho tiempo.
16. Soy una persona muy agradable y sumisa.
17. Cuando era adolescente, tuve muchos problemas por mi mal comportamiento en el colegio.
18. Tengo miedo a acercarme mucho a otra persona porque podría acabar siendo ridiculizado o avergonzado.
19. Parece que elijo amigos que terminan tratándome mal.
20. He tenido pensamientos tristes gran parte de mi vida desde que era niño.
21. Me gusta coquetear con las personas del otro sexo.
22. Soy una persona muy variable y cambio de opiniones y sentimientos continuamente.
23. Beber alcohol nunca me ha causado verdaderos problemas en mi trabajo.
24. Hace unos años comencé a sentirme un fracasado.
25. Me siento culpable muy a menudo sin ninguna razón.
26. Los demás envidian mis capacidades.
27. Cuando puedo elegir, prefiero hacer las cosas solo.
28. Pienso que el comportamiento de mi familia debería ser estrictamente controlado.
29. La gente normalmente piensa que soy una persona reservada y seria.
30. Últimamente he comenzado a sentir deseos de destrozar cosas.
31. Creo que soy una persona especial y merezco que los demás me presten una particular atención.
32. Siempre estoy buscando hacer nuevos amigos y conocer gente nueva.
33. Si alguien me criticase por cometer un error, rápidamente le señalaría sus propios

errores.

34. Últimamente he perdido los nervios.
35. A menudo renuncio a hacer cosas porque temo no hacerlas bien.
36. Muchas veces me dejo llevar por mis emociones de ira y luego me siento terriblemente culpable por ello.
37. Muy a menudo pierdo mi capacidad para percibir sensaciones en partes de mi cuerpo.
38. Hago lo que quiero sin preocuparme de las consecuencias que tenga en los demás.
39. Tomar las llamadas "drogas ilegales" puede ser imprudente, pero reconozco que en el pasado las he necesitado.
40. Creo que soy una persona miedosa e inhibida.
41. He hecho impulsivamente muchas cosas estúpidas que han llegado a causarme grandes problemas.
42. Nunca perdono un insulto ni olvido una situación embarazosa que alguien me haya causado.
43. A menudo me siento triste o tenso, inmediatamente después de que me haya pasado algo bueno.
44. Ahora me siento terriblemente deprimido y triste gran parte del tiempo.
45. Siempre hago lo posible por complacer a los demás, incluso a quienes no me gustan.
46. Siempre he sentido menos interés por el sexo que la mayoría de la gente.
47. Siempre tiendo a culparme a mí mismo cuando las cosas salen mal.
48. Hace mucho tiempo decidí que lo mejor es tener poco que ver con la gente.
49. Desde niño, siempre he tenido que tener cuidado con la gente que intentaba engañarme.
50. No soporto a las personas influyentes que siempre piensan que pueden hacer las cosas mejor que yo.
51. Cuando las cosas son aburridas, me gusta provocar algo interesante o divertido.
52. Tengo un problema con el alcohol que nos ha creado dificultades a mi familia y a mí.
53. Los castigos nunca me han impedido hacer lo que yo quería.
54. Muchas veces me siento muy alegre y animado sin ninguna razón.
55. En las últimas semanas me he sentido agotado sin ningún motivo especial.
56. Últimamente me he sentido muy culpable porque ya no soy capaz de hacer nada bien.
57. Pienso que soy una persona muy sociable y extravertida.
58. Me he vuelto muy nervioso en las últimas semanas.
59. Controlo muy bien mi dinero para estar preparado en caso de necesidad.
60. Simplemente, no he tenido la suerte que otros han tenido en la vida.
61. Algunas ideas me dan vueltas en la cabeza una y otra vez y no desaparecen.
62. Desde hace uno o dos años, al pensar sobre la vida, me siento muy triste y desanimado.
63. Mucha gente ha estado espiando mi vida privada durante años.
64. No sé por qué pero, a veces, digo cosas crueles sólo para hacer sufrir a los demás.
65. En el último año he cruzado el Atlántico en avión 30 veces.
66. En el pasado, el hábito de abusar de las drogas me ha hecho faltar al trabajo.
67. Tengo muchas ideas que son avanzadas para los tiempos actuales.
68. Últimamente tengo que pensar las cosas una y otra vez sin ningún motivo.
69. Evito la mayoría de las situaciones sociales porque creo que la gente va a criticarme o rechazarme.
70. Muchas veces pienso que no merezco las cosas buenas que me pasan.
71. Cuando estoy solo, a menudo noto cerca de mí la fuerte presencia de alguien que no puede ser visto.
72. Me siento desorientado, sin objetivos, y no sé hacia dónde voy en la vida.



73. A menudo dejo que los demás tomen por mí decisiones importantes.
74. No puedo dormirme, y me levanto tan cansado como *al* acostarme.
75. Últimamente sudo mucho y me siento muy tenso.
76. Tengo una y otra vez pensamientos extraños de los que desearía poder librarme.
77. Tengo muchos problemas para controlar el impulso de beber en exceso.
78. Aunque esté despierto, parece que no me doy cuenta de la gente que está cerca de mí.
79. Con frecuencia estoy irritado y de mal humor.
80. Para mí es muy fácil hacer muchos amigos.
81. Me avergüenzo de algunos de los abusos que sufrí cuando era joven.
82. Siempre me aseguro de que mi trabajo esté bien planeado y organizado.
83. Mis estados de ánimo cambian mucho de un día para otro.
84. Me falta confianza en mí mismo para arriesgarme a probar algo nuevo.
85. No culpo a quien se aprovecha de alguien que se lo permite.
86. Desde hace algún tiempo me siento triste y deprimido y no consigo animarme.
87. A menudo me enfado con la gente que hace las cosas lentamente.
88. Cuando estoy en una fiesta nunca me aíso de los demás.
89. Observo a mi familia de cerca para saber en quién se puede confiar y en quién no.
90. Algunas veces me siento confuso y molesto cuando la gente es amable conmigo.
91. El consumo de "drogas ilegales" me ha causado discusiones con mi familia.
92. Estoy solo la mayoría del tiempo y lo prefiero así.
93. Algunos miembros de mi familia dicen que soy egoísta y que sólo pienso en mí mismo.
94. La gente puede hacerme cambiar de ideas fácilmente, incluso cuando pienso que ya había tomado una decisión.
95. A menudo irrito a la gente cuando les doy órdenes,
96. En el pasado la gente decía que yo estaba muy interesado y apasionado por demasiadas cosas.
97. Estoy de acuerdo con el refrán: "Al que madruga Dios le ayuda".
98. Mis sentimientos hacia las personas importantes en mi vida muchas veces oscilan entre el amor y el odio.
99. Cuando estoy en una reunión social, en grupo, casi siempre me siento tenso y cohibido.
100. Supongo que no soy diferente de mis padres ya que, hasta cierto punto, me he convertido en un alcoholico.
101. Creo que no me tomo muchas de las responsabilidades familiares tan seriamente como debería.
102. Desde que era niño he ido perdiendo contacto con la realidad.
103. Gente mezquina intenta con frecuencia aprovecharse de lo que he realizado o ideado.
104. No puedo experimentar mucho placer porque no creo merecerlo.
105. Tengo pocos deseos de hacer amigos íntimos.
106. He tenido muchos periodos en mi vida en los que he estado tan animado y he consumido tanta energía que luego me he sentido muy bajo de ánimo.
107. He perdido completamente mi apetito y la mayoría de las noches tengo problemas para dormir.
108. Me preocupa mucho que me dejen solo y tenga que cuidar de mí mismo.
109. El recuerdo de una experiencia muy perturbadora de mi pasado sigue apareciendo en mis pensamientos.
110. El año pasado aparecí en la portada de varias revistas.
111. Parece que he perdido el interés en la mayoría de las cosas que solía encontrar

- placenteras, como el sexo.
112. He estado abatido y triste mucho tiempo en mi vida desde que era bastante joven.
 113. Me he metido en problemas con la ley un par de veces.
 114. Una buena manera de evitar los errores es tener una rutina para hacer las cosas.
 115. A menudo otras personas me culpan de cosas que no he hecho.
 116. He tenido que ser realmente duro con algunas personas para mantenerlas a raya.
 117. La gente piensa que, a veces, hablo sobre cosas extrañas o diferentes a las de ellos.
 118. Ha habido veces en las que' no he podido pasar el día sin tomar drogas.
 119. La gente está intentando hacerme creer que estoy loco.
 120. Haría algo desesperado para impedir que me abandonase una persona que quiero.
 121. Sigo dándome atracones de comida un par de veces a la semana.
 122. Parece que echo a perder las buenas oportunidades que se cruzan en mi camino.
 123. Siempre me ha resultado difícil dejar de sentirme deprimido y triste.
 124. Cuando estoy solo y lejos de casa, a menudo comienzo a sentirme tenso y lleno de pánico.
 125. A veces las personas se molestan conmigo porque dicen que hablo mucho o demasiado deprisa para ellas.
 126. Hoy, la mayoría de la gente de éxito ha sido afortunada o deshonesta.
 127. No me involucro con otras personas a no ser que esté seguro de que les voy a gustar.
 128. Me siento profundamente deprimido sin ninguna razón que se me ocurra.
 129. Años después, todavía tengo pesadillas acerca de un acontecimiento que supuso una amenaza real para mi vida.
 130. Ya no tengo energía para concentrarme en mis responsabilidades diarias.
 131. Beber alcohol me ayuda cuando me siento deprimido.
 132. Odio pensar en algunas de las formas en las que se abusó de mí cuando era un niño.
 133. Incluso en los buenos tiempos, siempre he tenido miedo de que las cosas pronto fuesen mal.
 134. Algunas veces, cuando las cosas empiezan a torcerse en mi vida, me siento como si estuviera loco o fuera de la realidad.
 135. Estar solo, sin la ayuda de alguien cercano de quien depender, realmente me asusta.
 136. Sé que he gastado más dinero del que debiera comprando "drogas ilegales".
 137. Siempre compruebo que he terminado mi trabajo antes de tomarme un descanso para actividades de ocio.
 138. Noto que la gente está hablando de mí cuando paso a su lado.
 139. Se me da muy bien inventar excusas cuando me meto en problemas.
 140. Creo que hay una conspiración contra mí.
 141. Siento que la mayoría de la gente tiene una mala opinión de mí.
 142. Frecuentemente siento que no hay nada dentro de mí, como si estuviera vacío y hueco.
 143. Algunas veces me obligo a vomitar después de comer.
 144. Creo que me esfuerzo mucho por conseguir que los demás admiren las cosas que hago o digo.



145. Me paso la vida preocupándome por una cosa u otra.
146. Siempre me pregunto cuál es la razón real de que alguien sea especialmente agradable conmigo.
147. Ciertos pensamientos vuelven una y otra vez a mi mente.
148. Pocas cosas en la vida me dan placer.
149. Me siento tembloroso y tengo dificultades para conciliar el sueño debido a dolorosos recuerdos de un hecho pasado que pasan por mi cabeza repetidamente.
150. Pensar en el futuro al comienzo de cada día me hace sentir terriblemente deprimido.
151. Nunca he sido capaz de libramme de sentir que no valgo nada para los demás.
152. Tengo un problema con la bebida que he tratado de solucionar sin éxito.
153. Alguien ha estado intentando controlar mi mente.
154. He intentado suicidarme.
155. Estoy dispuesto a pasar hambre para estar aún más delgado de lo que estoy.
156. No entiendo por qué algunas personas me sonríen.
157. No he visto un coche en los últimos diez años.
158. Me pongo muy tenso con las personas que no conozco bien, porque pueden querer hacerme daño.
159. Alguien tendría que ser bastante excepcional para entender mis habilidades especiales.
160. Mi a afectada por 'imágenes mentales' de algo terrible que me pasó.
161. Parece que creo situaciones con los demás en las que acabo herido o me siento rechazado.
162. A menudo me pierdo en mis pensamientos y me olvido de lo que está pasando a mi alrededor.
163. La gente dice que soy una persona delgada, pero creo que mis muslos y mi trasero son demasiado grandes.
164. Hay terribles hechos de mi pasado que vuelven repetidamente para perseguirme en mis pensamientos y sueños.
165. No tengo amigos íntimos al margen de mi familia.
166. Casi siempre actúo rápidamente y no pienso las cosas tanto como debiera.
167. Tengo mucho cuidado en mantener mi vida como algo privado, de manera que nadie pueda aprovecharse de mí.
168. Con mucha frecuencia oigo las cosas con tanta claridad que me molesta.
169. Siempre estoy dispuesto a ceder en una riña o desacuerdo porque temo el enfado o rechazo de los demás.
170. Repito ciertos comportamientos una y otra vez, algunas veces para reducir mi ansiedad y otras para evitar que pase algo malo.
171. Recientemente he pensado muy en serio en quitarme de en medio.
172. La gente me dice que soy una persona muy formal y moral.
173. Todavía me aterrorizo cuando pienso en una experiencia traumática que tuve hace años.
174. Aunque me da miedo hacer amistades, me gustaría tener más de las que tengo.
175. A algunas personas que se supone que son mis amigos les gustaría hacerme daño.

Nombre:	TEST DE LA FIGURA HUMANA (MACHOVER)
Autor:	Karen Machover
Constructo de medición:	Evaluar aspectos de la personalidad del sujeto en relación a su auto concepto y a su imagen corporal
Rango de edad	Niños, Adolescentes y adultos.
Tiempo de aplicación	No hay límite, sin embargo, el promedio de su realización es de 15 a 30 minutos.
Forma de administración Área de la psicología en la que se utiliza:	Individual
Material para la aplicación:	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Lápiz No 2 ➤ Borrador ➤ 2 Hojas de tamaño carta en blanco y sin rayas.
Material para la calificación:	
Instrucciones (consigna)	“Dibuje una figura humana” o “dibuje una persona”; luego se le dice que ahora dibuje una persona del sexo opuesto y viceversa, al finalizar, los dibujos se le pide que escriba una historia sobre cada dibujo.



TEST PROYECTIVO DE LA PERSONA BAJO LA LLUVIA

Titulo original de la prueba	Test de la persona bajo la lluvia
Autor	Silvia Mabel Querol y María Chávez Paz
Clasificación	Test Proyectivo
Objetivos	<ul style="list-style-type: none">- Evaluar las ansiedades, temores, aspectos conductuales que se activan ante una situación de presión ambiental.- Diagnosticar modalidad defensiva predominante y su modalidad adaptativa o patológica, nivel de ansiedad.- Diagnosticar o inferir estructura psicopatológica subyacente y su característica de organización-desorganización.
Edad	Niños en adelante.
Forma de Administración	Individual
Tiempo de Aplicación	Variable, aproximadamente 30 minutos.
Material	1 hoja blanca tamaño A4 y lápiz del número 2 con goma de borrar.



INVENTARIO DE PERSONALIDAD EYSENCK

FORMATO B

CUESTIONARIO

INSTRUCCIONES

Aquí tienes algunas preguntas sobre el modo como usted se comporta, siente y actúa. Después de cada pregunta, conteste en la hoja de respuestas con un "SI" o con una "NO" según sea su caso.

Trate de decir "SI" o "NO" representa su modo usual de actuar o sentir, entonces, ponga un aspa o cruz en el círculo debajo de la columna "SI" o "NO" de su hoja de respuestas. Trabaje rápidamente y no emplee mucho tiempo en cada pregunta; queremos su primera reacción, en un proceso de pensamiento prolongado.

El cuestionario total no debe de tomar más que unos pocos minutos. Asegúrese de omitir alguna pregunta.

Ahora comience. Trabaje rápidamente y recuerde de contestar todas las preguntas. No hay contestaciones "correctas" ni "incorrectas" y esto no es un test de inteligencia o habilidad, sino simplemente una medida de la forma como usted se comporta.

1. ¿le gusta abundancia de excitación y bullicio a su alrededor?
2. ¿tiene a menudo un sentimiento de intranquilidad, como si quisiera algo, pero sin saber qué?
3. ¿tiene casi siempre una contestación lista a la mano cuando se le habla?
4. ¿se siente algunas veces feliz, algunas veces triste, sin una razón real?
5. ¿permanece usualmente retraído (a) en fiestas y reuniones?
6. cuando era niño(a) ¿hacia siempre inmediatamente lo que le decían, sin refunfuñar?
7. ¿se enfada o molesta a menudo?
8. cuando lo(a) meten a una pelea ¿prefiere sacar los trapitos al aire de una vez por todas, en vez de quedar callado(a) esperando que las cosas se calmen solas?
9. ¿es usted triste, melancólico (a)?
10. ¿le gusta mezclarse con la gente?
11. ¿a perdido a menudo el sueño por sus preocupaciones?
12. ¿se pone a veces malhumorado (a)?
13. ¿se catalogaría a si mismo(a) como despreocupado (a) o confiado a su buena suerte?
14. ¿se decide a menudo demasiado tarde?
15. ¿le gusta trabajar solo (a)?
16. ¿se ha sentido a menudo apático (a) y cansado(a) sin razón?
17. ¿es por lo contrario animado(a) y jovial?
18. ¿se ríe a menudo de chistes groseros?

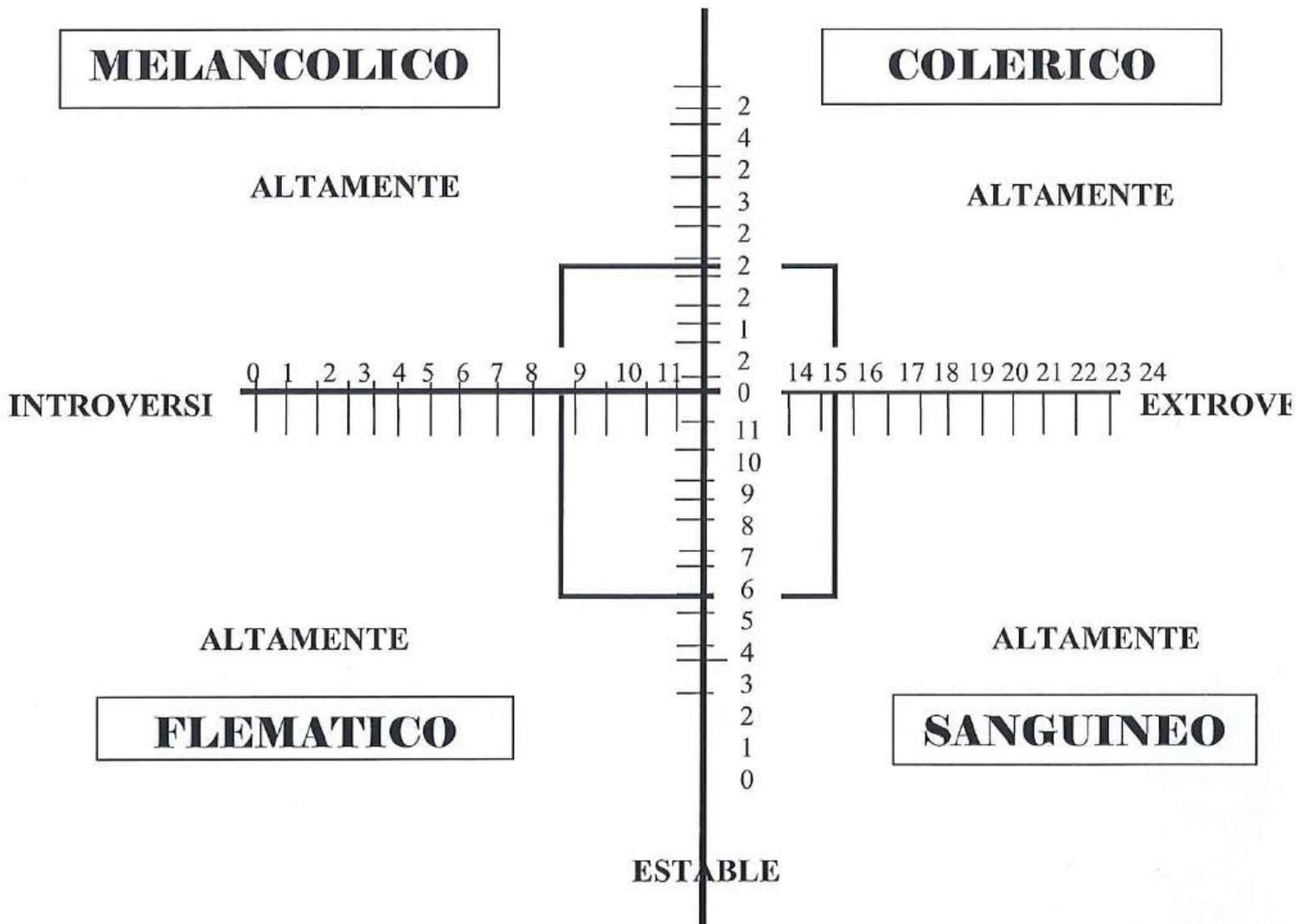


19. ¿se siente a menudo hastiado(a), harto, fastidiado?
20. ¿se siente incómodo(a) con vestidos que no son del diario?
21. ¿se distrae (vaga su mente) a menudo cuando trata de prestar atención a algo?
22. ¿puede expresar en palabras fácilmente lo que piensa?
23. ¿se abstrae (se pierde en sus pensamientos) a menudo?
24. ¿está completamente libre de prejuicios de cualquier tipo?
25. ¿le gusta las bromas?
26. ¿piensa a menudo en su pasado?
27. ¿le gusta mucho la buena comida?
28. cuándo se fastidia ¿necesita algún(a) amigo(a) para hablar sobre ello?
29. ¿le molesta vender cosas o pedir dinero a la gente para alguna buena causa?
30. ¿alardea (se jacta) un poco a veces?
31. ¿es usted muy susceptible (sensible) por algunas cosas?
32. ¿le gusta más quedarse en casa, que ir a una fiesta aburrida?
33. ¿se pone a menudo tan inquieto(a) que no puede permanecer sentado(a) durante mucho rato en una silla?
34. ¿le gusta planear las cosas, con mucha anticipación?
35. ¿tiene a menudo mareos (vértigos)?
36. ¿contesta siempre una carta personal, tan pronto como puede, después de haberla leído?
37. ¿hace usted usualmente las cosas mejor resolviéndolas solo(a) que hablando a otra persona sobre ello?
38. ¿le falta frecuentemente aire, sin haber hecho un trabajo pesado?
39. ¿es usted generalmente una persona tolerante, que no se molesta si las cosas no están perfectas?
40. ¿sufre de los nervios?
41. ¿le gustaría más planear cosas, que hacer cosas?
42. ¿deja algunas veces para mañana. ¿Lo que debería hacer hoy día?
43. ¿se pone nervioso(a) en lugares tales como ascensores, trenes o túneles?
44. cuando hace nuevos amigos(as) ¿es usted usualmente quien inicia la relación o invita a que se produzca?
45. ¿sufre fuertes dolores de cabeza?
46. ¿siente generalmente que las cosas se arreglarán por sí solas y que terminarán bien de algún modo?
47. ¿le cuesta trabajo coger el sueño al acostarse en las noches?
48. ¿ha dicho alguna vez mentiras en su vida?
49. ¿dice algunas veces lo primero que se le viene a la cabeza?
50. ¿se preocupa durante un tiempo demasiado largo, después de una experiencia embarazosa?
51. ¿se mantiene usualmente hético(a) o encerrado (a) en sí mismo(a), excepto con amigos muy íntimos?
52. ¿se crea a menudo problemas, por hacer cosas sin pensar?

53. ¿le gusta contar chistes y referir historias graciosas a sus amigos?
54. ¿se le hace más fácil ganar que perder un juego?
55. ¿se siente a menudo demasiado consciente de si mismo(a) o poco natural cuando esta con sus superiores?
56. cuando todas las posibilidades están contra usted, ¿piensa aun usualmente que vale la pena intentar?
57. ¿siente "sensaciones" en el abdomen, antes de un hecho importante?



POR FAVOR ASEGURESE QUE HAYA CONTESTADO TODAS LAS PREGUNTAS



VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Organización Mundial de la Salud (1992). CIE – 10 Trastornos Mentales del Comportamiento: Descripciones Clínicas y Pautas para el Diagnostico. Madrid: Meditor.1992.pp.97-112.
2. DSM-IV-TR. Breviario. Criterios Diagnósticos. PA.Masson S.A. Barcelona (España), 2005.pp.97-141.
3. Kaplan H. Sadock B. Sinopsis de Psiquiatría Editorial Medica Panamericana S.A. Madrid. España,1999.pp.426-517.
4. Anales de Salud Mental – IESM-HD-HN. Estudio Epidemiológico Metropolitano en Salud Mental 2002.Informe General. Vol. XVIII-Lima Perú- Año 2002-Nº 1 y 2.pp.75,123.
5. Bodes J. Casa M. Gutiérrez M. Manual de Evaluación y Tratamiento de las Drogodependencias. Barcelona.2003.
6. Sanchez-Hervas E, et al. Un modelo de tratamiento Psicoterapéutico en Adicciones-Trastornos Adictivos(3) 2004;159-66 22.
7. Harold I. Kaplan (1996) Sinopsis de Psiquiatría, Buenos aires, Editorial medica panamericana.
8. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM IV (1995), Barcelona, Masson S.A.
9. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM III-R , Barcelona, Masson S.A.
- 10.J. Vallejo Ruiloba (1998) Introducción a la psicopatología y la psiquiatría, Barcelona, Masson S.A., 4ta edición.
- 11.Amparo Belloch (1995) Manual de psicopatología, Madrid, Editora Isabel Capella.
- 12.Clasificación internacional de enfermedades CIE 10 (1992) Madrid, Técnicas graficas FORMA S.A.



III.- GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE CONDUCTA SUICIDA

I. FINALIDAD:

La presente Guía de Práctica Clínica para el tratamiento de la conducta suicida ha sido elaborada siguiendo la estructura de la Norma Técnica de Salud para la Elaboración y Uso de Guías de Práctica Clínica del ministerio de Salud. Y tiene como finalidad ofrecer recomendaciones al personal de salud que labore en el Departamento de Emergencia del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, para la evaluación diagnóstica y manejo (tratamiento, remisiones y seguimiento) de personas con ideación o conductas suicidas que consulten el departamento.

II. OBJETIVO:

Servir de referencia para la evaluación, diagnóstico y tratamiento de los adultos y adolescentes que acuden para la atención de pacientes con riesgo de suicidio, ideación y/o conducta suicida.

III. ÁMBITO DE APLICACIÓN:

La presente guía es de aplicación en el departamento de Emergencia del Hospital Carlos Lanfranco la Hoz.

IV. NOMBRE Y CODIGO

SUICIDIO Y LESIONES INTENCIONALMENTE AUTOINFLINGIDAS (CAPÍTULO XX:X60 AL X84) CIE – Z91.5

V. CONSIDERACIONES GENERALES:

5.1. DEFINICIÓN

- **CONDUCTA SUICIDA**

Es una condición clínica que se define como el desarrollo del pensamiento suicida pudiendo llegar hasta el acto suicida consumado. Se puede originar esta conducta en función a una



decisión voluntaria, motivos inconscientes, en estados psicopatológicos que cursan con alteraciones del afecto, del pensamiento, de la conciencia y de los impulsos.

- **Definiciones Operativas**

IDEACION SUICIDA: Se denomina así en sentido general, al conjunto de pensamientos que expresan un deseo o intencionalidad de morir u otras vivencias psicológicas suicidas, tal como la fantasía o prefiguración de la propia muerte. Sinónimo de pensamiento suicida.

INTENTO DE SUICIDIO: Es el concepto general que sirve para designar a todo acto que busque la muerte propia, inclusive de manera manipulatoria, y del cual se sobrevive.

SUICIDIO CONSUMADO: acto por el cual el paciente logra su cometido de auto eliminarse.

5.2. ETIOLOGÍA

Factores sociales: Morselli desde el enfoque sociológico considera que el suicidio es consecuencia de la escasez de recursos de algunos miembros de la sociedad para sobrevivir, con la inevitable pérdida de los más débiles.

Por su parte, Durkheim diferenció entre suicidio egoísta, altruista, anómico y fatalista. El primero se presenta entre las personas que no están bien integradas a un grupo social; el segundo entre aquellas personas cuya integración está alterada de tal modo que no pueden seguir las normas habituales de conducta, el tercero se produce por una ruptura en la relación habitual entre la sociedad y el individuo (pérdida de seres queridos, propiedades, prestigio, etc.) y el último, surge como resultado de una reglamentación excesiva, que termina aplastando a estos individuos.



Factores psicológicos: desde esta perspectiva las posibles causas de la aparición y mantenimiento de la conducta suicida se puede explicar desde tres categorías: la primera se refiere al déficit de control de impulsos, la segunda tiene que ver con la propensión al dolor psicológico intenso y la tercera está asociada a los esquemas cognitivos disfuncionales.

Sigmund Freud consideró como agresión dirigida hacia un objetivo de amor introyectado. Para Albert Ellis, la ideación suicida es resultado de la interpretación distorsionada que se le da a los eventos, y no a los eventos en sí mismos. Las motivaciones que expresan los suicidas pueden ser variadas, renacimiento o reunión con personas fallecidas. Para Beck, Kovacs, Weissman y otros cognitivistas, descubrieron que la desesperanza está más ligada al suicidio consumado que a la experiencia subjetiva de la depresión. Ellos han definido el suicidio como un acto intencional causado a uno mismo, que pone en peligro la vida, y que da como resultado la muerte, incluyendo todas las circunstancias que rodean el fallecimiento.

Factor Neurobiológico: Una disminución en la acción de la serotonina, 5 HT (5HT) está implicada en conductas depresivas, agresivas, y de trastornos del control de los impulsos, asociados a los suicidios violentos o agresivos. Asimismo, la conducta suicida se asocia con una disminución en los niveles serotoninérgicos de la corteza ventral prefrontal. Igualmente, se encontró niveles bajos de serotonina (5-HT) y su metabolito principal, ácido 5-hidróxiindolacético (5-HIAA) en cerebros post-mortem.

También se ha señalado la falta de procesamiento adecuado en la corteza prefrontal del cerebro de la que depende la toma de decisiones, y que se vería debilitada por los estados depresivos, abuso de alcohol o sustancias psicoactivas u otros estados psicopatológicos.

En sujetos con intento de suicidio la reducción de los niveles de 5-HIAA en el LCR se correlacionó con el diagnóstico psiquiátrico y la letalidad del intento.

Estudios sugieren que existe una asociación entre alteraciones del eje hipotálamo- hipófisis-suprarenal y suicidio. Las primeras observaciones fueron hechas por Buney y Fawcett (1965) quienes encontraron una elevada excreción urinaria de 17- hidroxycorticosteroides en víctimas de intentos de suicidio y suicidios consumados. También han sido informadas elevaciones de cortisol en sangre en suicidas e incluso valores arriba de 20 mg/dl podrían tomarse como marcador biológico de alto riesgo de suicidio.

Los niveles de colesterol sanguíneo, fundamentalmente la hipocolesterolemia (menor de 160 mg/dl), ha venido siendo estudiado en numerosos países, como un factor que puede estar relacionado con el metabolismo del triptofano, precursor de la serotonina, sin que se encuentre correlación en todas las series estudiadas, pero por la sencillez y economía es un factor a considerar.

Aspectos Genéticos: Ciertas investigaciones sugieren una tasa elevada de concordancia de suicidio en gemelos idénticos. En un estudio danés sobre gemelos monocigóticos se observó que, en 20% de los casos en los que un hermano se suicidaba, el otro fallecía de la misma manera. En estudios locales se encontró que familiares del grado de intentados de suicidio habían cometido suicidio (26.7 %). Estudios sobre adopción realizados en Dinamarca muestran un mayor número de suicidios en familiares de personas suicidas comparadas con familiares de los controles.

5.3. ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS:

Según la organización mundial de la salud, en el 2012 la tasa mundial de suicidio se calculó en 11.4 por cada mil habitantes (15 en varones y 8 en mujeres), en tanto que la prevalencia mundial de intentos suicidas



en la población adulta se calculó en aproximadamente 0.4% durante el mismo años; en el Perú, la tasa bruta de suicidio fue de 3.1 por 100 habitantes (4.2 en varones y 2.1 en mujeres).

En el centro nacional de Epidemiología, prevención y control de enfermedades (antes dirección general de Epidemiología) y el Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado-Hideyo Noguchi (INSM HD-HN), elaboraron la propuesta de vigilancia de salud mental, la cual fue aprobada en 2016 mediante Directiva Sanitaria D.D. 071-MINSA/CDC-V.01 (RM 496-2016/MINSA). Uno de los problemas priorizados por la vigilancia fue la detección de las personas con intento de suicidio captándose los casos en los servicios de emergencia y en consultorios externos (si es que acudieron dentro de las primeras 72 horas de haber ocurrido el intento). La implementación de la vigilancia de salud mental se inició el 2017, luego de la sistematización de la experiencia obtenida luego de 6 meses de implementación en establecimientos piloto.

Durante el 2017, la vigilancia centinela realizada en hospitales, centro de salud mental comunitario (CSMC) y centros de salud I-4, registró 753 intentos de suicidio de los cuales, el 72,5% correspondió al sexo femenino. Los casos fueron registrados en establecimientos centinela de Amazonas, Ancash, Arequipa, Ayacucho, Callao, Huancavelica, Lima Metropolitana, Lima región, Loreto, Madre de Dios, Pasco y Tumbes. La edad promedio de los casos fue de 26.8 de 12,3 años (Mediana 23 años), el 77,1% de los casos correspondieron a menores de 30 años. El 64,1 % contaba con SIS, el 61,4% tenía instrucción secundaria y el 4,7% de los intentos de suicidio en mujeres correspondieron a gestantes o púerperas. Se documentó que el 45,9% de los casos registrados habían presentado un intento de suicidio previo. Los motivos principales de los intentos de suicidio fueron los problemas con la pareja o cónyuge, problemas con los padres y problemas con su salud mental los cuales pueden beneficiarse de intervención familiar (problemas de pareja o padres) o de diagnóstico y tratamiento temprano mediante tamizaje en los servicios de salud. El medio utilizado con mayor frecuencia fue la



intoxicación medicamentosa, seguida de la ingesta de plaguicidas y organofosforados y arma blanca; para el caso de los varones fue más frecuente el empleo de ingesta de plaguicidas u organofosforados; mientras que, para el caso de las mujeres predominó la intoxicación medicamentosa.

Tres de cada 5 casos registrados de intento de suicidio habían sufrido alguna forma de violencia siendo más frecuente la violencia psicológica. Es posible que la violencia pueda construir un predictor de intento de suicidio, particularmente, en las mujeres. El 58.8% de las personas con un intento de suicidio ha sufrido alguna forma de violencia, de los cuales, el 49,1% son varones y el 62,1% son mujeres. Cerca del 18% de los casos de intento de suicidio estaban asociados a consumo crónico en adolescentes y adultos jóvenes. Se observó el uso de otras sustancias como marihuana, pasta básica y clorhidrato de cocaína, sin embargo, el rol de estos fue limitado posiblemente por su menor disponibilidad y mayor costo.

5.4. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS:

- **Sexo:** Los intentos de suicidio son más frecuentes en las mujeres en relación de 3:1 mientras que el suicidio consumado es más frecuente en los varones, en general, en la misma relación.
- **Edad:** En referencia a los suicidios consumados, cerca de la mitad están entre 18 a 33 años. Existe una tendencia a nivel mundial del aumento de las tasas de suicidio en niños y adolescentes, las cuales se han triplicado en relación a la década anterior. También se aprecia un aumento de estas tasas en la población de la tercera edad.
- **Estado Civil:** la conducta suicida es más frecuente en solteros, divorciados y viudos; siendo más alto en estos dos últimos, sobre todo en el primer año después de la muerte o de la separación del cónyuge, si se es varón.



- **Ocupación:** Los desocupados constituyen el grupo de riesgo más relevante. Se ha visto un incremento de conductas suicidas violentas en militares, policías y vigilantes de seguridad, así como sus familiares, ya que cuentan con mayor disponibilidad de medios letales.
- **Condiciones Socioeconómicas:** Es mayor en el estrato social bajo, relacionándose con la frustración y carencias. El hecho de vivir solo es otro elemento de importancia.
- **Antecedentes Familiares de Enfermedad Mental:** La depresión constituye el trastorno mental más frecuentemente encontrado en los familiares de pacientes suicidas, seguido de dependencia a alcohol y drogas y luego esquizofrenia.
- **Fracaso escolar:** en el caso de niños y adolescentes, el bajo rendimiento académico puede mellar la autoestima y propiciar la idea del suicidio.
- **Disfuncionalidad familiar:** en el caso de familiar desintegradas con padres separados o en continua disputa existe la posibilidad de presentarse un aumento de trastorno de personalidad antisocial, toxicomanías y riesgo suicida. El suicidio es más frecuente en familias desintegradas monoparentales en las que el padre está ausente. Las que tengan alteraciones en su dinámica y en sus relaciones como los conflictos, pérdidas y cambios en las relaciones interpersonales.
- **Antecedentes Familiares de Conducta Suicida:** Los antecedentes de intento de suicidio en familiares de primer grado es 10.4%, predominando aquel de los hermanos con 50%; y los familiares de segundo grado 7.5% de acuerdo a los datos encontrados en el Programa de Prevención de Suicidio (PPS) del IESM "HD-HN", 2003.
- **Enfermedad Física y/o Mental:** En estudios post mortem se



muestra que entre 25% a 75% de suicidios consumados padecían algún tipo de afección somática. Entre las patologías presentes tenemos SIDA, cáncer, enfermedades del SNC, cardiovasculares y otras. En relación a los trastornos mentales y los intentos de suicidio, se calcula que el 90-95% de las personas que se suicidan o intentan el suicidio padece de un trastorno mental, sobresaliendo la depresión mayor (50%), el trastorno bipolar, la esquizofrenia y los trastornos de personalidad límite y disocial.

- **Consumo de Alcohol y Sustancias Psicoactivas:** hasta el 15% de personas con dependencia alcohólica comete suicidio, y un 22% de los suicidios puede atribuirse al uso de alcohol. Asimismo, se ha reportado que un 30% de suicidas tenía un nivel elevado de alcohol en la sangre al momento del suicidio.
- **Antecedente de Maltrato Físico, Sexual y Psicológico:** Son factores directamente vinculados las conductas suicidas, ya sea como antecedentes o recientes.
- **Conflictos Familiares y/o Pareja:** Se les considera los estresores psicosociales más fuertemente vinculados con la conducta suicida.
- **Intentos Suicidas Previo:** Es el indicador más importante del riesgo de suicidio consumado, todo intento de suicidio previo se debe tomar seriamente con factor predictor independientemente de su letalidad. Se ha encontrado su presencia en 47.9% de los pacientes atendidos como intentos suicidas.
- **Discriminación:** cualquier tipo de discriminación sistémica puede llevar a conductas suicidas.
- **Orientación Sexual:** Estudios publicados encuentran evidencias que en personas que tienen atracción por el mismo sexo presentan un incremento en los grados de auto agresión.
- **Barreras para acceder a servicios de salud:** Cuanto más difícil sea acceder a ayuda especializada, mayor es el riesgo de cometer



suicidio.

- **Imitación:** El suicidio de alguien conocido puede llevar a suicidio por imitación; la forma como los medios de comunicación difunden noticias relacionadas con el tema puede tener también una influencia importante.
- La difusión mediática alarmista o distorsionada puede influir en las personas proclives, ya sea en el método o en algún otro aspecto. El uso inapropiado de la tecnología, como por ejemplo el Internet viene siendo otro factor de importancia vía la globalización.

5.5. FACTORES PROTECTORES ASOCIADOS:

Al igual que existen factores de riesgo para el suicidio, las investigaciones clínicas han encontrado condiciones que pueden atenuar la ocurrencia del comportamiento suicida, y que también tienen variaciones según cada contexto, latitud, localidad o sub-población determinada. Presentamos los siguientes:

- **Relaciones personales sólidas:** El apoyo de familiares y amigos suele ser muy importante en la prevención del suicidio, particularmente en el caso de niños, adolescentes y ancianos.
- **Creencias religiosas o espirituales:** El valor protector de la religión se relaciona al acceso a una comunidad socialmente cohesiva, a la creencia de que la muerte autoinfligida puede acarrear un castigo divino y al compartir un conjunto de valores. Sin embargo, una religiosidad excesivamente punitiva y que estigmatiza el suicidio, puede incrementar la culpa y desalentar la búsqueda de apoyo.
- **Estrategias positivas de afrontamiento de problemas:** La estabilidad emocional, el optimismo y una identidad personal desarrollada ayudan a hacer frente a las dificultades de la vida. Una buena autoestima, la competencia personal y la capacidad de resolver problemas, que incluye la capacidad para buscar ayuda

cuando sea necesario, pueden mitigar la repercusión de los factores estresantes y de las adversidades de la niñez.

- **Conservación del soporte familiar:** el mantenimiento de las costumbres y de las tradiciones tiene un efecto protector de la conducta suicida, por cuanto facilitan la integración familiar y de esta en las comunidades a las que pertenecen.

VI. CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS

6.1. CUADRO CLÍNICOS

6.1.1. Signos y síntomas

- **Conducta:** Suele haber intranquilidad e impulsividad. Cabe mencionar que ciertas personas se hacen cortes superficiales o se golpean en momentos de crisis con un propósito tranquilizador, sin buscar la muerte; tal conducta es frecuente en el trastorno de personalidad limítrofe.
- **Pensamiento:** Presenta un compromiso de los valores existenciales. Desde cuestionamiento de la existencia hasta el pensamiento conviccional de autodestrucción.
- **Percepción:** Las personas con esquizofrenia, depresión psicótica u otros trastornos pueden tener alucinaciones auditivas de contenido denigratorio o acusatorio, o que instan a la autoeliminación.
- **Afectividad:** ánimo depresivo con sensación de vacío, desesperanza o irritable.
- **Lenguaje :** Expresión verbal o no verbal del cuestionamiento de la existencia
- **Impulsividad :** Carencia del control de los impulsos

- **Examen físico:** Evaluar las funciones vitales, en caso de envenenamiento, el paciente puede presentar vómitos, convulsiones, desvanecimiento, dolores abdominales que requieren urgente atención. Si se trata de una sobredosis de medicamentos ya sea tranquilizantes o antidepresivos, el paciente puede cursar con somnolencia, sedación, sopor, disartria, dificultad para caminar, desmayo, etc. En cuanto a las heridas con arma blanca, estas son inferidas principalmente en los antebrazos y en el abdomen debiendo considerarse la profundidad y el tipo de arma. Otros métodos como el lanzamiento de altura pueden tener repercusiones de fracturas o lesiones de consideraciones sobre todo en los miembros inferiores.

Especial interés tendrá que ponerse en los intentos suicidas por ahorcamiento para auxiliar oportunamente al paciente.

6.2. DIAGNÓSTICO:

6.2.1. Criterio de Diagnóstico

Según la Clasificación Internacional de Enfermedades los criterios o pautas diagnósticas son:

- a. La forma, el contenido y la gravedad de los síntomas
- b. Los antecedentes y la personalidad
- c. El acontecimiento estresante, la situación o la crisis biográfica.

Según los criterios diagnósticos de los trastornos de adaptación del DSM-IV son:

- a. La aparición de síntomas emocionales y conductuales, en respuesta a estresores identificados, tiene lugar dentro de los 3 meses siguientes.
- b. Los síntomas o conductas son significativos cuando existe:



- Malestar mayor de lo esperado, en respuesta al estresor.
 - Deterioro significativo de la actividad social profesional o académica.
- c. La alteración relacionada con el estrés, no cumple con los criterios para otros trastornos específicos del eje I, y no es una simple exacerbación de un trastorno preexistente de los ejes I o II.
- d. Los síntomas no representan un duelo.
- e. Cuando el estresor o sus consecuencias cesan, los síntomas no persisten más de 6 meses adicionales.

6.2.2. Diagnóstico diferencial

El trastorno adaptativo debe diferenciarse de otras patologías que pueden ser centro de atención clínica. Debemos tomar en cuenta para establecer el diagnóstico diferencial la intensidad, contenido y duración de los síntomas ante un estresor identificable ya que no existe un criterio absoluto que permita distinguirlos de otros trastornos siendo necesario el criterio clínico del especialista.

Aunque el duelo no complicado con frecuencia incluye alteraciones sociales y laborales temporales, esta perturbación en la vida de la persona se mantiene durante un periodo esperable y es una reacción normal a la pérdida de una persona querida por tanto no se consideraría un trastorno adaptativo.

Otros trastornos de los que deba diferenciarse el trastorno adaptativo son el trastorno depresivo mayor, el trastorno psicótico breve, el trastorno por somatización, diferentes trastornos relacionados con ingesta de sustancias, trastornos de conductas, problemas académicos y laborales, problemas de identidad y el trastorno por estrés postraumático. Estos diagnósticos deberían cumplir sus criterios específicos en todos los casos, incluso aunque estuviese presente un factor o grupo de factores de estrés que



serviesen de desencadenantes. Sin embargo, algunos pacientes cumplen los criterios tanto para el trastorno adaptativo como para el trastorno de personalidad.

6.3. EXAMANES AUXILIARES:

La entrevista clínica global y multidimensional es la principal estrategia para un correcto diagnóstico.

Un adecuado proceso de entrevista permite al paciente relatar su experiencia y sus impresiones del evento, teniendo la oportunidad de expresarse con libertad en un entorno seguro, empático y no crítico.

Los Instrumentos de evaluación deben explorar aspectos como la depresión, personalidad mecanismos de afrontamiento, cogniciones y estilo de vida. Entre otras, pueden utilizarse las siguientes pruebas psicológicas:

- Test de Figura Humana de Karen Machover, para conocer a nivel proyectivo sus principales rasgos de personalidad.
- Test proyectivo Bajo La Lluvia.
- Inventario Caracterológico de Eysenck o Gastón Berger para conocer la estructura temperamental y el nivel de Neuroticismo del paciente.
- Test de Completamiento de Frases Incompletas de Sacks. Para conocer sus actitudes y experiencias en las diferentes áreas de la vida del paciente.
- Escala de Ansiedad Estado Rasgo.
- Inventario de Depresión de Beck.
- Escala de Riesgo Suicida.
- Inventario Multiaxial de Millon III. Nos permite conocer el patrón Básico de Personalidad, así como los síndromes severos y patología del paciente.



- Inventario de Personalidad de Minnesota (MMPI) MINI MULT.

Es frecuente encontrar en este tipo de pacientes otros trastornos asociados, como trastornos de pánico o ansiedad generalizada, por lo que la evaluación de este tipo de trastornos deberla ser parte del proceso evaluativo.

6.3.1. De patología Clínica

- Metabolitos en orina para marihuana, cocaína o anfetaminas.
- Beta HCG cuantitativo en sangre para mujeres.
- Elisa para HIV o exámenes similares.

6.3.2. De imágenes

Resonancia magnética cerebral si se sospecha organicidad.

6.3.3. Especialidad complementarios

- Electroencefalograma si se sospecha de organicidad cerebral.
- Evaluación neuropsicológica.
- Otros exámenes de acuerdo a lesiones presentadas

6.4. MANEJO SEGÜN NIVEL DE COMPLEJIDAD Y CAPACIDAD RESOLUTIVA

6.4.1. Medidas Generales

Todo acto de autoagresión, independientemente del método y la intención expresada, debe ser admitido en la emergencia para una adecuada evaluación (el paciente y sus acompañantes tienden a minimizar y ocultar la real intención y magnitud del método). Examen físico y primeros auxilios en caso necesario (lavado gástrico, suturas, desintoxicación, atropinización, etc.).



La anamnesis sea directa o indirecta y el examen mental deben realizarse desde un primer contacto con el paciente y durante su estancia orientándose fundamentalmente a evaluar el riesgo de cometer suicidio en la misma sala de emergencia o el riesgo de escaparse y suicidarse.

La empatía en la relación médico paciente es la herramienta principal para la evaluación y terapéutica. El paciente desde su ingreso y hasta el alta debe estar permanentemente observado y vigilado. La familia debe ser instruida de los riesgos asociados a la conducta suicida para que apoyen en todas las medidas. La indicación de internamiento se da cuando la probabilidad de consumir el suicidio es alta. El internamiento involuntario está justificado cuando hay riesgo de lesión grave asociado a enfermedad mental y la hospitalización es la única alternativa para evitarla, principalmente cuando en el momento de crisis el paciente está afectada la capacidad de tomar decisiones.

6.4.2. Tratamiento:

Son muchas las estrategias posibles de tratamiento frente al Trastorno Adaptativo con estado de ánimo depresivo, ninguna estrategia, considerada de forma aislada puede ser etiquetada como superior al resto en cuanto a su efectividad para todo tipo de pacientes o bajo todo tipo de circunstancias.

Es importante considerar que la elección de una técnica sobre otra dependerá en buena medida de la propia formación teórica y práctica del profesional.

A continuación, se presenta una breve revisión de algunas de las modalidades terapéuticas comúnmente utilizadas en la actualidad.

6.4.2.1. Enfoque psicoeducativo

El enfoque psicoeducativo implica proporcionar al paciente/familia información básica sobre su estado, síntomas característicos y diversas estrategias de afrontamiento.

A nivel familiar incluye la enseñanza de estrategias de afrontamiento y habilidades de solución de problemas para facilitar la relación con la persona afectada por el trastorno.

6.4.2.2. Terapia cognitivo-conductual

La terapia Cognitiva es un procedimiento activo, directivo, estructurado y de tiempo limitado. Se basa en la teoría de que los afectos y la conducta de un individuo están determinados en gran medida por el modo que tiene dicho individuo de procesar la información (todos los estímulos provenientes tanto del mundo externo como del mundo interno) y dar significado a los hechos.

Dicho de otra manera, lo que pensamos acerca del mundo, de los demás y de nosotros mismos, condiciona nuestros estados de ánimo y nuestra conducta.

La terapia Cognitiva se complementa con una terapia Conductual donde, a través de la realización de prácticas, ejercicios y exposiciones, la persona pone a prueba y ejercita los nuevos estilos de pensamiento adquiridos a través del trabajo psicoterapéutico. La combinación de ambas terapias permite a la persona que sufre estos trastornos conocer y cambiar su estilo de pensamiento, lo que lleva a un cambio en el comportamiento, para lograr así, una mejora significativa en la calidad de vida.

6.4.2.3. Técnicas de relajación/control de activación emocional

- La relajación progresiva de Jacobson/Wolpe.
- El entrenamiento autógeno.
- La meditación.
- Técnicas de respiración.
- Técnicas de biofeedback.
- Técnicas Imaginación / visualización.
- Técnicas de auto-hipnosis.
- Sofrología.

6.4.2.4. Terapias psicodinámicas

Las terapias psicodinámicas se centran en los conflictos emocionales causados por el evento traumático, particularmente los relacionados con experiencias tempranas.

A través de la expresión de las diversas emociones y pensamientos asociados al evento, en un ambiente empático y seguro, el paciente adquiere una mayor sensación de seguridad y autoestima, desarrolla maneras efectivas de pensar y de afrontar la experiencia traumática y las intensas emociones asociadas que emergen durante el proceso terapéutico.

El objetivo es incrementar la conciencia ('insight') de los conflictos intrapersonales y su resolución. El paciente es GUÍAdo hacia el desarrollo de una autoestima reforzada, mayor autocontrol y una nueva visión de su integridad personal y autoconfianza.

En definitiva, el terapeuta psicodinámico pretende un cambio de largo alcance. Busca reestructurar la personalidad básica cambiando la forma en que una persona contempla la vida y reacciona ante ella, ayudándoles a desarrollar una visión adecuada de sí mismas ya tomar conciencia de las poderosas fuerzas psicológicas enterradas profundamente en su inconsciente.

6.4.2.5. Terapias de grupo

La terapia de grupo es una opción terapéutica que permite al paciente compartir sus experiencias en un ambiente de seguridad, cohesión y empatía proporcionada por los otros pacientes y el propio terapeuta.

Compartir las propias vivencias y afrontar directamente la ira, ansiedad y culpa a menudo asociados a los eventos traumáticos permite a muchos pacientes afrontar de forma eficaz sus recuerdos, sus emociones e integrarlos de forma adaptativa en su vida cotidiana. La terapia de grupo pretende alcanzar los siguientes objetivos terapéuticos:



- Estabilizar las reacciones, tanto a nivel físico como psíquico, frente a los estresores intensos.
- Explorar, compartir y afrontar emociones y percepciones
- Aprender estrategias efectivas de afrontamiento y manejo ante el estrés.

En cuanto a los grupos de autoayuda/apoyo para los pacientes y las familias con trastornos psicológicos, afortunadamente van haciéndose progresivamente más comunes.

6.4.2.6. Terapia familiar

La terapia familiar es similar a la terapia de grupo en la medida que su foco de interés fundamental es la interacción entre las personas, sin embargo, difiere en algunos aspectos importantes.

En primer lugar, un grupo no tiene un pasado, una historia o un futuro común. En cambio, la familia si los tiene, y es en buena medida el factor determinante del éxito en la terapia. En segundo lugar, el rol del terapeuta familiar, en la mayoría de los casos, es más directivo.

El terapeuta de grupo suele actuar más como un facilitador de procesos y dinamizador del grupo.

Pero quizás la diferencia más importante sea que el objetivo final del terapeuta familiar sea la de fortalecer al grupo en sí mismo, a la vez que, a sus miembros individuales, mientras que la meta de la terapia de grupo es que el propio grupo se auto disuelva cuando sus miembros individuales hayan resuelto sus conflictos.

Las estrategias terapéuticas abarcan una variedad de objetivos, desde los más ambiciosos que tratan de intervenir sobre la familia en su conjunto, desde una perspectiva sistémica y global, hasta los más centrados en ofrecer perspectiva, información y pautas de actuación concretas a los miembros de la familia del paciente para que lo apoyen durante el proceso terapéutico, potenciando la comunicación entre las familias y reduciendo posibles focos de tensión.

La capacidad resolutive de intervención de las Interconsultas de intento de suicidio es de manejo integro en hospital de Nivel II.

6.4.3. Efectos Adversos

Los efectos adversos dependerán propiamente de la necesidad de uso de psicofármacos en el paciente según la patología psiquiátrica de fondo (revisar guías clínicas según diagnóstico) y a su vez de los efectos que pueda haber causado la misma conducta suicida, ya sea que esta haya involucrado daño físico, químico o bioquímico.

6.4.4. Signos de Alarma

Los Criterios de severidad establecen un alto riesgo suicida en el paciente, que hacen la conducta del paciente impredecible, debemos considerarlos entonces como signos de alarma para la posibilidad de un nuevo intento de suicidio:

- Ideación suicida consistente
- Plan suicida
- Psicopatología (clínica) severa: desinterés, desesperación, agitación, psicosis, compromiso de conciencia
- Pobre confiabilidad
- No conciencia real de la trascendencia del acto (insistencia en el alta, intento de fuga)
- Impulsividad y/o explosividad
- Método reciente potencialmente letal
- Conflictos y estresores intensos no resueltos (desencadenante activo)
- Pobre soporte o entorno familiar de peligro (familiares minimizadores del riesgo, hostiles, agresivos, insistentes en el alta)

6.4.5. Criterios de Alta

- En condiciones de alta física por medicina.
- Ausencia de ideación suicida.
- Ideación suicida no consistente con buen soporte familiar.
- Psicopatología leve o moderada manejable con o sin fármacos hasta consulta especializada.
- Soporte familiar con consejería e indicaciones por médico psiquiatra.

6.4.6. Pronóstico

- ✓ Estará relacionado en primer término al daño colateral físico del método utilizado.
- ✓ Dependerá del cumplimiento estricto de los familiares y paciente de las indicaciones de protección, cuidado, soporte, apoyo, medicinas y citas.
- ✓ Dependerá del trastorno psiquiátrico o rasgos de personalidad y del cumplimiento y respuesta a la terapia.

6.5. COMPLICACIONES

- Infecciones sobre agregadas.
- Paro cardiorrespiratorio.
- Estados comatosos.
- Esofagitis caustica, ulcera gastrointestinales.
- Vómitos y aspiraciones.
- Reacciones alérgicas.
- Efectos colaterales de los fármacos.
- Dificultades socio familiares.
- Iatrogenias

Luego de la intervención Médica es derivada las Inter consultas a especialidades de Psiquiatría y Psicología de acuerdo a cuadro clínico.



6.6. CRITERIOS DE REFERENCIA Y CONTRA REFERENCIA

En caso que los síntomas persistan por más de 6 meses después que el estresor o sus consecuencias hayan cesado, o se agudicen antes de este tiempo, el diagnóstico deberá revisarse para descartar otras patologías y la consecuente modificación del tratamiento. En estos casos será importante un abordaje interdisciplinario con la interconsulta a las especialidades respectivas, para el inicio de tratamiento farmacológico si fuese necesario.

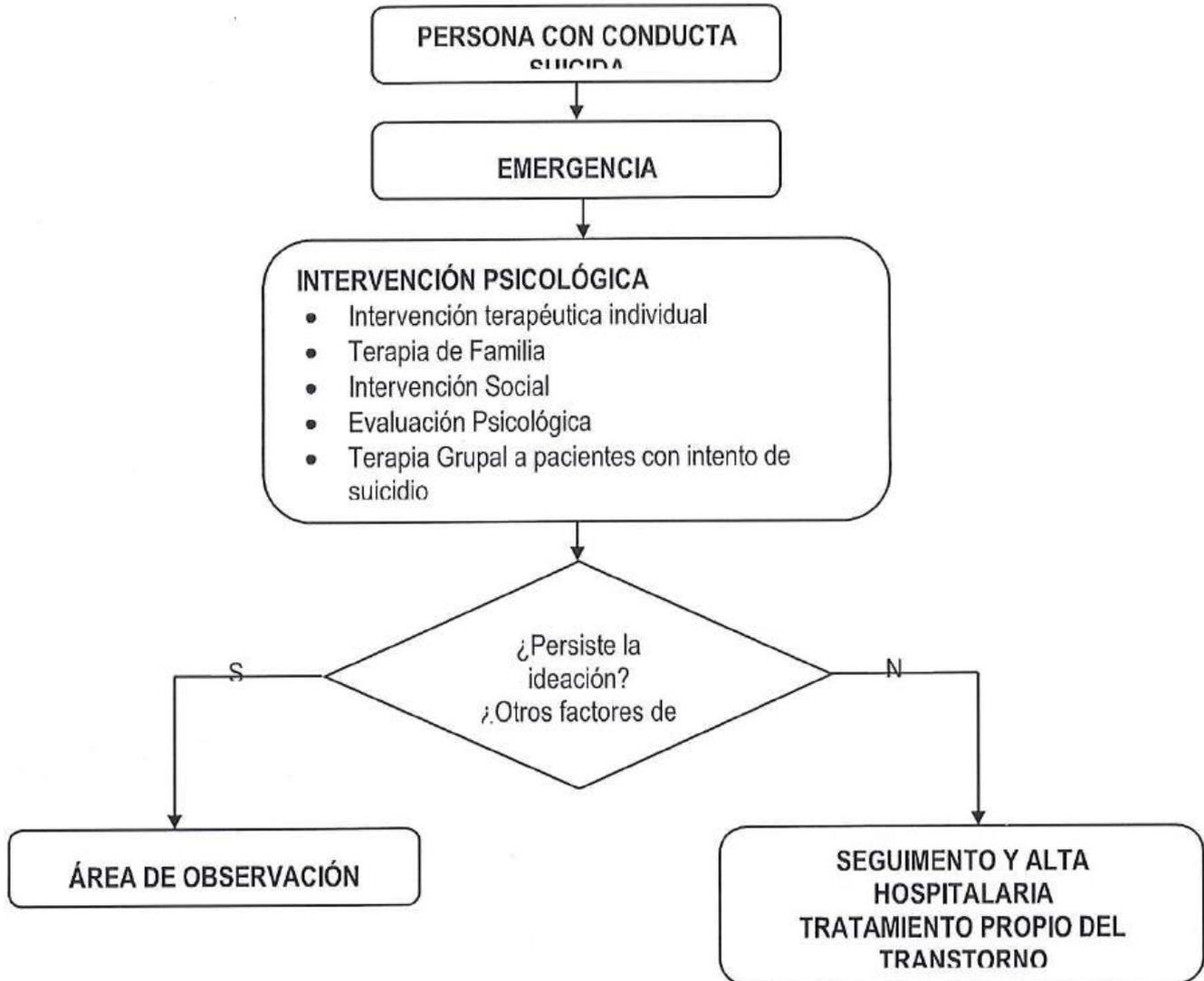
Criterios para una interconsulta o transferencia

1. Episodios graves con ideas de suicidio, Síntomas psicóticos o necesidad de internamiento.
2. Episodios depresivos dentro de un trastorno bipolar
3. Falta de respuesta a tratamiento adecuado durante 2-3 meses
4. Comorbilidad psiquiátrica que complica control y tratamiento del paciente.
5. Existencia de dificultades o dudas diagnósticas.



FLUXOGRAMA

FLUXOGRAMA DE ATENCIÓN DEL PACIENTE CON INTENTO DE SUICIDIO EN NIVEL II – 2





MACI

THEODORE MILLON

• CUADERNILLO •

INSTRUCCIONES

Esta prueba consiste en una lista de frases que la gente joven usa para describirse a sí misma. Se presentan aquí para ayudarte a describir tus sentimientos y actitudes. Cuando contestes trata de hacerlo honesta y seriamente como puedas, ya que los resultados serán utilizados para ayudarte a conocerte y poder ayudarte a planear tu futuro. No te preocupes si algunas de las frases no te parecen muy corrientes; se han incluido para ayudar a adolescentes con muchos tipos de problemas.

Junto con este cuadernillo se te ha suministrado una hoja de respuestas en la que se explica cómo debes utilizarla para responder al inventario.

Trata de responder a todas las frases aun cuando no estés seguro de tu decisión. No hay límite de tiempo para completar el inventario, aunque es mejor trabajar a un ritmo rápido pero cómodo.

No hagas ninguna marca en este cuadernillo.

LOS RESULTADOS DE ESTA PRUEBA SON CONFIDENCIALES

NO ABRAS ESTE CUADERNILLO HASTA QUE LO INDIQUEN



- 1.- Yo prefiero mucho más seguir a otro en vez de mandar.
- 2.- Estoy bastante seguro de que sé quién soy y de lo que quiero en la vida.
- 3.- Yo no necesito tener amistades íntimas como los otros jóvenes.
- 4.- A menudo me fastidia hacer las cosas que los otros quieren que haga.
- 5.- Me esfuerzo al máximo para no herir los sentimientos de otras personas
- 6.- Puedo confiar en que mis padres serán comprensivos conmigo.
- 7.- Algunas personas piensan de mí que soy un poco creído.
- 8.- Nunca tomaría drogas, pasase lo que pasase.
- 9.- Siempre trato de hacer lo que es adecuado.
- 10.- Me gusta mi aspecto.
- 11.- Aunque a veces me descontrolo comiendo, odio cuando aumento de peso.
- 12.- Parece que nada de lo que pasa me hace sentir ni triste ni feliz
- 13.- Parece que tengo problemas para llevarme bien con otros adolescentes de mi edad.
- 14.- Me da mucha vergüenza contarle a otras personas cómo abusaron de mí.
- 15.- Nunca he hecho nada por lo que hubiera podido ser arrestado.
- 16.- Pienso que todos estarían mejor si yo estuviera muerto.
- 17.- A veces, cuando estoy lejos de mi casa, empiezo a sentirme tenso y con miedo.
- 18.- Generalmente actúo de forma rápida, sin pensar.
- 19.- Supongo que soy un quejica que espera que pase lo peor.
- 20.- No es raro sentirse solo y no deseado.
- 21.- El castigo nunca me ha frenado para hacer lo que yo quería.
- 22.- Parece ser que la bebida ha sido un problema para varios miembros de mi familia.
- 23.- Me gusta seguir instrucciones y hacer lo que otros esperan de mí.
- 24.- Me parece que encajo enseguida en cualquier grupo de chicos o chicas.

- 25.- Muy poco de lo que he hecho ha sido apreciado por los demás.
- 26.- Odio no tener ni el aspecto ni la inteligencia que quisiera tener.
- 27.- Me gusta mi hogar.
- 28.- Algunas veces meto miedo a otros chicos o chicas para que hagan lo que yo quiero.
- 29.- Aunque la gente me dice que estoy delgado, yo sigo creyendo que peso demasiado.
- 30.- Cuando tomo unas copas me siento más seguro de mí mismo.
- 31.- La mayoría de la gente es más atractiva que yo.
- 32.- Cuando estoy en medio de una multitud, a menudo siento que me va a dar un ataque de pánico o que me voy a desmayar.
- 33.- A veces me provoco el vómito después de comer mucho.
- 34.- Con frecuencia me siento como si no tuviera rumbo, como perdido en la vida.
- 35.- Parece que no les caigo bien a la mayoría de los jóvenes.
- 36.- Cuando puedo elegir, prefiero hacer las cosas solo.
- 37.- Implicarse en los problemas de otros es una pérdida de tiempo.
- 38.- Muchas veces siento que otros no quieren ser amistosos conmigo.
- 39.- No me importa mucho lo que otros jóvenes piensan de mí.
- 40.- Solía "colocarme" tanto (con alcohol o drogas) que no sabía lo que estaba haciendo.
- 41.- No me importa decirle a la gente cosas que no le gusta oír.
- 42.- Me veo a mí mismo muy lejos de lo que en realidad me gustaría ser.
- 43.- Las cosas en mi vida van de mal en peor.
- 44.- Tan pronto como tengo el impulso de hacer algo, lo hago.
- 45.- A mí nunca me han llamado "delincuente juvenil".
- 46.- Con frecuencia yo soy mi peor enemigo.
- 47.- Muy pocas cosas o actividades parecen darme placer.

- 48.- Siempre pienso en ponerme a dieta, aun cuando la gente me dice que estoy demasiado delgado.
- 49.- Es muy difícil, para mí, sentir lástima por las personas que siempre están preocupadas por alguna cosa.
- 50.- Es bueno tener una rutina para hacer la mayoría de las cosas.
- 51.- No creo tener tanto interés por el sexo como la gente de mi edad.
- 52.- No veo nada malo en utilizar a otros para conseguir lo que quiero.
- 53.- Preferiría estar en cualquier lugar en vez de en casa.
- 54.- A veces me siento tan desbordado que querría dañarme gravemente.
- 55.- No creo haber sido abusado sexualmente.
- 56.- Soy un tipo de persona teatral a quien le gusta llamar la atención.
- 57.- Puedo beber más cerveza o licor que la mayoría de mis amigos.
- 58.- Los padres y maestros son demasiado duros con los jóvenes que no siguen las reglas.
- 59.- Me gusta mucho coquetear (ligar).
- 60.- No me molesta ver a alguien sufriendo.
- 61.- Al parecer no tengo muchos sentimientos por los demás.
- 62.- Disfruto pensando en el sexo.
- 63.- Me preocupa mucho pensar en que me dejen solo y abandonado.
- 64.- Con frecuencia estoy triste y siento que nadie me quiere.
- 65.- Se supone que debo ser delgado, pero siento que mis muslos y mi trasero son demasiado grandes.
- 66.- Con frecuencia me lo merezco cuando los otros me critican.
- 67.- La gente me presiona para que haga más de lo que es justo.
- 68.- Creo que tengo un buen cuerpo.
- 69.- Socialmente, siento que me dejan de lado.
- 70.- Hago amigos y amigas fácilmente.

- 71.- Soy una persona un tanto asustadiza y ansiosa.
- 72.- Odio recordar alguna de las formas en que abusaron de mí.
- 73.- No soy diferente a muchos jóvenes que roban cosas de vez en cuando.
- 74.- Prefiero actuar primero y pensarlo después.
- 75.- He pasado por periodos en lo que he fumado "canutos" varias veces a la semana.
- 76.- Hay tantas normas en mi camino, que es difícil hacer lo que quiero.
- 77.- Cuando las cosas se ponen aburridas, me gusta crear un poco de emoción.
- 78.- A veces yo haría algo cruel para hacer infeliz a alguien.
- 79.- Paso mucho tiempo preocupándome acerca de mi futuro.
- 80.- Con frecuencia siento que no me merezco las cosas buenas que hay en mi vida.
- 81.- Me da un poco de tristeza cuando veo a alguien que se siente solo.
- 82.- Como poco delante de otros, pero después me atiborro cuando estoy solo.
- 83.- Mi familia siempre está gritando o peleándose.
- 84.- A veces me siento muy infeliz de ser quien soy.
- 85.- Al parecer yo no disfruto estando con gente.
- 86.- Tengo ciertas capacidades que otros jóvenes quisieran tener.
- 87.- Me siento muy incómodo con la gente, a menos que esté seguro de que realmente les gusto.
- 88.- Matarme sería la manera más fácil de resolver mis problemas.
- 89.- A veces me confunde o me turba que la gente sea amable conmigo.
- 90.- La bebida parece que me ayuda mucho cuando me siento deprimido.
- 91.- Casi nunca espero algún acontecimiento con placer o emoción.
- 92.- Soy muy bueno inventando excusas para salir de los problemas.
- 93.- Es muy importante que los niños aprendan a obedecer a los mayores.
- 94.- El sexo es algo placentero.
- 95.- A nadie le importa realmente si yo vivo o si me muero.

- 96.- Deberíamos respetar a nuestros mayores y no pensar que nosotros sabemos más.
- 97.- A veces siento placer lastimando al alguien físicamente.
- 98.- A veces me siento mal después de que me haya pasado algo bueno.
- 99.- No creo que la gente me vea como una persona atractiva.
- 100.- Socialmente soy solitario, pero no me importa.
- 101.- Casi todo lo que intento me resulta fácil.
- 102.- Hay veces en las que siento que soy mucho más joven de lo que realmente soy.
- 103.- Me gusta ser el centro de atención.
- 104.- Si quiero hacer algo, simplemente lo hago, sin pensar en lo que pueda pasar.
- 105.- Tengo un temor terrible de que, por muy delgado que esté, volveré a subir de peso si como.
- 106.- No me acerco mucho a las personas porque me da miedo que se burlen de mí.
- 107.- Cada vez con más frecuencia he pensado en terminar con mi vida.
- 108.- A veces me rebajo a mí mismo para que otra persona se sienta mejor.
- 109.- Me da mucho miedo cuando pienso en estar completamente solo en el mundo.
- 110.- Las cosas buenas no duran.
- 111.- He tenido algunos choques con la ley.
- 112.- Me gustaría cambiar mi cuerpo por el de alguna otra persona.
- 113.- Hay muchas ocasiones en las que desearía ser mucho más joven de nuevo.
- 114.- No he visto un automóvil en los últimos diez años.
- 115.- Otras personas de mi edad parecen estar más seguras de saber quiénes son y de lo que quieren.
- 116.- Muchas veces me desconcierta pensar en el sexo.
- 117.- Hago lo que quiero sin preocuparme de si afecta a otros.
- 118.- Muchas de las cosas que hoy parecen buenas, se volverán malas más adelante.
- 119.- Parece que la gente de mi edad nunca me llama para que salgamos juntos.

- 120.- Ha habido veces en las que no he podido pasar el día sin un "canuto".
- 121.- Yo hago que mi vida sea peor de lo que debería ser.
- 122.- Prefiero que me digan lo que tengo que hacer en lugar de tener que decidir por mí mismo.
- 123.- He intentado suicidarme, en el pasado.
- 124.- Me pego grandes atracones de comida un par de veces a la semana.
- 125.- Últimamente parece que me deprimó por cosas pequeñas.
- 126.- El año pasado crucé el Atlántico en avión 30 veces.
- 127.- Hay veces en las que preferiría ser otra persona.
- 128.- No me importa tratar mal a la gente para demostrar mi poder.
- 129.- Me avergüenzo de algunas cosas terribles que me han hecho los adultos.
- 130.- Intento hacer todo lo que hago lo más perfectamente que puedo.
- 131.- Estoy contento con la forma en que mi cuerpo se ha desarrollado.
- 132.- Con frecuencia me asusto cuando pienso en las cosas que tengo que hacer.
- 133.- Últimamente me siento inquieto y nervioso casi todo el tiempo.
- 134.- Yo acostumbraba a probar drogas duras para ver el efecto que hacían.
- 135.- Con mi simpatía puedo conseguir que la gente me dé casi todo lo que quiero.
- 136.- Muchos otros jóvenes consiguen oportunidades que yo no consigo.
- 137.- Hubo personas que hicieron cosas sexuales conmigo cuando yo, todavía, no podía entender.
- 138.- Con frecuencia sigo comiendo hasta que me siento enfermo.
- 139.- En un grupo, yo me burlaría de alguien sólo para humillarle.
- 140.- No me gusta ser la persona en la que me he convertido.
- 141.- Al parecer siempre echo a perder las cosas buenas que me pasan.
- 142.- Aunque quiero tener amigos, no tengo casi ninguno.
- 143.- Me agrada que ahora los sentimientos acerca del sexo se hayan convertido en una parte de mi vida.



- 144.- Soy capaz de pasar mucha hambre con tal de ser más delgado de lo que soy.
- 145.- Soy muy maduro y sé lo que quiero hacer en la vida.
- 146.- En muchas cosas me siento muy superior a la mayoría de la gente.
- 147.- Mi futuro me parece sin esperanza.
- 148.- A mis padres les ha costado mucho mantenerme en el camino recto.
- 149.- Cuando no me salgo con la mía, me descontrolo fácilmente.
- 150.- A veces me divierte hacer ciertas cosas que son ilegales.
- 151.- Supongo que dependo demasiado de otros para que me ayuden.
- 152.- Mis amigos y yo podemos acabar muy borrachos cuando lo estamos pasando bien.
- 153.- La mayor parte del tiempo me siento solo y vacío.
- 154.- Me siento totalmente sin objetivos y sin saber adónde voy.
- 155.- Decir mentiras es una cosa muy normal.
- 156.- He estado pensando en cómo y cuándo suicidarme.
- 157.- Me gusta provocar peleas.
- 158.- Hay veces en las que parece que no le importo a nadie en mi casa.
- 159.- Es bueno tener una forma regular de hacer las cosas para no cometer errores.
- 160.- Probablemente me merezco muchos de los problemas que tengo.

FIN DE LA PRUEBA. POR FAVOR, COMPRUEBA QUE NO DEJAS NINGUNA FRASE SIN CONTESTAR



ESCALA DE AUTOVALORACION DE LA ANSIEDAD DE ZUNG

Nombre:

Sexo:

Edad:

Estado Civil:

Fecha:

Historia Clínica:

DNI:

Dirección:

		Nunca o casi nunca	A veces	Con bastante frecuencia	Siempre o casi siempre	Puntos
1	Me siento más intranquilo y nervioso que de costumbre	1	2	3	4	
2	Me siento atemorizado sin motivo	1	2	3	4	
3	Me altero o me angustio fácilmente	1	2	3	4	
4	Siento como si me estuviera deshaciendo en pedazos	1	2	3	4	
5	Creo que todo está bien y no va a pasar nada malo	4	3	2	1	
6	Me tiemblan los brazos y las piernas	1	2	3	4	
7	Sufro dolores de cabeza, del cuello y de la espalda	1	2	3	4	
8	Me siento débil y me canso fácilmente	1	2	3	4	
9	Me siento intranquilo y me es fácil estar tranquilo	4	3	2	1	
10	Siento que el corazón me late a prisa	1	2	3	4	
11	Sufro mareos	1	2	3	4	
12	Me desmayo o siento que voy a desmayarme	1	2	3	4	
13	Puedo respirar fácilmente	4	3	2	1	
14	Se me duermen y me hormiguean los dedos de las manos y de los pies	1	2	3	4	
15	Sufro dolores de estómago o indigestión	1	2	3	4	
16	Tengo que orinar con mucha frecuencia	1	2	3	4	
17	Generalmente tengo las manos secas y calientes	4	3	2	1	
18	La cara se me pone caliente y roja	1	2	3	4	
19	Me duermo fácilmente y descanso bien por la noche	4	3	2	1	
20	Tengo pesadillas	1	2	3	4	

ESCALA DE AUTOVALORACION DE LA DEPRESION DE ZUNG

Nombre:
Edad:
Fecha:
DNI:

Sexo:
Estado Civil:
Historia Clínica:
Dirección:

		Nunca o casi nunca	A vece s	Con bastante frecuencia	Siempre o casi siempre
1	Me siento abatido y melancólico	1	2	3	4
2	Por las mañanas es cuando me siento mejor	4	3	2	1
3	Tengo accesos de llanto o ganas de llorar	1	2	3	4
4	Tengo problemas para dormir en la noche	1	2	3	4
5	Tengo tanto apetito como antes	4	3	2	1
6	Aun me atraen las personas del sexo opuesto	4	3	2	1
7	Noto que estoy perdiendo peso	1	2	3	4
8	Tengo trastornos intestinales y estreñimiento	1	2	3	4
9	Me late el corazón más a prisa que de costumbre	1	2	3	4
10	Me canso sin motivo	1	2	3	4
11	Tengo la mente tan clara como antes	4	3	2	1
12	Hago las cosas con la misma facilidad que antes	4	3	2	1
13	Me siento nervioso y no puedo estar quieto	1	2	3	4
14	Tengo esperanza en el futuro	4	3	2	1
15	Estoy más irritable que antes	1	2	3	4
16	Me es fácil tomar decisiones	4	3	2	1
17	Me siento útil y necesario	4	3	2	1
18	Me satisface mi vida actual	4	3	2	1
19	Creo que los demás estuvieran mejor si yo muriera	1	2	3	4
20	Disfruto de las mismas cosas que antes	4	3	2	1



IDERE
(INVENTARIO DE DEPRESIÓN RASGO - ESTADO)

Nombre: _____

Edad: _____ Fecha: _____

Instrucciones: Algunas de las expresiones que la gente usa para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y escriba el número correspondiente a la respuesta seleccionada de acuerdo a como usted se sienta usted **ahora mismo**, en estos momentos. No hay respuestas buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa sus sentimientos, **ahora**.

No, en absoluto --1
Un poco --2
Bastante --3
Mucho --4

1. Pienso que mi futuro es desesperado y no mejorará mi situación.....()
2. Estoy preocupado.....()
3. Me siento con confianza en mi mismo.....()
4. Siento que me canso con facilidad.....()
5. Creo que no tengo nada de que arrepentirme.....()
6. Siento deseos de quitarme la vida.....()
7. Me siento seguro.....()
8. Deseo desentenderme de todos los problemas que tengo.....()
9. Me canso más pronto que antes.....()
10. Me inclino a ver el lado bueno de las cosas.....()
11. Me siento bien sexualmente.....()
12. Ahora no tengo ganas de llorar.....()
13. He perdido la confianza en mi mismo.....()
14. Siento necesidad de vivir.....()
15. Siento que nada me alegra como antes.....()
16. No tengo sentimientos de culpa.....()
17. Duermo perfectamente.....()
18. Me siento incapaz de hacer cualquier trabajo por pequeño que sea.....()
19. Tengo gran confianza en el porvenir.....()
20. Me despierto más temprano que antes y me cuesta trabajo volverme a dormir.....()

66. Yo me preocupo mucho respecto de ciertas cosas en el futuro.
67. Es difícil para mí el llevar a cabo ciertas tareas no placenteras.
68. Me desagrada que los demás tomen decisiones por mí.
69. Nosotros somos esclavos de nuestras historias personales.
70. En ocasiones desearía poder ir a una isla tropical y únicamente descansar en la playa para siempre.



71. Frecuentemente me preocupo acerca de cuantas personas me aprueban y me aceptan.
72. Me perturba cometer errores.
73. Es una injusticia el que "la lluvia caiga sobre el justo y el injusto".
74. Yo "tomo las cosas como vienen".
75. La mayoría de las personas deberían enfrentar las incomodidades de la vida.
76. En ocasiones no puedo apartar un temor de mi mente.
77. Una vida de comodidades es raras veces muy recompensante.
78. Yo encuentro fácil el buscar consejo.
79. Si algo afectó fuertemente tu vida, siempre será de esa manera.
80. Me agrada estar sin hacer nada.
81. Yo tengo gran preocupación por lo que otras personas sientan acerca de mí.
82. Frecuentemente me incomoda bastante por cosas pequeñas.
83. Usualmente le doy a alguien que me ha hecho una mala jugada una segunda oportunidad.
84. Las personas son más felices cuando tienen desafíos y problemas que superar.
85. No hay nunca razón alguna para permanecer apesadumbrado por mucho tiempo.
86. Yo casi nunca pienso en cosas tales como la muerte o la guerra atómica.
87. Me desagrada la responsabilidad.
88. Me desagrada tener que depender de los demás.
89. Realmente las personas nunca cambian en sus raíces.
90. La mayoría de las personas trabajan demasiado duro y no descansan lo suficiente.
91. Es incómodo pero no perturbador el ser criticado.
92. Yo no tengo temor de hacer cosas las cuales no puedo hacer bien.
93. Nadie es perverso o malvado, aún cuando sus actos puedan serlo.
94. Casi nunca me perturbo por los errores de los demás.
95. Las personas hacen su propio infierno dentro de sí mismos.
96. Frecuentemente me encuentro a mí mismo(a) planificando lo que haría en diferentes situaciones peligrosas.
97. Si alguna cosa es necesaria, la llevo a cabo aún cuando no sea placentera.
98. Yo he aprendido a no esperar que los demás se hallen muy interesados acerca de mi bienestar.
99. No me incomoda lo que he hecho en el pasado.
100. Yo no puedo sentirme realmente contento (a) a menos que me encuentre relajado (a) y sin hacer nada.

INVENTARIO DE CREENCIAS

Nombre:.....

Edad:.....Sexo:.....Grado:.....

Fecha de Evaluación:.....

INSTRUCCIONES

Este inventario de Creencias está dirigido para descubrir ideas irracionales particulares, las cuales contribuyen con la infelicidad y la tensión.

No es necesario pensar mucho en ninguna oración, marque su respuesta en la tarjeta de respuestas.

En primer lugar coloque los datos que se le solicitan en el protocolo de respuestas adjunto a este cuadernillo, luego comience por la primera oración, asegúrese de **marcar como Ud. piensa en el momento presente** acerca de la declaración o pregunta y no la manera en que Ud. piensa que "Debería Pensar"



Bien ahora voltee la página y comience a responder cada oración.

1. Es importante para mí el que otras personas me aprueben.
2. Yo odio el fallar en cualquier cosa.
3. Las personas que se equivocan merecen lo que les sucede.
4. Usualmente acepto lo que sucede filosóficamente.
5. Si una persona quiere, puede ser feliz bajo casi cualquier circunstancia.
6. Yo tengo temor de ciertas cosas que frecuentemente me incomodan.
7. Usualmente hago a un lado decisiones importantes.
8. Todo el mundo necesita a alguien de quien pueda depender para ayuda y consejo.
9. "Una cebra no puede cambiar sus rayas".
10. Prefiero la tranquilidad del ocio sobre todas las cosas.
11. Me gusta tener el respeto de los demás, pero no tengo que tenerlo.
12. Yo evito las cosas que no hago bien.
13. Muchas personas salvadas escapan al castigo que ellas merecen.
14. Las frustraciones no me perturban.
15. Las personas se perturban no por las situaciones sino por la visión que tienen de ellas.
16. Yo siento poca ansiedad respecto de los peligros no esperados o eventos futuros.
17. Trato de salir adelante y tomo las tareas molestas cuando ellas surgen.
18. Trato de consultar a una autoridad sobre decisiones importantes.
19. Es casi imposible vencer la influencia del pasado.
20. Me agrada dedicarme a muchas cosas a la vez.
21. Yo quiero agradarle a todo el mundo.
22. No me importa el competir en actividades en las cuales los demás son mejores que yo.
23. Aquellos que se equivocan o cometen errores merecen ser culpados o castigados.
24. Las cosas deberían ser diferentes de la manera en que ellas son.
25. Yo produzco mis propias emociones.
26. Frecuentemente no puedo apartar mi mente de algunas preocupaciones.
27. Yo evito el enfrentar mis problemas.
28. Las personas necesitan una fuente de fortaleza fuera de sí mismas.
29. Solamente por que alguna cosa en una ocasión afectó fuertemente mi vida, eso no quiere decir que tiene que hacerlo en el futuro.
30. Yo estoy más realizado (a) cuando tengo muchas cosas que hacer.
31. Yo puedo gustar de mí mismo (a) aún cuando otras personas no lo hagan.
32. Me agrada tener éxito en algunas cosas, pero no siento que tengo que tenerlo.
33. La inmoralidad debería ser fuertemente castigada.
34. Frecuentemente me perturbo por situaciones que no me agradan.
35. Las personas que son miserables usualmente se han hecho a sí mismas de esa manera.
36. Si no puedo evitar que algo suceda no me preocupo acerca de eso.
37. Usualmente hago las decisiones tan pronto como puedo.
38. Hay personas de las cuales dependo grandemente.
39. Las personas sobrevaloran la influencia del pasado.
40. Yo disfruto mucho más el involucrarse en un proyecto creativo.
41. Si no le agrado a los demás, ese es su problema, no el mío.
42. Es grandemente importante para mí el ser exitoso (a) en todo lo que hago.
43. Raramente culpo a las personas por sus equivocaciones.
44. Usualmente acepto las cosas de la manera en que son, aún si ellas no me agradan.
45. Una persona no estaría enojada o deprimida por mucho tiempo a menos que se mantenga a sí misma de esa manera.
46. No puedo tolerar el tomar riesgos.
47. La vida es demasiado corta para gastarla haciendo tareas desagradables.
48. Me agrada mantenerme firme sobre mí mismo(a).
49. Si hubiere tenido diferentes experiencias podría ser más como me gustaría ser.
50. Me agradecería retirarme y dejar de trabajar por completo.
51. Encuentro difícil el ir en contra de lo que piensan los demás.
52. Disfruto las actividades por el placer de realizarlas sin importar cuan bueno (a) yo sea en ellas.
53. El temor al castigo ayuda a las personas a ser buenas.
54. Si las cosas me molestan, yo simplemente las ignoro.
55. Entre más problemas tiene una persona, menos feliz será.
56. Casi nunca estoy ansioso(a) acerca del futuro.
57. Casi nunca dejo las cosas sin hacer.
58. Yo soy el único (a) que realmente puede entender y enfrentar mis problemas.



59. Casi nunca pienso en las experiencias pasadas como afectándome en el presente.
60. Demasiado tiempo libre es aburrido.
61. Aunque me agrada la aprobación, realmente no es una necesidad para mí.
62. Me perturba cuando los demás son mejores que yo en alguna cosa.
63. Todo el mundo es básicamente bueno.
64. Yo hago lo que puedo para obtener lo que quiero y luego no me preocupo acerca de eso.
65. Ninguna cosa es perturbadora en sí misma, solamente en la manera en que las interpretamos.

MCM - III
INVENTARIO CLÍNICO
MULTIAXIAL DE MILLON-III
CUESTIONARIO

176. Últimamente parece que me quedo sin fuerzas, incluso por la mañana
177. Me parece muy bien que haya normas porque son una buena guía a seguir,
178. Disfruto haciendo tantas cosas diferentes que no puedo decidir por cuál empezar.
179. Gran parte del tiempo me siento débil y cansado.
180. Sé que soy superior a los demás, por eso no me importa lo que piense la gente.
181. La gente nunca ha reconocido suficientemente las cosas que he hecho.
182. Si mi familia me presiona, es probable que me enfade y me resista a hacer lo que ellos quieren.
183. La gente se burla de mí a mis espaldas, hablando de lo que hago o parezco.
184. Frecuentemente critico mucho a la gente que me irrita.
185. Raramente exteriorizo las pocas emociones que suelo tener.
186. Me resulta difícil mantener el equilibrio cuando camino.
187. Muestro mis emociones fácil y rápidamente.
188. En el pasado, mis hábitos de tomar drogas me han causado problemas a menudo.
189. Algunas veces puedo ser bastante duro y desagradable con mi familia.
190. Las cosas que hoy van bien no durarán mucho tiempo.
191. Soy una persona muy agradable y sumisa.
192. Cuando era adolescente, tuve muchos problemas por mi mal comportamiento en el colegio.
193. Tengo miedo a acercarme mucho a otra persona porque podría acabar siendo ridiculizado o avergonzado.
194. Parece que elijo amigos que terminan tratándome mal.
195. He tenido pensamientos tristes gran parte de mi vida desde que era niño.
196. Me gusta coquetear con las personas del otro sexo.
197. Soy una persona muy variable y cambio de opiniones y sentimientos continuamente.
198. Beber alcohol nunca me ha causado verdaderos problemas en mi trabajo.
199. Hace unos años comencé a sentirme un fracasado.
200. Me siento culpable muy a menudo sin ninguna razón.
201. Los demás envidian mis capacidades.
202. Cuando puedo elegir, prefiero hacer las cosas solo.
203. Pienso que el comportamiento de mi familia debería ser estrictamente controlado.
204. La gente normalmente piensa que soy una persona reservada y seria.
205. Últimamente he comenzado a sentir deseos de destrozar cosas.
206. Creo que soy una persona especial y merezco que los demás me presten una particular atención.
207. Siempre estoy buscando hacer nuevos amigos y conocer gente nueva.
208. Si alguien me criticase por cometer un error, rápidamente le señalaría sus propios errores.
209. Últimamente he perdido los nervios.
210. A menudo renuncio a hacer cosas porque temo no hacerlas bien.
211. Muchas veces me dejo llevar por mis emociones de ira y luego me siento terriblemente culpable por ello.
212. Muy a menudo pierdo mi capacidad para percibir sensaciones en partes de mi cuerpo.
213. Hago lo que quiero sin preocuparme de las consecuencias que tenga en los demás.



214. Tomar las llamadas "drogas ilegales" puede ser imprudente, pero reconozco que en el pasado las he necesitado.
215. Creo que soy una persona miedosa e inhibida.
216. He hecho impulsivamente muchas cosas estúpidas que han llegado a causarme grandes problemas.
217. Nunca perdono un insulto ni olvido una situación embarazosa que alguien me haya causado.
218. A menudo me siento triste o tenso, inmediatamente después de que me haya pasado algo bueno.
219. Ahora me siento terriblemente deprimido y triste gran parte del tiempo.
220. Siempre hago lo posible por complacer a los demás, incluso a quienes no me gustan.
221. Siempre he sentido menos interés por el sexo que la mayoría de la gente.
222. Siempre tiendo a culparme a mí mismo cuando las cosas salen mal.
223. Hace mucho tiempo decidí que lo mejor es tener poco que ver con la gente.
224. Desde niño, siempre he tenido que tener cuidado con la gente que intentaba engañarme.
225. No soporto a las personas influyentes que siempre piensan que pueden hacer las cosas mejor que yo.
226. Cuando las cosas son aburridas, me gusta provocar algo interesante o divertido.
227. Tengo un problema con el alcohol que nos ha creado dificultades a mi familia y a mí.
228. Los castigos nunca me han impedido hacer lo que yo quería.
229. Muchas veces me siento muy alegre y animado sin ninguna razón.
230. En las últimas semanas me he sentido agotado sin ningún motivo especial.
231. Últimamente me he sentido muy culpable porque ya no soy capaz de hacer nada bien.
232. Pienso que soy una persona muy sociable y extravertida.
233. Me he vuelto muy nervioso en las últimas semanas.
234. Controlo muy bien mi dinero para estar preparado en caso de necesidad.
235. Simplemente, no he tenido la suerte que otros han tenido en la vida.
236. Algunas ideas me dan vueltas en la cabeza una y otra vez y no desaparecen.
237. Desde hace uno o dos años, al pensar sobre la vida, me siento muy triste y desanimado.
238. Mucha gente ha estado espiando mi vida privada durante años.
239. No sé por qué, pero, a veces, digo cosas crueles sólo para hacer sufrir a los demás.
240. En el último año he cruzado el Atlántico en avión 30 veces.
241. En el pasado, el hábito de abusar de las drogas me ha hecho faltar al trabajo.
242. Tengo muchas ideas que son avanzadas para los tiempos actuales.
243. Últimamente tengo que pensar las cosas una y otra vez sin ningún motivo.
244. Evito la mayoría de las situaciones sociales porque creo que la gente va a criticarme o rechazarme.
245. Muchas veces pienso que no merezco las cosas buenas que me pasan.
246. Cuando estoy solo, a menudo noto cerca de mí la fuerte presencia de alguien que no puede ser visto.
247. Me siento desorientado, sin objetivos, y no sé hacia dónde voy en la vida.
248. A menudo dejo que los demás tomen por mí decisiones importantes.
249. No puedo dormir, y me levanto tan cansado como al acostarme.
250. Últimamente sudo mucho y me siento muy tenso.
251. Tengo una y otra vez pensamientos extraños de los que desearía poder librarme.
252. Tengo muchos problemas para controlar el impulso de beber en exceso.
253. Aunque esté despierto, parece que no me doy cuenta de la gente que está cerca de mí.
254. Con frecuencia estoy irritado y de mal humor.
255. Para mí es muy fácil hacer muchos amigos.
256. Me avergüenzo de algunos de los abusos que sufrí cuando era joven.
257. Siempre me aseguro de que mi trabajo esté bien planeado y organizado.
258. Mis estados de ánimo cambian mucho de un día para otro.
259. Me falta confianza en mí mismo para arriesgarme a probar algo nuevo.
260. No culpo a quien se aprovecha de alguien que se lo permite.
261. Desde hace algún tiempo me siento triste y deprimido y no consigo animarme.
262. A menudo me enfado con la gente que hace las cosas lentamente.
263. Cuando estoy en una fiesta nunca me aílo de los demás.

264. Observo a mi familia de cerca para saber en quién se puede confiar y en quién no.
265. Algunas veces me siento confuso y molesto cuando la gente es amable conmigo.
266. El consumo de "drogas ilegales" me ha causado discusiones con mi familia.
267. Estoy solo la mayoría del tiempo y lo prefiero así.
268. Algunos miembros de mi familia dicen que soy egoísta y que sólo pienso en mí mismo.
269. La gente puede hacerme cambiar de ideas fácilmente, incluso cuando pienso que ya había tomado una decisión.
270. A menudo irrito a la gente cuando les doy órdenes,
271. En el pasado la gente decía que yo estaba muy interesado y apasionado por demasiadas cosas.
272. Estoy de acuerdo con el refrán: "Al que madruga Dios le ayuda".
273. Mis sentimientos hacia las personas importantes en mi vida muchas veces oscilan entre el amor y el odio.
274. Cuando estoy en una reunión social, en grupo, casi siempre me siento tenso y cohibido.
275. Supongo que no soy diferente de mis padres ya que, hasta cierto punto, me he convertido en un alcohólico.
276. Creo que no me tomo muchas de las responsabilidades familiares tan seriamente como debería.
277. Desde que era niño he ido perdiendo contacto con la realidad.
278. Gente mezquina intenta con frecuencia aprovecharse de lo que he realizado o ideado.
279. No puedo experimentar mucho placer porque no creo merecerlo.
280. Tengo pocos deseos de hacer amigos íntimos.
281. He tenido muchos periodos en mi vida en los que he estado tan animado y he consumido tanta energía que luego me he sentido muy bajo de ánimo.
282. He perdido completamente mi apetito y la mayoría de las noches tengo problemas para dormir.
283. Me preocupa mucho que me dejen solo y tenga que cuidar de mí mismo.
284. El recuerdo de una experiencia muy perturbadora de mi pasado sigue apareciendo en mis pensamientos.
285. El año pasado aparecí en la portada de varias revistas.
286. Parece que he perdido el interés en la mayoría de las cosas que solía encontrar placenteras, como el sexo.
287. He estado abatido y triste mucho tiempo en mi vida desde que era bastante joven.
288. Me he metido en problemas con la ley un par de veces.
289. Una buena manera de evitar los errores es tener una rutina para hacer las cosas.
290. A menudo otras personas me culpan de cosas que no he hecho.
291. He tenido que ser realmente duro con algunas personas para mantenerlas a raya.
292. La gente piensa que, a veces, hablo sobre cosas extrañas o diferentes a las de ellos.
293. Ha habido veces en las que no he podido pasar el día sin tomar drogas.
294. La gente está intentando hacerme creer que estoy loco.
295. Haría algo desesperado para impedir que me abandonase una persona que quiero.
296. Sigo dándome atracones de comida un par de veces a la semana.
297. Parece que echo a perder las buenas oportunidades que se cruzan en mi camino.
298. Siempre me ha resultado difícil dejar de sentirme deprimido y triste.
299. Cuando estoy solo y lejos de casa, a menudo comienzo a sentirme tenso y lleno de pánico.
300. A veces las personas se molestan conmigo porque dicen que hablo mucho o demasiado deprisa para ellas.
301. Hoy, la mayoría de la gente de éxito ha sido afortunada o deshonesta.
302. No me involucro con otras personas a no ser que esté seguro de que les voy a gustar.
303. Me siento profundamente deprimido sin ninguna razón que se me ocurra.
304. Años después, todavía tengo pesadillas acerca de un acontecimiento que supuso una amenaza real para mi vida.
305. Ya no tengo energía para concentrarme en mis responsabilidades diarias.
306. Beber alcohol me ayuda cuando me siento deprimido.
307. Odio pensar en algunas de las formas en las que se abusó de mí cuando era un niño.
308. Incluso en los buenos tiempos, siempre he tenido miedo de que las cosas pronto fuesen mal.

309. Algunas veces, cuando las cosas empiezan a torcerse en mi vida, me siento como si estuviera loco o fuera de la realidad.
310. Estar solo, sin la ayuda de alguien cercano de quien depender, realmente me asusta.
311. Sé que he gastado más dinero del que debiera comprando "drogas ilegales".
312. Siempre compruebo que he terminado mi trabajo antes de tomarme un descanso para actividades de ocio.
313. Noto que la gente está hablando de mí cuando paso a su lado.
314. Se me da muy bien inventar excusas cuando me meto en problemas.
315. Creo que hay una conspiración contra mí.
316. Siento que la mayoría de la gente tiene una mala opinión de mí.
317. Frecuentemente siento que no hay nada dentro de mí, como si estuviera vacío y hueco.
318. Algunas veces me obligo a vomitar después de comer.
319. Creo que me esfuerzo mucho por conseguir que los demás admiren las cosas que hago o digo.
320. Me paso la vida preocupándome por una cosa u otra.
321. Siempre me pregunto cuál es la razón real de que alguien sea especialmente agradable conmigo.
322. Ciertos pensamientos vuelven una y otra vez a mi mente.
323. Pocas cosas en la vida me dan placer.
324. Me siento tembloroso y tengo dificultades para conciliar el sueño debido a dolorosos recuerdos de un hecho pasado que pasan por mi cabeza repetidamente.
325. Pensar en el futuro al comienzo de cada día me hace sentir terriblemente deprimido.
326. Nunca he sido capaz de librarme de sentir que no valgo nada para los demás.
327. Tengo un problema con la bebida que he tratado de solucionar sin éxito.
328. Alguien ha estado intentando controlar mi mente.
329. He intentado suicidarme.
330. Estoy dispuesto a pasar hambre para estar aún más delgado de lo que estoy.
331. No entiendo por qué algunas personas me sonríen.
332. No he visto un coche en los últimos diez años.
333. Me pongo muy tenso con las personas que no conozco bien, porque pueden querer hacerme daño.
334. Alguien tendría que ser bastante excepcional para entender mis habilidades especiales.
335. Mi a afectada por 'imágenes mentales' de algo terrible que me pasó.
336. Parece que creo situaciones con los demás en las que acabo herido o me siento rechazado.
337. A menudo me pierdo en mis pensamientos y me olvido de lo que está pasando a mi alrededor.
338. La gente dice que soy una persona delgada, pero creo que mis muslos y mi trasero son demasiado grandes.
339. Hay terribles hechos de mi pasado que vuelven repetidamente para perseguirme en mis pensamientos y sueños.
340. No tengo amigos íntimos al margen de mi familia.
341. Casi siempre actúo rápidamente y no pienso las cosas tanto como debiera.
342. Tengo mucho cuidado en mantener mi vida como algo privado, de manera que nadie pueda aprovecharse de mí.
343. Con mucha frecuencia oigo las cosas con tanta claridad que me molesta.
344. Siempre estoy dispuesto a ceder en una riña o desacuerdo porque temo el enfado o rechazo de los demás.
345. Repito ciertos comportamientos una y otra vez, algunas veces para reducir mi ansiedad y otras para evitar que pase algo malo.
346. Recientemente he pensado muy en serio en quitarme de en medio.
347. La gente me dice que soy una persona muy formal y moral.
348. Todavía me aterrorizo cuando pienso en una experiencia traumática que tuve hace años.
349. Aunque me da miedo hacer amistades, me gustaría tener más de las que tengo.
350. A algunas personas que se supone que son mis amigos les gustaría hacerme daño.

INVENTARIO DE PERSONALIDAD - EYSENCK Y

HOJA DE RESPUESTAS

Apellidos y Nombres:
 Lugar de Nac.: Fecha de Nac.: Edad:

Ψ	SI	NO		SI	NO		SI	
	NO				NO			
1	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	20	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	39	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	21	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	40	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	22	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	41	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	23	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	42	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	24	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	43	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	25	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	44	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	26	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	45	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	27	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	46	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	28	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	47	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	29	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	48	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	30	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	49	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	31	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	50	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	32	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	51	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	33	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	52	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	34	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	53	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	35	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	54	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	36	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	55	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	37	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	56	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	38	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	57	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

N:

L:

.....



REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Dirección General de Salud de las Personas - Ministerio de Salud. Norma Técnica de Salud para la elaboración y uso de guías de práctica clínica del Ministerio de Salud. NTS N° 117-MINSA/DGSP-V0.1. Aprobada por Resolución Ministerial N° 302-2015/MINSA.
2. Harold I. Kaplan (1996) Sinopsis de Psiquiatría, Buenos aires, Editorial medica panamericana.
3. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM IV (1995), Barcelona, Masson S.A.
4. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM 1-R, Barcelona, Masson S.A
5. J. Vallejo Ruiloba (1998) Introducción a la psicopatología y la psiquiatría, Barcelona, Masson S.A., 4ta edición.
6. Amparo Belloch (1995) Manual de psicopatología, Madrid, Editora Isabel Capella.
7. Clasificación internacional de enfermedades CIE 10 (1992) Madrid, Técnicas graficas FORMA S.A.
8. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD-OMS I Informe Mundial sobre la violencia y la Salud. Oct. 2012.
9. Sarro B., 1984: Concepto de suicidio y tentativa de suicidio Rev.Psiq. Psicol Med. Barcelona España; 16(8): 512-516
10. Moussaoui D., JLLopez Ibor et al, 1999, Depression in General practice, WPA Bulletin on Deresion.
11. Ladame F. Laederach J. et. al, 1998, La Depresión y el suicidio antes de los 20 años, Neuropsy, Jan, pp. 41-46
12. Kruger H., 1998, Atención médica y prevención de depresión en un hospital nacional Diagnostico: 37 (3) 174-182
13. MINSA Estadísticas e Indicadores Básicos de Salud, 2003. Perú.
14. Vásquez F, Nicolás Y, Martínez R, Vite V, Falconí S, Vargas V. El perfil de los intentadores de suicidio atendidos en el Instituto Especializado de Salud Mental "Honorio Delgado — Hideyo Noguchi" 2003. Rev Neuro-Psiquiat 2005; 68 (1-2): 67- 82.
15. Instituto Especializado de Salud Mental H. Delgado-H.Noguchi Oficina de Estadística e Informática. Programa de Prevención del Suicidio. Cifra de Suicidios 2002, Lima Peru.
16. Estudio Epidemiológico de Salud Mental en Lima Metropolitana, IESM H.Delgado-H.Noguchi. Capítulo sobre Suicidio 2002, Ed. Especial de Anales de Salud Mental, 2003.
17. Estudio Epidemiológico de Salud Mental de la Sierra Peruana. IESM H.Delgado-H.Noguchi, 2003, Ed. Especial de Anales de Salud Mental 2004, Lima Perú.
18. Estudio Epidemiológico de salud Mental en la Selva Peruana. Anales de Salud Mental, 2005, Ed. Especial, Lima Perú.



19. MINSA, protocolo Integral para la atención de la conducta Suicida, 2004. Cuaderno de trabajo.
20. Beck A, Kovacs A, Assessment of suicidal intent: The scale for suicide ideation. 1979, J. Consult Clin Psychol, 47: 343-352. (evalúa la gravedad de la ideación suicida).
21. Beck A., Schuyler D., Development of suicidal intent scales; The prediction of suicide, 1974 Charles Pres; 45-46 (características del intent suicida).
22. Hamilton M, 1969 A rating scale for depression. J Neurosug Psychiatry: 23; 56-62 (evalua gravedad del cuadro depresivo).
23. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. Galicia, 2012. Versión digital: [http://www.GUÍAsalud.es/GPC/GPC 481 Conducta Suicida Avaliat compl.paf](http://www.GUÍAsalud.es/GPC/GPC_481_Conducta_Suicida_Avaliat_compl.paf).



IV.- GUÍA DE PRACTICA CLÍNICA PARA DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE TRASTORNO DEPRESIVO

I. FINALIDAD:

La presente Guía de Práctica Clínica, aborda recomendaciones para mejorar la calidad de atención y reducir la desigualdad en la atención de los pacientes con depresión, incluye intervenciones psicosociales que permite un abordaje integral para la atención en la institución.

II. OBJETIVO:

Brindar a los profesionales de Salud Mental recomendaciones para la intervención y tratamiento de la depresión en adultos.

III. AMBITO DE APLICACIÓN:

La presente Guía de Práctica Clínica es de aplicación para todo el personal de salud que labora en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz.

IV. NOMBRE Y CÓDIGO:

La depresión se encuentra clasificada en la CIE-10 dentro de los Trastornos del Humor (Afectivos) F30-39.

La guía hará referencia principalmente a los Episodios depresivos F32, que a su vez comprenden:

F32.0 Episodio depresivo leve

F32.00 sin síntomas somáticos

F32.01 con síntomas somáticos

F32.1 Episodio depresivo moderado

F32.10 sin síntomas somáticos

F32.11 con síntomas somáticos

F32.2 Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos

F32.3 Episodio depresivo con síntomas psicóticos

F32.8 Otros episodios depresivos

F32.9 Episodio depresivo sin especificación.



V. CONSIDERACIONES GENERALES:

5.1. Definición de depresión

La depresión es una enfermedad médica, caracterizada fundamentalmente por humor depresivo y pérdida de la capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas (anhedonia) que empobrece la calidad de vida y genera dificultades en el entorno familiar, laboral y social de quienes la sufren. Es una de las primeras causas de discapacidad laboral según estadísticas de la Organización Mundial de la Salud. En nuestro país por su prevalencia e incidencia constituye un problema de salud pública.

Desde la perspectiva de la Salud Pública, el mayor problema en todos los países del mundo para el abordaje de este tipo de patología, ha sido el que un elevado porcentaje de personas con Depresión (75%) consulta en los establecimientos de Atención Primaria donde aún hay grandes dificultades en su detección y diagnóstico, sin beneficiarse de los tratamientos efectivos disponibles.

5.2. Etiología de la depresión

La depresión es una enfermedad de generación multifactorial. Se ha demostrado la naturaleza biológica con carga hereditaria sin mediar estresores descompensadores en grupos de pacientes, hay evidencia de alteraciones en los neurotransmisores cerebrales: serotonina, noradrenalina y dopamina principalmente, como factores predisponentes. Como factores determinantes: aspectos relacionados con la incorporación de figuras significativas en la niñez dentro o fuera de la familia. Existen factores desencadenantes que producen un quiebre emocional, los más comunes: maltrato persistente, abuso sexual, pérdida de un ser emocionalmente cercano, pérdidas materiales, entre otros.

5.3. Fisiopatología de los trastornos depresivos

Distintas circunstancias de naturaleza fisiológica pueden influir sobre los pacientes y, a través de la modificación del funcionalismo



neurofisiológico y bioquímico, son capaces de determinar cambios que darán lugar a la manifestación de síntomas depresivos. De hecho, existe un volumen importante de hallazgos que han sido implicados en la fisiopatología de la depresión. Sin embargo, y al igual que ocurre con el tema de la etiopatogenia, no hay una definición clara de la situación.

La presencia de un patrón distintivo de síntomas y signos (alteraciones del sueño, apetito, disminución de la libido, etc.) que sugieren que estos síntomas neurovegetativos pueden ser debidos a una alteración de la función en el cortex prefrontal, diencéfalo, y del sistema límbico.

La respuesta a los tratamientos somáticos tales como antidepresivos y terapia electroconvulsiva, así como las observaciones de que la depresión puede ser inducida por medicaciones.

De todos modos, conviene señalar que la identificación de una alteración biológica no prueba necesariamente que exista una relación causal con la depresión.

5.4. Aspectos Epidemiológicos

La organización mundial de la salud, reporta que la depresión es una enfermedad que afecta a más de 300 millones de personas en el mundo. Se calcula que alrededor de 800 000 personas en el mundo se suicidan al año. La segunda causa de muerte en adolescentes y adultos es el suicidio.

El incremento de casos de depresión va generando una alta demanda de los servicios de atención de salud mental, sin embargo, para la población asignada a establecimientos de salud del MINSA se estima que existen 1.4 psiquiatras por 100 000 habitantes a nivel del país y 3.2 por 100 000 habitantes de Lima. Además, los profesionales de psicología para la población designada a establecimientos de salud públicos están en una relación de 10 por 100 000 habitantes.

En el Perú, aproximadamente más del 90% de pacientes con depresión no recibe tratamiento eficaz, y en ocasiones los pacientes no son correctamente diagnosticados, lo que conlleva a ser tratados con medicamentos antidepresivos sin necesidad; así mismo, los casos de depresión se vienen incrementando a tal escenario que 2 de 3 casos de



suicidio, están relacionados con este problema de salud mental. El director de Salud Mental del MINSA precisó que en el 2021 se atendieron más de 1 300 000 casos de problemas vinculados a la salud mental.

5.5. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS

5.5.1. Medio ambiente

- Presencia de enfermedades crónicas, como el cáncer, diabetes, problemas cardíacos o el VIH han demostrado incrementar el riesgo de desarrollar un trastorno depresivo.
- El ambiente laboral también ha mostrado una fuerte asociación con los trastornos depresivos. El alto grado de demandas psicológicas, el sistema de carga y recompensa, el ambiente laboral, la libertad de decisión, el apoyo social percibido, nivel de estrés y tensión laboral, así como la inseguridad estabilidad han mostrado ser factores con mayor asociación con el desarrollo de sintomatología o trastornos depresivos.

5.5.2. Estilos de Vida

- En mujeres, la obesidad mórbida con un IMC mayor a 40 ha mostrado tener una fuerte asociación con depresión.
- La fatiga crónica ha mostrado asociación con la presencia de trastornos depresivos, distimia y trastorno bipolar.
- Inestabilidad emocional de los padres.
- Situaciones de violencia intrafamiliar.
- Separación de la familia.
- Eventos traumáticos o eventos vitales estresantes.

5.5.3. Factores Hereditarios

- Historia familiar o antecedentes personales de depresión.

VI. CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS:

6.1. CUADRO CLÍNICO



La depresión se presenta como una serie de problemas de salud mental de predominio afectivo, que puede ir acompañado de síntomas emocionales, cognitivos, físicos y conductuales. Generalmente puede interferir con el desarrollo de las actividades diarias, trabajo, sueño, estudios, alimentación y en el goce de la vida.

6.1.1. Grupos de signos y síntomas relacionados con la depresión

Tristeza patológica: Se diferencia de la tristeza, que puede ser un estado de ánimo normal como la alegría, cuando alcanza un nivel tal que interfiere negativamente en la vida cotidiana, tanto en lo social como en lo familiar y lo sexual. Aparece sin motivos o tras un acontecimiento significativo. Es una sensación muy profunda, arrasadora. Tanto, que el paciente se siente "en baja", tal como si hubiera perdido el sabor, el placer de vivir. Se considera incapaz de brindar amor o afecto, lo cual aumenta sus sentimientos de culpa.

Desgano y anhedonia: el sujeto se torna apático, no tiene ganas de nada (ni siquiera de vivir) y nada le procura placer.

Ansiedad: es la acompañante habitual del deprimido, que experimenta una extraña desazón, como un trasfondo constante. Cuando la ansiedad prima en el cuadro clínico, estamos frente a una depresión ansiosa. Por lo contrario, cuando predomina la inhibición, se trata de una depresión inhibida; quienes la padecen son personas malhumoradas, irritables, agresivas.

Insomnio: al paciente le cuesta conciliar el sueño y, además, se despierta temprano y de mal talante.

En algunos casos, que constituyen minoría, puede presentarse la hipersomnía (exceso de horas de sueño).

Alteraciones del pensamiento: imagina tener enfermedades de todo tipo; surgen ideas derrotistas, fuertes sentimientos de culpa, obsesiones. El pensamiento sigue un curso lento y monocorde, la memoria se debilita y la distracción se torna frecuente.

Alteraciones somáticas: por lo común surgen dolores crónicos o erráticos así como constipación y sudoración nocturna. Se experimenta una persistente sensación de fatiga o cansancio.



Alteraciones del comportamiento: el paciente tiene la sensación de vivir arrinconado, rumiando sus sinsabores. Puede estar quieto, de manos cruzadas, o explotar en violentas crisis de angustia o en ataques de llanto por motivos insignificantes. Le resulta difícil tomar decisiones y disminuye su rendimiento en el trabajo.

Modificaciones del apetito y del peso: la mayoría de los pacientes pierde el apetito y, en consecuencia, provoca la disminución de peso.

Pérdida del placer: en lo sexual, se llega a la impotencia en el hombre o a la frigidez en la mujer; también disminuye y tiende a desaparecer el contento en el trabajo, en el deporte y en los juegos y otras actividades que anteriormente le eran gratificantes.

Culpa excesiva: siente con exceso la carga de una culpa inexistente, lo cual puede desembocar en delirios.

Pensamiento suicida: los pacientes presentan una preocupación exagerada por la muerte y alimentan sentimientos autodestructivos.

Disminución de la energía: se produce un cansancio injustificado, a veces con variaciones durante el día, muy a menudo más acentuado por la mañana. Las personas afectadas suelen sentirse más fatigadas por la mañana que por la tarde.

6.1.2. Interacción cronológica y características asociadas

Los niños y adolescentes pueden tener dificultad en describir e identificar sus emociones y sentimientos. Muchas veces no saben cómo comunicarse con palabras y muestran sus emociones en su comportamiento. Para diagnosticar depresión en niños son necesarias la presencia de estados de ánimo caracterizados por la tristeza, retraimiento o irritabilidad, y al menos tres de los siguientes síntomas: falta de apetito y pérdida de peso, o aumento del apetito y ganancia de peso; falta de energía; hiperactividad o retraimiento; pérdida de interés por actividades usuales; tendencia constante a descalificarse (soy tonto, no sirvo); disminución de la concentración y pensamientos recurrentes de muerte y suicidio. Si estos síntomas duran por al menos dos semanas, podemos estar en presencia de una depresión infantil.



Es un trastorno que cuando se presenta durante los años de la adolescencia se caracteriza por sentimientos persistentes de tristeza, desánimo, pérdida de la autoestima y ausencia de interés en las actividades usuales.

En el **adulto** la depresión algunas veces presenta una causa aparente y otras no. El ánimo depresivo puede surgir como reacción ante una enfermedad física, ante el fallecimiento de un ser querido, como consecuencia de estar sometido a un estrés continuado o sobrecargado de trabajo, o secundaria al hecho de estar desempleado o de tener problemas económicos, de vivienda o en las relaciones con los demás, pero a diferencia de lo que ocurre en la depresión, la reacción es mucho menos intensa y de corta duración.

Los **adultos mayores** tienen mayor tendencia a presentar síntomas melancólicos, como: Pérdida del placer en todas o casi todas las cosas, Falta de reactividad a estímulos placenteros, Empeoramiento del humor, Alteraciones psicomotrices, Anorexia, Pérdida de peso, Agitación, Sentimientos de culpa excesivos o inapropiados, Los adultos mayores tienen más probabilidades que la gente joven de presentar, Ideas delirantes del tipo de culpabilidad, nihilismo (negación de toda creencia), persecución, celos y melancolía. El suicidio está muy ligado en esta época con la depresión geriátrica.

6.2. DIAGNÓSTICO

El diagnóstico de la depresión es fundamentalmente clínico. Según su intensidad, los Trastornos Depresivos se pueden clasificar como leves, moderados o graves. Para los sistemas de clasificación diagnóstica CIE-10 y DSM IV-TR, la gravedad de los episodios está dada por el número, el tipo y la intensidad de los síntomas, así como en el deterioro funcional.

6.2.1. Criterios de diagnóstico

Las siguientes tablas presentan los criterios para depresión según los sistemas de clasificación diagnóstica CIE 10 y DSM IV



Tabla N° 1 Criterios diagnósticos para Episodio Depresivo, CIE-10

El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas.

No ha habido síntomas hipomaniacos o maniacos suficientes para cumplir los criterios del episodio hipomaniaco o maniaco en ningún período de la vida del individuo.

Criterio de exclusión con más frecuencia: El episodio no es atribuible a abuso de sustancias psicoactivas o a trastorno mental orgánico.

Síndrome Somático

comúnmente se considera que algunos síntomas depresivos, de aquí denominados "somáticos" tienen un significado clínico especial (en otras clasificaciones se usan términos como biológicos, vitales, melancólicos o endogenomorfos).

puede utilizarse un quinto carácter para especificar la presencia o ausencia del síndrome somático. Para poder codificar el síndrome somático deben estar presentes cuatro de los siguientes formas:

Pérdida de interés o capacidad para disfrutar importantes, en actividades que normalmente eran placenteras.

Ausencia de reacciones emocionales ante acontecimientos o actividades que normalmente provocan una respuesta emocional.

Despertarse en la mañana dos o más horas antes de la hora habitual

Empeoramiento matutino del humor depresivo.

Presencia objetiva de enlentecimiento psicomotor o agitación (observada o referida por terceras personas)

Pérdida marcada de apetito

Pérdida de peso (5% o más del peso corporal en el último mes)

Notable disminución la libido

Tabla N° 2 Criterios para el Episodio Depresivo Mayor, DSM-IV

- A. Cinco o más de los síntomas siguientes han estado presentes durante un período de dos semanas y representen un cambio respecto del funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas debe ser (1) estado de ánimo depresivo o (2) pérdida de interés o placer.

Nota: no incluye síntomas que se explican claramente por una condición médica general, estado de ánimo incongruente, delirios o alucinaciones.

- (1) Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi todos los días, indicado por el sujeto (ej. Sentirse triste o vacío) u observado por otros (ej. Apariencia llorosa). Nota: en niños y adolescentes puede ser humor irritable

- (2) Marcada disminución del interés o del placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días (señalada

por el sujeto o por la observación de otros)

- (3) Pérdida significativa de peso sin estar a dieta o aumento significativo de peso (ej. variación del 5% del peso corporal en un mes), o bien una disminución o aumento del apetito casi todos los días. Nota: en niños considere no alcanzar la ganancia de peso esperada.
- (4) Insomnio o hipersomnias casi todos los días.
- (5) Agitación o retraso psicomotores casi todos los días (observado por otros, no simplemente la sensación subjetiva de cansancio o de estar enlentecido).
- (6) Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.
- (7) Sentimientos de desvalorización o de culpa excesiva inapropiados (que pueden ser delirantes) casi todos los días (no simplemente autorreproches o culpa por estar enfermo).
- (8) Menor capacidad de pensar o concentrarse, o indecisión casi todos los días (señalada por el sujeto o por la observación de otros).
- (9) Pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor de morir), ideación suicida recurrente sin plan específico o un intento de suicidio o un plan de suicidio específico.

- B. Los síntomas no cumplen los criterios para un episodio mixto.
- C. Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro del funcionamiento social, laboral o en otras esferas importantes
- D. Los síntomas no obedecen a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (ej. Abuso de drogas, medicamentos), ni a una enfermedad médica general (ej. Hipotiroidismo).
- E. Los síntomas no son mejor explicados por un duelo. Es decir que tras la pérdida de un ser querido, los síntomas persisten por más de 2 meses o se caracterizan por un marcado deterioro funcional, preocupación insana con desvalorización, ideación suicida, síntomas psicóticos o retraso psicomotor.

6.2.2. Diagnóstico diferencial

Se debe diferenciar la depresión clínica, que es lo suficientemente grave e incapacitante como para requerir intervención, de la tristeza o angustia, que forman parte normal de la experiencia humana. La



disfunción social u ocupacional, o un nivel elevado de angustia distinguen la depresión de la tristeza transitoria, que es una consecuencia de la vida normal.

En personas con tristeza los niveles de angustia y funcionalidad son proporcionales al evento vital desencadenante. Entre la información de importancia que distinguen la depresión, se incluyen: haber sufrido un episodio depresivo previo o intento de suicidio; una historia familiar de alteraciones del comportamiento; ausencia de apoyo social; haber atravesado situaciones de la vida estresantes; abuso del alcohol u otras sustancias adictivas; y, la concurrencia de enfermedad crónica, dolor o discapacidad.

Trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo. Surge desencadenado por un estrés claramente identificable que ha tenido lugar en las últimas semanas. La reacción desaparece bien por desaparecer el suceso desencadenante o por alcanzar el paciente un nuevo nivel adaptativo en su funcionamiento.

Duelo no complicado. Se trata de una reacción normal frente a una pérdida afectiva importante. A veces pueden aparecer síntomas semejantes a la depresión mayor, principalmente ideas de culpa (centradas en no haber hecho lo suficiente por la persona fallecida; nunca tienen características delirantes). También ideas de muerte, más como deseo de reunirse con la persona fallecida que como deseo de quitarse la vida. Sólo si se prolonga un tiempo superior a seis meses o alcanza una intensidad invalidante se considera que se ha complicado con depresión y se tratará como tal.

Una variedad de enfermedades y condiciones pueden tener semejanza con un trastorno depresivo:

Farmacológicas

Corticosteroides; anticonceptivos; reserpina; -metildopa;
anticolinesterasas; insecticidas; abstinencia amfetamínica;



cimetidina; indometacina; fenotiazinas; talio; mercurio; cicloserina; vincristina; vinblastina

Infecciosas

SIDA; neumonia viral; hepatitis Viral; mononucleosis infecciosa; tuberculosis

Endocrina

Hipo e hipertiroidismo; hiperparatiroidismo; postparto; enfermedad de Cushing's (hiperadrenalismo); enfermedad de Addison's (insuficiencia adrenal), diabetes mellitus Inmunológica LES; artritis reumatoidea

Neurológica

Esclerosis múltiple; enfermedad de Parkinson; trauma encefalocraneano; crisis convulsivas parciales complejas (epilepsia del lóbulo temporal); tumores cerebrales; enfermedad cerebrovascular; demencia; apnea del sueño

Nutricional

Deficiencias vitamínicas (B12, C, ácido fólico, niacina, tiamina)

Neoplásica

Cáncer de cabeza de páncreas; carcinomatosis diseminada

6.2.3. EXAMENES AUXILIARES

El diagnóstico de la depresión es fundamentalmente clínico. Existen sin embargo dos tipos de ayuda diagnóstica:

6.2.4. Exámenes de laboratorio para confirmar el diagnóstico

- Prueba de supresión de la dexametasona (versión abreviada). Consiste en la determinación de los niveles de cortisol basal seguida de la administración de 2 mg de dexametasona alrededor de las 12 am. Al día siguiente se cuantifican nuevamente los niveles de cortisol plasmático a las 7 am y las 4 pm. En



condiciones fisiológicas la presencia de la dexametasona en el organismo induce una reducción significativa en los niveles de cortisol. En caso de no hacerlo, la prueba se considera positiva (tanto el TDM como algunas condiciones de la corteza suprarrenal producen este efecto).

- La tomografía cerebral por emisión de fotón simple (conocida por su sigla en inglés: SPECT). Este examen de medicina nuclear consiste en la evaluación cuantitativa del flujo sanguíneo cerebral.

6.2.5. Instrumentos auxiliares para evaluar la gravedad inicial y la evolución del tratamiento

La entrevista clínica global y multidimensional es la principal estrategia para un correcto diagnóstico.

Un adecuado proceso de entrevista permite al paciente relatar su experiencia y sus impresiones del evento, teniendo la oportunidad de expresarse con libertad en un entorno seguro, empático y no crítico.

La entrevista también facilita una "alianza de trabajo" efectiva, necesaria para el normal desarrollo del proceso terapéutico en etapas posteriores, así como una ocasión única para el establecimiento de una adecuada relación (rapport) imprescindible para el éxito terapéutico.

Los Instrumentos de evaluación deben explorar aspectos como la depresión, personalidad, mecanismos de afrontamiento, cogniciones y estilo de vida. Entre otras, pueden utilizarse las siguientes pruebas psicológicas:

- Ficha de Tamizaje S.R.Q. -18.
- Cuestionario de síntomas para niños R.Q.C.
- Test de Figura Humana de Karen Machover, para conocer a nivel proyectivo sus principales rasgos de personalidad.
- Test bajo la lluvia
- Inventario Caracterológico de Eysenck Forma A y B.
- Inventario de Depresión de Beck.



Es frecuente encontrar en este tipo de pacientes otros trastornos asociados, como trastornos de pánico o ansiedad generalizada, por lo que la evaluación de este tipo de trastornos debería ser parte del proceso evaluativo.

6.3. MANEJO SEGÚN NIVEL DE COMPLEJIDAD Y CAPACIDAD RESOLUTIVA

6.3.1. Medidas generales y preventivas

La depresión afecta a entre un 5% y un 9% de la población adulta que acude a la consulta médica y casi la mitad de estos casos no son detectados ni tratados. Los factores de riesgo para la depresión incluyen el sexo femenino, historia familiar de depresión, situación de desempleo y enfermedad crónica.

Las medidas generales para la prevención de la depresión toman tres orientaciones: educación, política social y acción sanitaria.

a. En la educación familiar y escolar

- Prevención de la violencia y agentes estresores.
- La falsa maduración precoz.
- Aportar al niño un nivel de autoestima familiar y escolar adecuado
- El aprendizaje del autocontrol.

b. En la política social

- Brindar seguridad a la población frente los altos índices de delincuencia.
- Proporcionar apoyo social informativo y emocional a toda la población, en particular a los grupos familiares densos y de bajo nivel cultural.

c. En la acción sanitaria



- Facilitar una calidad de vida adecuada a los enfermos somáticos crónicos.
- La supresión del consumo de alcohol y otras drogas.

d. En el trabajo

- Un adecuado clima laboral para el personal de todos los niveles.

Considerando las múltiples dimensiones a través de las cuales es posible entender el fenómeno clínico que llamamos depresión, es necesario considerar a cada paciente de manera particular (con sus propios requerimientos, fortalezas y vulnerabilidades). Es importante explorar las preocupaciones de los pacientes, promover los estilos de vida saludables así como la identificación de personas riesgo al momento de prescribir antidepresivos.

6.3.2. Terapéutica

- Se recomienda el uso de los antidepresivos para el inicio del tratamiento de adultos con episodios depresivos graves o muy severos.
- Los antidepresivos no debes usarse de manera rutinaria para tratar síntomas depresivos leves, pues el riesgo-beneficio no lo amerita.
- Todo paciente con depresión debe recibir intervenciones psicoterapéuticas desde el inicio del tratamiento, y dependerán de la necesidad del usuario y de los niveles de atención.
- La intervención psicoterapéutica está indicada para el tratamiento de adultos con depresión moderada y grave. En especial cuando el paciente presenta:
 - ✓ Antecedentes clínicos de una buena respuesta a la psicoterapia en episodios previos.
 - ✓ Alteraciones en el contexto psicosocial o crisis como desencadenante (duelo, divorcio reciente, disfunción familiar o de pareja, pérdida laboral, etc).



- ✓ Síntomas cognitivos y conductuales predominantes en el cuadro (predominan las ideas de corte depresivos y los pensamientos negativos).
- ✓ Las intervenciones psicoterapéuticas podrán iniciar cuando el paciente lo solicite.
 - La intervención psicoterapéutica como inicio de tratamiento es beneficiosa en la depresión leve y moderada, pero es riesgosa en la depresión grave, ya que puede existir riesgo latente de ideación suicida.
- En pacientes adultos con depresión grave se recomienda usar la terapia combinada (psicológica y psiquiátrica).
- En pacientes adultos con depresión moderada es necesario considerar pertinente brindar una terapia combinada (psicológica y psiquiátrica).
 - ✓ Se deberá garantizar la disponibilidad de tratamiento psicoterapéutico para los pacientes que lo necesiten.
 - ✓ Todas las intervenciones terapéuticas deben ser provistas por profesionales competentes o entrenados en el modelo terapéutico usado.
 - ✓ Se deberá evaluar los resultados de las intervenciones de manera periódica.
 - ✓ Los daños potenciales de la terapia combinada, son la presentación de eventos adversos de la medicación, como disminución de la libido, efectos gastrointestinales o una respuesta parcial de la sintomatología.
 - ✓ Respecto a la psicoterapia, el daño potencial, no se derivan del procedimiento en sí, si no de quien lo aplica o del sistema que la administra. Es decir, ausencia de personal adecuadamente entrenado.
- Se considera a la terapia cognitiva conductual, terapia interpersonal o terapia racional emotiva como alternativas eficientes para tratar a pacientes con depresión moderada o grave, según el criterio clínico y las necesidades.

- ✓ Es importante señalar que existen estudios que demuestran que más que el tipo de psicoterapia empleada, es la relación paciente-terapeuta lo que incrementa la efectividad de la psicoterapia, siempre y cuando la psicoterapia sea brindada adecuadamente por un personal capacitado.
- Se considera que la implementación de grupos de ayuda mutua como una intervención en pacientes con diagnóstico de depresión moderada psicosocial puede ser eficaz.
 - ✓ Existen pacientes que ven positivamente las intervenciones grupales y familiares como parte de un tratamiento integral de la depresión.
- En las intervenciones psicoterapéuticas se estima una duración de 9-12 sesiones, con citas al mes entre 2-3 sesiones. El número de sesiones puede ampliarse dependiendo de las necesidades de los pacientes.

6.3.3. Efectos adversos o colaterales con el tratamiento

Se puede encontrar efectos secundarios en el tratamiento farmacológico, tales como: sequedad de boca, estreñimiento, mareos, visión borrosa o taquicardia. Si ellos fueran intolerables y/o representen una dificultad significativa en el desempeño laboral, social o familiar, se debe considerar cambiar o retirar la medicación. Si el paciente presenta un estresor de difícil solución a corto plazo se debe considerar aumentar la psicoterapia de apoyo (una sesión semanal por 8 semanas) para el manejo del conflicto por el psicólogo tratante.

Si los conflictos persisten, derivarlo al Servicio de Psiquiatría o a un Centro Especializado.

6.3.4. Siglos de Alarma

En los pacientes con mayor riesgo de suicidio la selección inicial del antidepresivo es un punto de particular importancia. Estudios observacionales sugieren que los ATC más antiguos como amitriptilina o dosulepina son más tóxicos en sobredosis y tienen



mayor probabilidad de causar muertes que los ISRS. Actualmente no hay datos suficientes que relacionen los ISRS con comportamientos suicidas. Además, hay que tener en cuenta que el riesgo de suicidio puede incrementarse en las fases iniciales de tratamiento con cualquier antidepresivo y la sobredosis de cualquiera de estos fármacos puede ser fatal. Es importante tener precaución con el número de envases prescritos al inicio del tratamiento en algunos pacientes a fin de evitar un intento de suicidio por sobredosis.

6.3.5. Criterios de Alta

Criterios de alta para depresión:

- Evidencia clínica de resolución de la crisis.
- Escala de S.R.Q.-18 puntúa menos de 9.
- Inventario de Depresión de Beck puntúa 13 o menos.

Criterios de seguimiento de control para depresión:

- o Controles 1 vez al mes.
- o En los siguientes 6 meses luego de haber finalizado el tratamiento continúa la evidencia clínica de resolución de la crisis.
- o Inventario de Depresión de Beck puntúa 13 o menos.

6.3.6. Pronostico

El tratamiento con psicofármacos y/o psicoterapia, consiguen en la inmensa mayoría de los casos, aliviar parcialmente o en su totalidad los síntomas. Una vez que se han superado los síntomas de la depresión, se recomienda seguir bajo tratamiento antidepresivo el tiempo necesario para evitar posibles recaídas. En algunos casos, el tratamiento deberá prolongarse de por vida.

La presencia de características psicóticas en el trastorno depresivo mayor refleja una enfermedad severa y es un factor de pronóstico desalentador. Sin embargo, comúnmente se tiene éxito a corto plazo, aunque generalmente es de esperarse una recurrencia de los síntomas.



En términos generales, los síntomas de la depresión tienen una tasa más alta de recurrencia que los de la psicosis y es posible que los pacientes deban tomar medicamentos por mucho tiempo.

En los pacientes adolescentes los factores de mal pronóstico, que permitieron identificar los individuos que experimentarían recurrencia de depresión o aparición de otra enfermedad psiquiátrica fueron: género femenino, varios episodios depresivos antes de los 18 años, historia familiar de depresión, rasgos de personalidad límite y, en mujeres, conflictos con los padres.

La depresión es una enfermedad frecuente entre los adolescentes y tiende a seguir un curso crónico con recaídas en la etapa del adulto joven. Además, con frecuencia se encuentra acompañada por otros trastornos psiquiátricos encabezado por abuso de sustancias psicoactivas. Dada la importancia de esta enfermedad entre las personas jóvenes, resulta de vital importancia que los médicos mejoren su sensibilidad hacia el diagnóstico y motiven a los pacientes para iniciar el tratamiento respectivo.

6.4. COMPLICACIONES

Si la depresión no se trata, incrementa el riesgo de suicidio como complicación frecuente de la depresión, o de cometer otros actos violentos. En torno al 6% de las personas diagnosticadas con depresión cometerá suicidio. La cifra sube al 10-15% en aquellos que han sido hospitalizados por depresión. Así, el 15% de las personas con depresión terminara suicidándose. El tratamiento reducirá la mitad del riesgo de suicidio, en especial para los varones menores de 30 años.

6.5. CRITERIOS DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA

Criterios de contrarreferencia

En caso de que los síntomas persistan por más de 6 meses, el diagnóstico deberá revisarse para descartar otras patologías y la consecuente modificación del tratamiento.

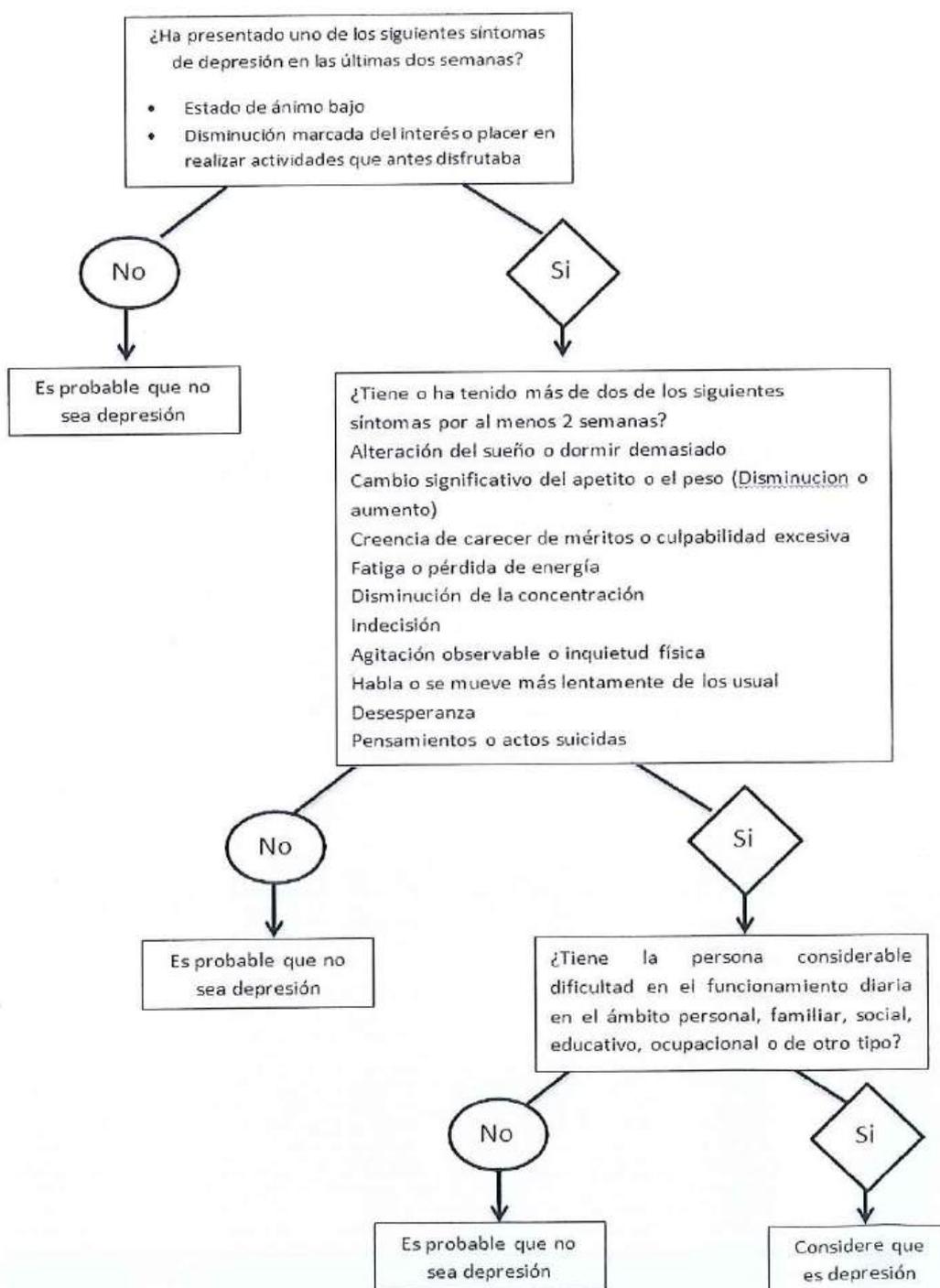
Criterios para una interconsulta o transferencia



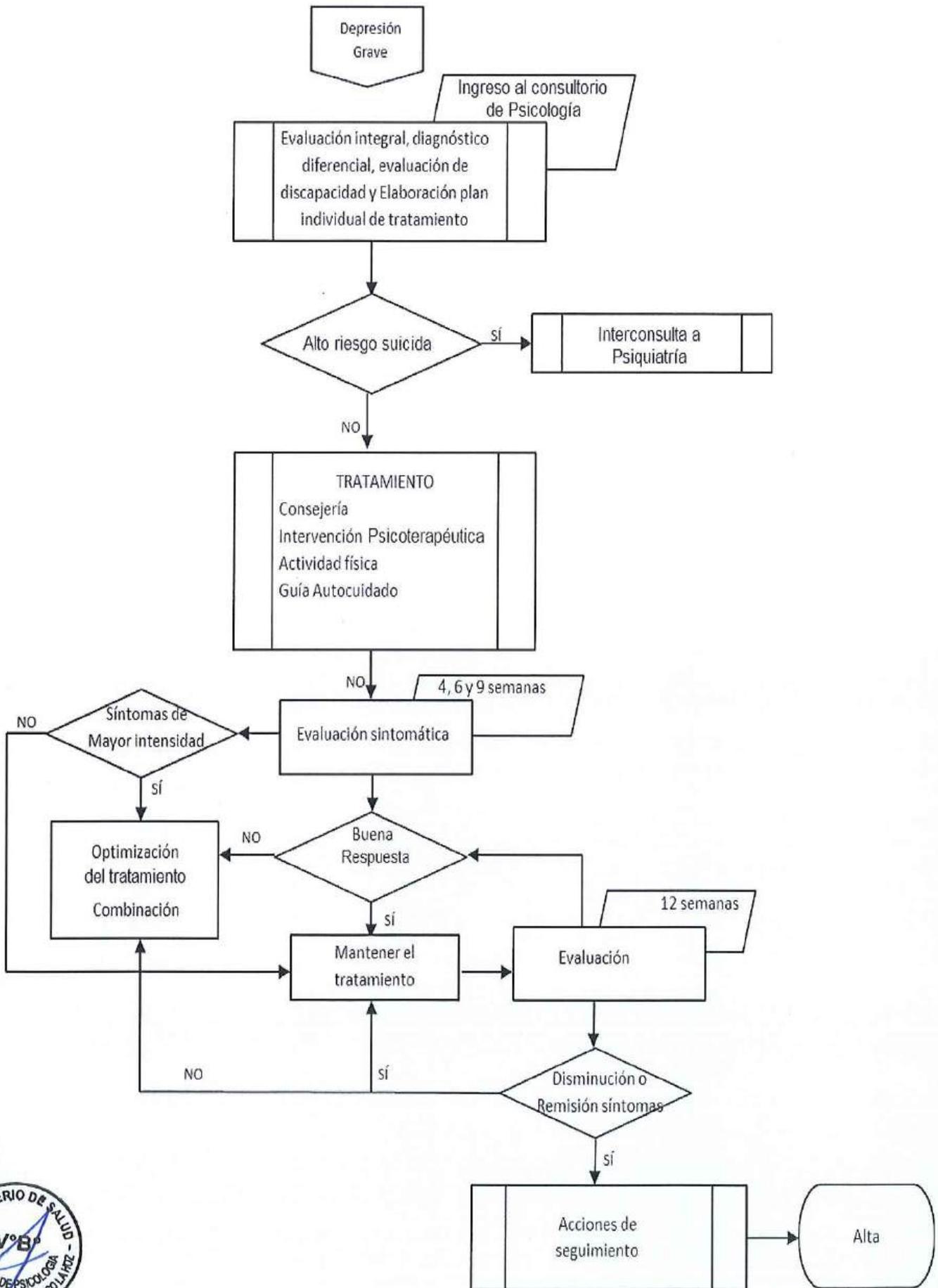
1. Episodios graves con ideas de suicidio, síntomas psicóticos o necesidad de internamiento.
2. Episodios depresivos dentro de un trastorno bipolar.
3. Falta de respuesta al tratamiento durante 2-3 meses.
4. Comorbilidad psiquiátrica que complica el control y el tratamiento del paciente.
5. Existencia de dificultades o dudas diagnósticas.

6.6. FLUXOGRAMA DE LA ATENCIÓN

Flujograma 1. Diagnóstico de la depresión según CIE-10



Flujograma 4. Depresión Grave



F32 Episodios depresivos

En los episodios depresivos típicos el enfermo que las padece sufre un humor depresivo, una pérdida de la capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas, una disminución de su vitalidad que lleva a una reducción de su nivel de actividad y a un cansancio exagerado, que aparece incluso tras un esfuerzo mínimo. También son manifestaciones de los episodios depresivos:

- a) La disminución de la atención y concentración.
- b) La pérdida de la confianza en sí mismo y sentimientos de inferioridad.
- c) Las ideas de culpa y de ser inútil (incluso en los episodios leves).
- d) Una perspectiva sombría del futuro.
- e) Los pensamientos y actos suicidas o de autoagresiones.
- f) Los trastornos del sueño.
- g) La pérdida del apetito.

La depresión del estado de ánimo varía escasamente de un día para otro y no suele responder a cambios ambientales, aunque puede presentar variaciones circadianas características. La presentación clínica puede ser distinta en cada episodio y en cada individuo. Las formas atípicas son particularmente frecuentes en la adolescencia. En algunos casos, la ansiedad, el malestar y la agitación psicomotriz pueden predominar sobre la depresión. La alteración del estado de ánimo puede estar enmascarada por otros síntomas, tales como irritabilidad, consumo excesivo de alcohol, comportamiento histriónico, exacerbación de fobias o síntomas obsesivos preexistentes o por preocupaciones hipocondriacas. Para el diagnóstico de episodio depresivo de cualquiera de los tres niveles de gravedad habitualmente se requiere una duración de al menos dos semanas, aunque períodos más cortos pueden ser aceptados si los síntomas son excepcionalmente graves o de comienzo brusco.

Alguno de los síntomas anteriores puede ser muy destacados y adquirir un significado clínico especial. Los ejemplos más típicos de estos síntomas "somáticos" (ver Introducción, página 143) son: Pérdida del interés o de la capacidad de disfrutar de actividades que anteriormente eran placenteras.

Pérdida de reactividad emocional a acontecimientos y circunstancias ambientales placenteras. Despertarse por la mañana dos o más horas antes de lo habitual. Empeoramiento matutino del humor depresivo. Presencia objetiva de inhibición o agitación psicomotrices claras (observadas o referidas por terceras personas). Pérdida marcada de apetito. Pérdida de peso (del orden del 5 % o más del peso corporal en el último mes). Pérdida marcada de la libido. Este síndrome somático habitualmente no se considera presente al menos que cuatro o más de las anteriores características estén definitivamente presentes.

Incluye:

Episodios aislados de reacción depresiva.

Depresión psicógena (F32.0, F32.1 ó F32.2).

Depresión reactiva (F32.0, F32.1 ó F32.2).

Depresión mayor (sin síntomas psicóticos).

F32.0 Episodio depresivo leve

Pautas para el diagnóstico

Ánimo depresivo, la pérdida de interés y de la capacidad de disfrutar, y el aumento de la fatigabilidad suelen considerarse como los síntomas más típicos de la depresión, y al menos dos de estos tres deben estar presentes para hacer un diagnóstico definitivo, además de al menos dos del resto de los síntomas enumerados anteriormente (en F32.-, página 152). Ninguno de los síntomas debe estar presente en un grado intenso. El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas.

Un enfermo con un episodio depresivo leve, suele encontrarse afectado por los síntomas y tiene alguna dificultad para llevar a cabo su actividad laboral y social, aunque es probable que no las deje por completo.

Se puede utilizar un quinto carácter para especificar la presencia de síntomas somáticos:

F32.00 Sin síndrome somático

Se satisfacen totalmente las pautas de episodio depresivo leve y están presentes poco síndrome somático o ninguno.

