IMSS

MINI-GUÍAS CLÍNICAS

DIAGNÓSTICO Y MANEJO DE LOS PRINCIPALES TRASTORNOS MENTALES EN MEDICINA FAMILIAR Y PSICOLOGÍA

Índice

3 Directorio

4 Generalidades

6 Depresión

8 Riesgo suicida

10 Ansiedad

13 Estrés postraumático

14 F10-19 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicotropas

16 Manifestaciones neuropsiquiátricas por COVID-19

19 Glosario de términos

20 Bibliografía

22 Anexos

Grupo de expertos:

Dra. Eunice Itzel Valle Arteaga
Médica Psiquiatra, Subdirectora del Hospital de Psiquiatría de Morelos

Dr. Juan Diego Martínez Franco
Médico Psiquiatra, Coordinador de Programas Médicos

Dr. Francisco Paredes Cruz
Médico Psiquiatra

Revisores:

Dr. Alejandro Alarcón López
Médico Familiar, Coordinador de Programas Médicos

Colaboración en el diseño:

Dra. Ana Laura Cajigas Magaña
División de Innovación Educativa

Dra. Priscila Angélica Montealegre Ramírez
Jefa del Área Gestión del Conocimiento

Versión Original: Dr. Jesús Maya Mondragón
Dra. Lilia D. Gómez Cervantes

DIRECTORIO

Mtro. Zoé Alejandro Robledo Aburto
Director General

Dra. Célida Duque Molina
Directora de Prestaciones Médicas

Dr. Ricardo Avilés Hernández
Titular de la Unidad de Atención Primaria a la Salud

Dr. Efraín Arizmendi Uribe
Titular de la Unidad de Atención Médica

Dra. Carolina del Carmen Ortega Franco
Encargada de la Unidad de Educación, Investigación y Políticas de Salud

Dr. Manuel Cervantes Ocampo
Coordinador de Atención Integral a la Salud en el Primer Nivel

Dr. Luis Rafael López Ocaña
Coordinador de Atención Integral a la Salud en Segundo Nivel

Dra. Beatriz Maldonado Almaraz
Coordinadora de Unidades Médicas de Alta Especialidad

Dr. Alberto Rascón Pacheco
Coordinador de Vigilancia Epidemiológica

Generalidades

En materia de salud mental, para poder llegar a un diagnóstico certero, es importante comprender el concepto de "trastorno mental" y su repercusión en la funcionalidad de un individuo.

Un trastorno mental es un síndrome caracterizado por una alteración clínicamente significativa del estado cognitivo, la regulación emocional o el comportamiento de un individuo, que refleja una disfunción de los procesos psicológicos, biológicos o del desarrollo que subyacen en su función mental. Se encuentra asociado con un estrés significativo o una discapacidad, ya sea social, laboral o provocado por otras actividades importantes.

Sin embargo, un trastorno mental NO ES una respuesta predecible o culturalmente aceptable ante un estrés usual o una pérdida, tal como la muerte de un ser querido, un comportamiento socialmente anómalo (ya sea político, religioso o sexual) o los conflictos existentes principalmente entre el individuo y la sociedad.

La Escala de Evaluación de la Actividad Global (EEAG, Anexo 1) es un instrumento de gran utilidad para el personal de salud debido a que permite evaluar el nivel de funcionamiento de las personas a lo largo de un *continuum* salud-enfermedad para identificar el impacto de una afección mental en el desempeño social, ocupacional y psicológico de un individuo. Su uso resulta práctico para el personal de salud puesto que además de fortalecer su práctica profesional, le facilitará la toma de decisiones. Es una escala descriptiva que puntúa la funcionalidad del paciente del 0 al 100, donde "0" corresponde a información inadecuada por encontrarse el paciente en estado de coma o no poder ser evaluado, mientras que un puntaje del 1 al 10 indica que el evaluado presenta un peligro persistente de lesionar gravemente a otros o a sí mismo, incapacidad para mantener la higiene personal mínima o acto suicida grave con expectativa manifiesta de muerte.
De esta manera, puntajes por debajo de 50 son considerados como disfunción severa con evidencia manifiesta de urgencia psiquiátrica. Cabe señalar que a mayor puntuación en la escala, mejor nivel de actividad tendrá el paciente.

En el contexto de la pandemia de COVID-19 esta escala ha sido de gran utilidad para evaluar el impacto de la contingencia sanitaria en la salud mental de las personas. Al respecto, para poder establecer un puntaje acertado, se debe identificar el nivel actual de funcionamiento global del consultante y compararlo con el nivel previo al inicio de síntomas.

Acorde con estos intervalos de puntaje, la alteración de la funcionalidad global se puede clasificar en leve (61-80 puntos), moderada (51-60 puntos) y severa (50 puntos o menos). Dicha clasificación da la pauta para la terapéutica a seguir:

- **Personas con disfunción leve:** podrán ser atendidas en primer nivel de atención, mediante intervenciones realizadas por el personal médico de Medicina Familiar y el personal de Psicología, ya que la mayoría de los casos se consideran con un pronóstico favorable a corto y mediano plazo. En estos casos, el clínico otorga información básica y orientación breve; indica que en caso de incrementarse la sintomatología o de que se detecte algún tipo de disfunción, el paciente deberá presentarse para revaloración en su unidad médica. En caso de no estar disponible el servicio de Psicología en Primer Nivel, se recomienda llamar a Orientación Médica Telefónica en Salud Mental al número 800-2222-668 opción 4.

- **Personas con disfunción moderada:** también podrán ser atendidas en primer nivel de atención debido a un pronóstico favorable a mediano plazo; no obstante, requerirán de un seguimiento estrecho. En estos casos, el médico iniciará manejo farmacológico y otorgará referencia a

Psicología con un plan de seguimiento mensual. Ante la eventualidad de que en este intervalo se detecte sintomatología residual, el curso de la enfermedad se complique por comorbilidades con otros trastornos mentales o agudice por otros factores, el paciente deberá ser referido a los servicios de Urgencias de los Hospitales Generales de Zona (HGZ) y regionales para valoración psiquiátrica.

•**Personas con disfunción severa:** en caso de continuos ataques de pánico, riesgo suicida o presencia de una urgencia psiquiátrica, el médico referirá al paciente a servicios de Urgencias de Psiquiatría (2do y 3er nivel). De manera adicional, aquellos pacientes con trastornos mentales graves asociados con las actividades laborales del paciente, también deberán ser referidos a Salud en el Trabajo.

Generalidades de tratamiento con antidepresivos

El objetivo de todo antidepresivo es reestablecer el equilibrio neurobioquímico para la remisión de sintomatología depresiva. La respuesta terapéutica inicia a partir de la segunda a tercera semana de contar con tratamiento en dosis terapéutica, y la remisión puede presentarse hasta después de la octava semana. Por tal motivo se debe informar al paciente que su mejoría no será inmediata, sino gradual. Ante una limitada respuesta al tratamiento, se deberá considerar un incremento de dosis entre la sexta y octava semana.

Eligiendo el antidepresivo ideal: la elección del antidepresivo adecuado se fundamenta en el interrogatorio clínico y la sintomatología presentada. Existen diferentes factores que pueden afectar el desarrollo, curso y gravedad de la depresión. Se recomienda evaluar las siguientes áreas para elegir el tratamiento:

-Edad y comorbilidades del paciente

-Características del episodio (duración, recurrencia, número del episodio, intensidad de los síntomas, comorbilidades con otros trastornos mentales)

-Factores ambientales y red de apoyo

-Grado de disfunción y/o discapacidad asociados

-Riesgo suicida

-Respuesta a tratamientos previos

"Los dos errores más frecuentes en el tratamiento farmacológico de la depresión son la utilización de dosis insuficientes y durante períodos de tiempo demasiado cortos. Se recomienda iniciar medicación antidepresiva utilizando la mitad de la dosis terapéutica durante la 1er semana para disminuir la incidencia de efectos adversos."

Generalidades de uso de benzodiacepinas

El uso de benzodiacepinas está orientado a disminuir síntomas de diversos trastornos mentales y del comportamiento, mas no a su curación. Su prescripción se encuentra justificada mientras los psicofármacos (antidepresivos, neuromoduladores, neurolépticos) inician su efecto terapéutico. Lo correcto es que a la par que se empiece a observar el efecto terapéutico, las dosis de benzodiacepinas deben irse disminuyendo gradualmente. Una vez alcanzado el efecto terapéutico de los otros psicofármacos, invariablemente se deberá iniciar la suspensión de benzodiacepinas.

Benzodiacepina presentación IMSS	Vida media (h)	Clasificación según vida media	Pico plasmático máximo (h)	Comienzo de la acción
Triazolam tabs 0.125 mg	3-5	Corta	1	Rápida
Alprazolam tabs 2 mg	12-15	Intermedia	1,5	Intermedia
Bromazepam tabs 3 mg	10-20	Intermedia	1-3	Lenta
Lorazepam tabs 1 mg	9-22	Intermedia	1,5	Intermedia
Clonazepam tabs 2 mg Sol. 2.5 mg/1 ml	20-40	Larga	3	Intermedia
Diazepam tabs 10mg Ampolleta 10 mg/2 ml	20-100	Larga	1	Lenta Rápida

-Fármacos que pueden generar tolerancia y dependencia, por lo que deben utilizarse con precaución y evitar en la medida de lo posible prescribirlos con horario, especialmente durante el día o como monoterapia.

-En el ámbito laboral, si el paciente hace uso de maquinaria o se encuentra a cargo de transporte, se deberá expedir la incapacidad correspondiente (aplica también para antidepresivos en algunas profesiones).

-No se recomienda su prescripción por más de 3 meses.

DEPRESIÓN

Es una enfermedad que cursa con tristeza patológica y estado de ánimo a la baja, en la que predominan los síntomas afectivos y, en mayor o menor grado están presentes síntomas de tipo cognitivo, volitivo y somático, los cuales son experimentados gran parte del día, durante un periodo mínimo de 2 semanas, generándose una afección global de quien la padece.

Episodio depresivo: intervalo durante el cual existe un estado de ánimo a la baja, presente casi todos los días, durante todo el día, con una duración no menor de dos semanas, donde el paciente cursa con disminución o pérdida de interés o capacidad para sentir placer en actividades que disfrutaba anteriormente, así como disminución de vitalidad, reducción de su nivel de actividad y cansancio extremo.

Síntomas

1. Fallas en atención y concentración
2. Pérdida de la confianza en sí mismo y sentimientos de minusvalía e inferioridad
3. Sentimientos de culpa e inutilidad
4. Perspectiva sombría del futuro, pesimismo, fatalidad y pensamiento catastrófico
5. Riesgo autolítico y posibilidad de daño a terceros
6. Insomnio o hipersomnia
7. Pérdida o aumento de peso

*Las formas atípicas son frecuentes en la adolescencia. La irritabilidad, ansiedad, malestar y agitación psicomotriz pueden predominar sobre la depresión y la alteración del estado de ánimo puede estar enmascarada por otros síntomas como: irritabilidad, consumo excesivo de alcohol, comportamiento histriónico, exacerbación de fobias o síntomas obsesivos preexistentes o preocupaciones hipocondriacas. En el adulto mayor incluso puede emular deterioro neurocognitivo similar al de alguna demencia.

F32.0 Episodio depresivo leve

Diagnóstico: presencia de 2 de los síntomas citados anteriormente y al menos 2 de los siguientes: ánimo depresivo, pérdida de interés y de la capacidad de disfrutar, aumento de la fatigabilidad. *La persona cursa con sintomatología depresiva que le implica algunas dificultades para llevar a cabo su actividad laboral y social.*

F32.1 Episodio depresivo moderado

Diagnóstico: presencia de al menos 3 (preferiblemente 4) de los síntomas citados anteriormente y al menos 2 de los siguientes: ánimo depresivo, pérdida de interés y de la capacidad de disfrutar, aumento de la fatigabilidad. * Una persona con un episodio depresivo moderado suele tener grandes dificultades para poder continuar desarrollando su actividad social, laboral o doméstica.*

F32.2 Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos

Diagnóstico: presencia de al menos 4 de los síntomas citados anteriormente y estar acompañados de ánimo depresivo, pérdida de interés y de la capacidad de disfrutar, aumento de la fatigabilidad. El individuo presenta una disfunción global grave con marcada desesperanza, se encuentran ideas de muerte o ideación suicida. URGENCIA PSIQUIÁTRICA.

F32.3 Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos

Diagnóstico: se satisfacen pautas establecidas en F32.2, y de manera adicional se identifica la presencia de ideas delirantes, alucinaciones o inhibición psicomotriz grave que puede progresar hasta estupor. ES UNA URGENCIA PSIQUIÁTRICA.

TRATAMIENTO

Episodio depresivo leve

Derivación a Psicología para implementación de medidas generales, y acorde con las características del paciente, elaboración de plan de intervención breve (mayor convivencia en su red social, participación de actividades recreativas, ejercicio físico, involucramiento en actividades sociales). Se sugiere activación conductual en el abordaje de primer nivel. Ante exacerbación de sintomatología, el paciente deberá presentarse para revaloración por médico familiar. En caso de no existir psicólogo en la Unidad de Medicina Familiar, se sugiere llamar a Orientación Médica Telefónica en Salud Mental al número 800-2222-668 opción 4.

Episodio depresivo moderado

Inicio de manejo antidepresivo por médico de primer nivel.
Referencia a Psicología para elaboración de plan de intervención centrado en soluciones teniendo como objetivo principal incidir en eventos relacionados con el episodio depresivo.

El tratamiento combinado de terapia cognitivo conductual + antidepresivos ha demostrado tener menor riesgo de abandono.

Meta: remisión total de los síntomas y restablecimiento funcional.

Duración: el tratamiento deberá mantenerse de 8 a 12 meses posteriores a obtener remisión en un primer episodio, y continuarlo por 2 años después de dos episodios en el transcurso de 5 años. Se debe considerar mantenerlo de manera indefinida tras antecedente de dos o más episodios durante los últimos 5 años.

Respuesta limitada a tratamiento: ante limitada respuesta a tratamiento, se deberá considerar incremento de dosis entre la sexta y octava semana de iniciado el manejo. De no presentar remisión de sintomatología en las 4 semanas posteriores al incremento de la dosis, se sugiere cambio de antidepresivo. Ante exacerbación de sintomatología, presencia de efectos adversos, estresores externos que contribuyan de manera adversa a la evolución del paciente, habrá que referir a segundo o tercer nivel de atención.

Antidepresivos

Fluoxetina *20 mg,* se elige si el episodio depresivo se asocia con ansiedad leve. Se debe evitar su prescripción si el paciente tiene antecedentes de traumatismos craneoencefálicos, neuroinfecciones, epilepsia, diagnóstico de trastornos mentales y del comportamiento debidos a enfermedad, lesión o disfunción cerebral, en cuyo caso, se deberá privilegiar el uso de sertralina en administración matutina.

Sertralina 50 mg, se elige si la sintomatología depresiva se asocia con ansiedad moderada, y se sugiere preferir su uso si el paciente tiene antecedentes de hipertensión arterial sistémica, diabetes mellitus o polifarmacia. La administración debe ser matutina.

Paroxetina 20 mg, se elige si la sintomatología depresiva se encuentra asociada con ataques de pánico, ansiedad e insomnio severo. La administración debe ser matutina.

Imipramina 25 mg, se elige cuando en la sintomatología depresiva predominan inhibición, apatía y el paciente NO tiene riesgo cardiovascular, iniciando dosis terapéutica de 25 mg por las mañanas y considerando su uso en población pediátrica y adolescente. No es recomendable en el adulto mayor con riesgo cardiovascular y antecedente de retención urinaria aguda, independientemente de su etiología. La administración debe ser matutina.

Benzodiacepinas

Clonazepam tabletas 2 mg: considerar el uso de 1/4 a 1/2 tableta vía oral por las noches teniendo en cuenta la necesidad de disminución y suspensión gradual en los primeros dos a tres meses de iniciado el tratamiento antidepresivo. En casos donde predomine una severa ansiedad durante el día, deberá considerarse administración matutina POR EL MÍNIMO TIEMPO POSIBLE.

Considerar su uso en solución gotas (Clonazepam solución 2.5 mg/1 ml, frasco gotero) para uso en microdosis.

En el adulto mayor deberán tenerse en cuenta comorbilidades y riesgo de caída para su prescripción.

Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos y Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos

Derivación inmediata mediante formato 4-30-8 a servicios de Urgencias de segundo y tercer nivel, en atención a Psiquiatría, fundamentando la urgencia psiquiátrica y procurando que en todo momento el paciente sea acompañado de un familiar responsable. En caso de que se cuente con el recurso en la unidad, se sugiere toma de exámenes básicos de laboratorios (biometría hemática y química sanguínea) y en caso de justificarse por otras comorbilidades, pruebas de funcionamiento tiroideo y pruebas de funcionamiento hepático.

RIESGO SUICIDA

Para poder apoyar de manera oportuna a las personas con riesgo suicida, es necesario identificarlas en etapas tempranas y establecer las pautas de manejo adecuado. El suicidio es un acto deliberadamente iniciado y realizado por una persona con pleno conocimiento o expectativa de su desenlace fatal.

-Paciente suicida: aquella persona vulnerable que percibe el suicidio como única solución a un problema o una crisis que invariablemente está causando intensos sufrimientos. Como paciente suicida se debe considerar también a aquél que pese a no haber intentado terminar con su vida, lo planea, lo piensa constantemente o incurre en conductas de riesgo.

-Paciente de alto riesgo suicida: persona que cuenta con un plan estructurado para quitarse la vida, presenta diversos factores de riesgo y/o carece de una adecuada red de apoyo. El riesgo incrementa todavía más cuando cursa con desesperanza, antecedentes de familiares con suicidio consumado o historial propio de intentos

previos o si durante su vida ha exhibido impulsividad o es consumidor de sustancias.

-Intento suicida: conducta autolesiva con un resultado no fatal, acompañada por evidencia de que el objetivo de la persona era la muerte.

MANIFESTACIONES

En términos generales, los datos que pueden ser útiles para la identificar la conducta suicida son comportamiento agresivo o pasivo, cambios drásticos en los hábitos del paciente, reciente diagnóstico de alguna enfermedad, duelo reciente, miedo a las separaciones, cambios abruptos en su comportamiento, pérdida de interés en el trabajo o la escuela, disminución de rendimiento a nivel laboral o académico, dificultad para concentrarse, aislacionismo, repartición de objetos estimados, frecuentes referencias a la muerte o una crisis vital reciente. Las personas con conductas suicidas suelen presentar asociación con síntomas depresivos, ansiosos, postraumáticos y muestran cierta tendencia al aislamiento.

Existen diversos factores de riesgo asociados como: presencia de ideas de muerte, pérdida del sentido de la vida, desesperanza, intentos previos, sexo masculino, edad avanzada, vivir solo, historia familiar de suicidio, historia familiar y personal de abuso de sustancias (principalmente alcohol), psicosis, enfermedades crónicas, terminales, invalidantes y dolorosas, impulsividad, pobre capacidad para manejo del estrés.

EVALUACIÓN

La única manera de identificar el riesgo suicida de un individuo de manera objetiva es evaluar su entorno y comportamiento **e interrogar expresamente por ideas de muerte, ideación suicida, o previos comportamientos autolíticos,** especialmente en aquellos pacientes que durante el interrogatorio, exhibieron algún tipo de alteración afectiva, con antecedentes de trastornos mentales o que se encuentran cursando por algún tipo de crisis vital. Si es necesario el médico puede apoyarse en un tercero para identificar síntomas depresivos, ansiosos o algún dato de peligro. En este caso se sugiere utilizar la escala SAD PERSONS (ver Anexo 2), así como valorar la letalidad e intencionalidad de intentos previos.

CLASIFICACIÓN

Al valorar una conducta suicida se deben conocer 3 factores determinantes:

1. La comorbilidad psiquiátrica tanto aguda como crónica
2. Las circunstancias y motivaciones de la conducta
3. Los factores de riesgo para el suicidio a corto plazo

TRATAMIENTO

Todo paciente que se considere con riesgo suicida deberá ser referido de inmediato con el personal médico de Psiquiatría para su valoración y tratamiento especializado, haciendo lo posible para que sea acompañado por un familiar responsable.

Si bien el “suicidio” o el “riesgo suicida” no son patologías, su presencia debe hacer sospechar de algún trastorno psiquiátrico subyacente que amerita atención a la brevedad. Una vez que haya sido resuelta la urgencia médica, estas patologías serán evidentes, de manera que se les deberá dar seguimiento a fin de buscar una resolución que minimice o elimine un futuro riesgo para el paciente.

Ante la detección de riesgo suicida es necesario hacer referencia urgente mediante formato 4-30-8 a servicios de Urgencias de segundo y tercer nivel, en atención a

Psiquiatría, fundamentando la urgencia psiquiátrica y procurando que en todo momento el paciente sea acompañado por un familiar responsable. Los pacientes hemodinámicamente estables con alto riesgo suicida deberán ser referidos de manera inmediata al hospital de psiquiatría que por zonificación les corresponda. Ante la presencia de comorbilidades, intentos suicidas recientes o alguna alteración que comprometa la funcionalidad de algún órgano o sistema de manera inmediata, deberán ser referidos al su hospital general de zona de adscripción para valoración antes de referencia a hospital de psiquiatría.

ANSIEDAD

La ansiedad se caracteriza por la sensación de aprensión, desagradable y vaga, habitualmente acompañada de síntomas somáticos. Es una emoción con una finalidad adaptativa, ya que funciona como un sistema de alarma biológica. Puede tornarse patológica al grado de mantenerse como un estado de agitación e inquietud desagradable que produce pensamientos y sensaciones de alarma constantes, siendo estos síntomas de tal magnitud que llegan a interferir en el desarrollo de las actividades habituales, momento en el cual se configuran los trastornos de ansiedad: trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de pánico, agorafobia, fobia específica y trastorno de ansiedad social o fobia social.

SÍNTOMAS

Trastorno de ansiedad generalizada: el individuo presenta ansiedad y preocupación excesivas sobre diversos acontecimientos o actividades durante la mayor parte de los días, la preocupación es difícil de controlar y se asocia con síntomas como tensión muscular, irritabilidad, trastornos del sueño e inquietud.

Trastorno de pánico (o ansiedad paroxística): se refiere a la crisis intensa y aguda de ansiedad acompañada por la sensación de catástrofe inminente, alcanzando su máxima expresión en muy poco tiempo, con remisión tras aproximadamente 15 a 20 minutos. Este tipo de crisis son imprevisibles.

Agorafobia: trastorno donde el paciente experimenta miedo o ansiedad intensos al encontrarse en lugares de los cuales puede ser difícil escapar o en situaciones como usar el transporte público, pasar por un túnel, usar elevador o estar en un lugar concurrido.

Fobia específica: miedo excesivo, irracional, intenso y persistente hacia un objeto o situación, manifestándose como ansiedad intensa hasta llegar al pánico cuando el paciente se expone al objeto o situación temidos.

Trastorno de ansiedad social o fobia social: miedo a situaciones sociales (incluidas las situaciones donde se implica el escrutinio o el contacto con desconocidos). El temor se dirige al bochorno o vergüenza que se puede sentir en una situación, no a la situación en sí, su duración también abarca un periodo mínimo de seis meses.

DIAGNÓSTICO

Trastorno de ansiedad generalizada: el afectado presenta síntomas de ansiedad la mayor parte del día durante un periodo de 6 meses como mínimo; entre estos síntomas se encuentran presentes:

-Aprensión (preocupaciones acerca de calamidades venideras, sentirse «al límite», dificultades de concentración, etcétera).
-Tensión muscular (agitación e inquietud psicomotrices, cefaleas de tensión, temblores, incapacidad de relajarse).
-Hiperactividad vegetativa (mareos, sudoración, taquicardia o taquipnea,

molestias epigástricas, vértigo, sequedad de boca, etcétera).

*** En los niños suelen ser llamativas la necesidad constante de seguridad y las quejas somáticas recurrentes.

Trastorno de pánico: episodios intensos y agudos de ansiedad caracterizados por la presencia de: palpitaciones, dolor precordial, sensación de asfixia, mareo o vértigo y sensación de irrealidad (despersonalización o desrrealización), deseo de escapar o correr, sensación de que invariablemente ocurrirá algo terrible o sensación de muerte inminente. Con frecuencia hay temor secundario a morir, perder el control o enloquecer.

Para un diagnóstico definitivo deben presentarse varios ataques de pánico al menos durante un mes con las siguientes características:

1. En circunstancias en las que no hay un peligro objetivo.

2. No deben presentarse sólo en situaciones conocidas o previsibles.

3. En el período entre las crisis el individuo debe estar relativamente libre de ansiedad aunque es frecuente una ansiedad anticipatoria leve.

Agorafobia: los síntomas psicológicos o vegetativos son manifestaciones primarias de ansiedad y no secundarias a otros síntomas, como ideas delirantes u obsesivas durante un periodo de 6 meses o más. Esta ansiedad se limita o predomina en al menos dos de las siguientes situaciones: multitudes, lugares públicos, viajar lejos de casa o viajar solo. Evitar la situación fóbica es una característica destacada de este trastorno.

Fobia específica: los síntomas, psicológicos o neurovegetativos, son manifestaciones primarias de la ansiedad y no secundarias a otros síntomas como ideas delirantes u obsesivas. Esta ansiedad se limita a la presencia de objetos o situaciones fóbicas específicas, mismas que son evitadas en la medida de lo posible por quienes las padecen.

Trastorno de ansiedad social o fobia social: los síntomas psicológicos, comportamentales o neurovegetativos, son manifestaciones primarias de la ansiedad y no secundarias a otros síntomas como ideas delirantes u obsesivas, habiendo estado presentes desde al menos seis meses. Esta ansiedad se limita o predomina en situaciones sociales concretas y determinadas. La situación fóbica es evitada, cuando es posible.

CLASIFICACIÓN

Clasificación de los trastornos de ansiedad en relación con su severidad

Trastorno leve: la sintomatología ansiosa sólo genera una pequeña alteración en la funcionalidad; las actividades sociales o las relaciones interpersonales.

Trastorno moderado: los síntomas generan una alteración en la funcionalidad, las actividades sociales o en las relaciones interpersonales, sin que llegue a ser severa.

Trastorno severo: la sintomatología ansiosa genera alguna de las siguientes alteraciones: gran alteración en la funcionalidad, manifiesta ideación suicida u homicida, síntomas psicóticos.

TRATAMIENTO

Meta: el tratamiento farmacológico de los trastornos de ansiedad tiene como objetivo aliviar los síntomas, prevenir las recaídas, evitar las secuelas y restaurar la funcionalidad premórbida en el paciente; todo ello con la mayor tolerabilidad posible

hacia la medicación. Antes de prescribir el tratamiento farmacológico, se debe considerar lo siguiente: edad del paciente, tratamiento previo, riesgo de intento suicida o abuso, tolerancia, posibles interacciones con otros medicamentos, posibilidad de embarazo.

Aproximación psicoterapéutica: la terapia cognitivo conductual es efectiva para todos estos trastornos de ansiedad; de manera acorde con las características individuales del paciente, el psicólogo a cargo del caso elaborará un plan terapéutico y considerará la posibilidad de psicoterapia grupal.

Trastorno de ansiedad generalizada

Iniciar el tratamiento farmacológico lo antes posible. Se recomienda el uso de inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina (ISRS).

Paroxetina 20 mg, se elige si la ansiedad es intensa. Se prefiere si el trastorno se encuentra asociado con ataques de pánico o insomnio severo. La administración debe ser matutina.

Sertralina 50 mg, se elige si la sintomatología ansiosa es moderada, se prefiere si el trastorno está ligado a sintomatología depresiva. La administración debe ser matutina.

Se deben utilizar benzodiacepinas *(triazolam 0.125 mg, alprazolam 2 mg, bromazepam 3 mg, lorazepam 1 mg, clonazepam solución gotas 2.5 mg/1 ml)* asociadas con el inicio de tratamiento con antidepresivos, en las reagudizaciones y en el tratamiento a corto plazo **por no más de 8 a 12 semanas.** Se tiene que empezar por la mínima dosis posible *(triazolam 0.125 mg, alprazolam 0.5 mg, bromazepam 1.5 mg, lorazepam 0.5 mg, clonazepam solución gotas 2.5 mg/1 ml 3-5 gotas vía oral)* especialmente si es paciente de primera vez, además se debe preferir su administración como dosis de rescate ante ansiedad extrema y evitar indicarlo con horario salvo en aquellos casos donde predomine ansiedad de moderada a severa durante el día. En situaciones donde la ansiedad predomine durante todo el día, se puede optar por clonazepam, solución en gotas.

Respuesta limitada a tratamiento: si no hay mejoría después de 8 a 12 semanas, habrá que considerar el uso de otro fármaco con diferente mecanismo de acción como: *venlafaxina 75 mg* (no se recomienda la prescripción a pacientes con alto riesgo de arritmias cardiacas o infarto al miocardio reciente y en pacientes hipertensos solo se utilizará cuando la hipertensión esté controlada).

Trastorno de pánico

Los indicadores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) *(fluoxetina 20 mg, paroxetina 20 mg, sertralina 50 mg, citalopram 20 mg)* son los medicamentos de primera elección. Cabe señalar que los antidepresivos deben ser los únicos medicamentos para el manejo a largo plazo del trastorno de pánico.

Respuesta limitada a tratamiento: cuando el ISRS no puede prescribirse o no hay mejoría del paciente después de 12 semanas de tratamiento, debe utilizarse un antidepresivo tricíclico.

El tratamiento de elección durante el ataque de pánico es el uso de benzodiacepinas (triazolam 0.125 mg, alprazolam 0.5-1 mg, lorazepam 0.25-0.5 mg, clonazepam solución en gotas 2.5 mg/1 ml, 3-5 gotas), a modo de dosis de rescate en su dosis más baja posible, privilegiando el uso de aquéllas de acción corta o ultracorta.

Fobia específica

No dar tratamiento farmacológico en caso de fobias específicas.
Por parte de Psicología se debe privilegiar el uso de terapia de desensibilización sistemática y terapia cognitivo conductual.

Agorafobia

Fluoxetina 20 mg, paroxetina 20 mg, sertralina 50 mg, Escitalopram 10 mg. Todas en administración matutina.

Respuesta limitada a tratamiento: las dosis se pueden incrementar a partir de la tercera semana, alcanzando, si es preciso, dosis máximas (posterior incremento cada dos semanas), como: fluoxetina 60 mg/día, sertralina 200 mg/día. La finalidad de este aumento es el control de los síntomas.

Duración: el tratamiento de estos síntomas debe mantenerse como mínimo un año antes de comenzar a disminuir la dosis.

Trastorno de ansiedad social o fobia social

Ante la presencia de síntomas fóbicos en situaciones sociales claramente definidas se recomienda el uso de *propranolol 40 mg* antes de la exposición, mientras que para la fobia social generalizada se sugiere el uso de *paroxetina 20 mg, sertralina 50 mg o escitalopram 10 mg.*

Respuesta limitada a tratamiento:
se debe cambiar a otro ISRS. Si no hay mejoría después de 8 a 12 semanas, habrá que considerar el uso de otro fármaco con diferente mecanismo de acción, de preferencia un antidepresivo dual.

PRECAUCIONES GENERALES DEL TRATAMIENTO CON BENZODIACEPINAS EN LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD: las benzodiacepinas se encuentran asociadas con un amplio espectro de efectos adversos (dependencia, síndrome de abstinencia por su cese y recurrencia ante la discontinuidad del tratamiento), durante y después del tratamiento, por lo cual, no deben ser utilizadas como monoterapia.

ESTRÉS POSTRAUMÁTICO

Trastorno que surge como respuesta tardía o diferida a un acontecimiento estresante o a una situación (breve o duradera) de naturaleza excepcionalmente amenazante o catastrófica, las cuales causarían por sí mismas malestar generalizado en cualquier persona. El comienzo sigue al trauma con un período de latencia cuya duración varía desde unas pocas semanas hasta meses, lo cual repercute en un deterioro significativo del funcionamiento social, escolar o laboral y personal.

DIAGNÓSTICO

Su aparición debe darse dentro de los seis meses posteriores a un hecho traumático de excepcional intensidad. Además del trauma, deben estar presentes evocaciones o representaciones del acontecimiento en forma de recuerdos o imágenes durante la vigilia o de ensueños reiterados. También suelen estar presentes, pero no son esenciales para el diagnóstico, otros síntomas como desapego emocional claro, con embotamiento afectivo y la evitación de estímulos que podrían reavivar el recuerdo del trauma. Los síntomas neurovegetativos, los trastornos del estado de ánimo y el comportamiento anormal también contribuyen al diagnóstico, pero no son de importancia capital para el mismo. La duración de la alteración es superior a un mes y causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

TRATAMIENTO

Meta: inicio de manejo lo antes posible (antes de los primeros tres meses) para evitar cronificación. Elaborar un plan de manejo considerando las características del paciente, el tipo de evento traumático, los antecedentes previos y la severidad del daño para poder llegar a una remisión total de la sintomatología.

Aproximación psicoterapéutica: psicoterapia grupal o individual, privilegiando aproximación cognitivo conductual (de 12 a 16 sesiones) y terapia de desensibilización.

Uso de los siguientes Inhibidores secundarios de recaptura de serotonina (ISRS) como primera línea de tratamiento: *sertralina 50-200 mg, paroxetina 20-60 mg, propranolol 40-80 mg* por sus efectos como betabloqueador cada 12 a 24 horas, de acuerdo con la evolución del paciente.

Única y exclusivamente cuando la ansiedad sea intensa, genere disfunción importante o existan alteraciones significativas del ciclo sueño-vigilia, deberá optarse por una benzodiacepina. Así mismo, se debe evitar la prescripción con horario a menos que los síntomas sean tan intensos que así lo requieran; cuando esta suceda, habrá que especificar el tiempo por el cual deberán prescribirse (no mayor de 3 meses) e indicar retiro gradual.

Topiramato 25 mg hasta 50 o 150 mg, sólo como tratamiento complementario. Es útil para controlar la presencia de pesadillas en casos crónicos que no han respondido a farmacoterapias previas.

F10-19 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicotropas

Trastornos cuya gravedad comprende desde la intoxicación no complicada y el consumo perjudicial hasta cuadros psicóticos y de demencia manifiestos. Todos ellos son secundarios al consumo de una o más sustancias psicotropas (aún cuando hayan sido prescritas por un médico).

DIAGNÓSTICO

La identificación de la sustancia psicotropa involucrada, que puede hacerse mediante los datos proporcionados por el propio individuo, de los análisis objetivos de muestras de orina, sangre, etc., o de cualquier otra fuente (muestras de sustancias en las pertenencias del enfermo, síntomas y signos clínicos o información proporcionada por terceros). Habitualmente las personas que consumen sustancias psicotropas no se limitan a una sola. No obstante, la clasificación diagnóstica del trastorno debe hacerse, cuando sea posible, de acuerdo con las sustancias (o de la clase de sustancias) consumidas más importantes.

Usuario experimental: aquél que consume una sustancia por primera vez, en el contexto de búsqueda de nuevas experiencias.

Usuario regular: aquél que consume de manera frecuente una o más sustancias psicoactivas, generalmente en contexto social pudiendo o no hasta llegar a la intoxicación.

Consumo de riesgo: patrón de consumo que eleva el riesgo de sufrir consecuencias

nocivas físicas, mentales o sociales (conducir en estado de intoxicación).

Consumo perjudicial: patrón de consumo de sustancia psicoactiva que causa daño a la salud física, mental, o genera disfunción en algún ámbito (laboral, académico, familiar o conyugal).

Consumo en patrón de dependencia: patrón de consumo donde se ha desarrollado una tolerancia (incremento de consumo para obtener el efecto inicial) y cursa con abstinencia (síntomas físicos o psicológicos al suspender el consumo); ocasiona la búsqueda continua de la sustancia y se acompaña de consumo de riesgo.

INTOXICACIÓN AGUDA

Estado transitorio consecutivo a la ingestión o asimilación de sustancias psicotropas o de alcohol que produce alteraciones del nivel de consciencia, de la cognición, de la percepción, del estado afectivo, del comportamiento o de otras funciones y respuestas fisiológicas o psicológicas.

DIAGNÓSTICO

La intoxicación aguda suele estar en relación con la dosis de la sustancia, aunque hay excepciones en individuos con cierta patología orgánica subyacente (por ejemplo, con una insuficiencia renal o hepática) en los que dosis relativamente pequeñas pueden ocasionar una intoxicación desproporcionadamente grave. La desinhibición relacionada con el contexto social (por ejemplo, en fiestas o carnavales) debe también ser tenida en cuenta. La intoxicación aguda es un fenómeno transitorio. La intensidad de la intoxicación disminuye con el tiempo, y sus efectos desaparecen si no se repite el consumo de la sustancia. La recuperación es completa excepto cuando el tejido cerebral está dañado o surge alguna otra complicación.

TRATAMIENTO

Todo individuo que al encontrarse bajo la intoxicación aguda de sustancias y exhiba alteraciones mentales y del comportamiento que sean de tal manera disruptivas como para ponerlo en riesgo vital o a su entorno, requerirá de atención inmediata. Por tal motivo, deberá ser referido mediante formato 4-30-8 a servicios de Urgencias de segundo y tercer nivel. Únicamente tras encontrarse hemodinámicamente estable, haber remitido intoxicación aguda y/o síndrome de abstinencia y mantenerse alteraciones graves del comportamiento, el paciente deberá ser derivado a valoración por hospital de psiquiatría de adscripción para considerar su manejo en ambiente controlado. Para ello, deberá ser enviado con copia de laboratorios recientes (no mayores a un lapso de 27 a 48 horas): biometría hemática, química sanguínea, pruebas de funcionamiento hepático, y a juicio del clínico algún otro estudio complementario o valoración de especialista requeridos durante su hospitalización y en compañía de familiar responsable.

LAS PAUTAS DE MANEJO DEBEN ESTAR BASADAS EN EL NIVEL DE CONSUMO, DEPENDENCIA, O SUPRESIÓN, Y SIEMPRE DEBERÁ CONSIDERARSE Y DOCUMENTARSE EN EL EXPEDIENTE CLÍNICO SI EXISTE EL DESEO O NO DE TRATAMIENTO POR PARTE DEL PACIENTE.

Sustancias cuyo consumo se identifica frecuentemente por médicos de primer nivel: alcohol, tabaco, sustancias psicotropas, benzodiacepinas.

Intervenciones ante consumo experimental

Cuando se identifica a un usuario inicial, debe evaluarse cuidadosamente el entorno para identificar factores de riesgo tales como pobre red de apoyo, estrato socioeconómico bajo, presencia de alteraciones afectivas,

altas demandas laborales o académicas. Ante su detección, el médico de primer contacto debe referir al servicio de Psicología para otorgarle psicoeducación y a criterio del clínico, habrá que elaborar un plan de intervención.

Intervenciones ante patrón de abuso

El médico familiar deberá realizar referencia para atención del paciente en organizaciones específicas para su manejo, privilegiando aquéllas con las que existe convenio institucional.

Intervenciones ante patrón de dependencia

El médico familiar deberá realizar referencias a servicios pertinentes, así como a Trabajo Social para atención del paciente en organizaciones específicas para su manejo, privilegiando aquéllas con las que existe convenio institucional.

Manifestaciones neuropsiquiátricas por COVID-19

MANIFESTACIONES NEUROPSIQUIÁTRICAS DE COVID-19

Clínicamente, las manifestaciones neuropsiquiátricas de COVID-19 pueden ser agudas o crónicas, y tienen una relación directa con la severidad de la enfermedad, siendo los pacientes que sufrieron un proceso grave los más afectados. La combinación de inflamación sistémica, los cambios neuroinflamatorios asociados con un incremento masivo de moléculas cerebrales proinflamatorias, reactividad neuroglial, hipoxia resultado de fallo respiratorio, muerte neuronal y consecuente desmielinización, alteraciones en la transmisión sináptica, plasticidad y neurogénesis, síntesis y secreción de factores neurotróficos, y posterior remodelación patológica del entramado neuronal y alteraciones neuroquímicas, pueden desencadenar o exacerbar sintomatología neuropsiquiátrica.

Estos cambios orgánicos, emergiendo en concordancia a estrés excesivo a nivel físico y con el estrés ambiental causado por experiencias como la permanencia en salas de terapia, temores hacia la pandemia, restricciones sociales, incertidumbre económica y duelos, estimulan el eje hipotálamo-hipófisis suprarrenal y, por lo tanto, exacerban el estatus neuroinflamatorio, promoviendo así patología neuropsiquiátrica que incluye ansiedad, depresión, psicosis, trastornos del ciclo sueño vigilia, trastorno de estrés postraumático, desórdenes neurodegenerativos, epilepsia o abuso de sustancias. Identificar este tipo de afecciones desde primer nivel para otorgar una oportuna referencia permitirá el inicio de un manejo certero y promoverá una temprana recuperación funcional.

Manifestaciones agudas durante la infección por COVID-19

Durante el curso de la enfermedad, los pacientes pueden presentar manifestaciones neuropsiquiátricas que varían en cuanto a gravedad, entre ellas: anosmia, disgeusia, cefalea, mareo, enfermedad cerebrovascular aguda, ictus isquémico, trombosis cerebral de senos venosos y hemorragia cerebral, ataxia, encefalopatía, crisis epilépticas, síndrome confusional agudo o delirium, episodios de manía, agitación psicomotriz, síndrome disejecutivo, encefalopatía hemorrágica necrotizante aguda, encefalitis y meningoencefalitis, mielitis postinfecciosa, esclerosis múltiple, encefalomielitis, síndrome de Guillain-Barré, miositis o polineuropatía/miopatía o neuropatía periférica. Si bien este tipo de patologías las presentarán en su mayoría los

pacientes internados, no puede descartarse que sean vistas en el primer nivel, por lo tanto, de ser identificadas ameritarán una referencia inmediata a segundo y tercer nivel para su atención y manejo multidisciplinario.

TRATAMIENTO

Durante la hospitalización, el manejo del paciente debe ser multidisciplinario.

A continuación se citan algunas recomendaciones generales:

-Es altamente probable que el paciente curse con delirium o agitación psicomotriz durante el periodo agudo de la infección por COVID-19.

-Es de máxima importancia recordar que para poder obtener una resolución del delirium el primer paso del tratamiento es corregir la causa etiológica.

-El tratamiento de elección para las alteraciones conductuales del delirium y la agitación psicomotriz sigue siendo la administración de haloperidol intramuscular o intravenoso debido a su escaso potencial anticolinérgico y sedante, manteniendo en segunda línea la administración de risperidona vía oral. Existe información controversial respecto al uso de olanzapina, sin embargo, este fármaco, por su potencial sedante y consecuente efecto adverso en la función respiratoria, debe ser reservado para cuando no pueda hacerse uso de ningún otro neuroléptico.

- Como medidas generales para el manejo del delirium, deben mantenerse una oxigenación e hidratación tisular adecuadas, eliminar todas las medicaciones que no sean imprescindibles y realizarse frecuentemente toma de signos vitales; también es recomendable que el personal de salud, ante la evidente ausencia de un familiar, indique frecuentemente al paciente el día, la hora y lugar donde se encuentra; además, se deben procurar medidas de higiene del sueño y evitar, en la medida de lo posible, la deprivación sensorial.

- Si bien los neurolépticos potencialmente pueden generar alteraciones en la conductividad eléctrica a nivel cardiaco, debe valorarse el riesgo-beneficio de su uso, ya que ante un caso de agitación psicomotriz y el riesgo inherente para sí mismo y el equipo de salud, pueden resultar la única alternativa factible.

-El uso de benzodiacepinas en pacientes con delirium no está indicado.

-La contención mecánica durante los cuadros de agitación psicomotriz podrá ser necesaria y deberán revisarse los paquetes neurovasculares cada diez a quince minutos, además de revalorarse la continuidad de la contención mecánica en intervalos de dos a tres horas.

MANIFESTACIONES CRÓNICAS TRAS LA INFECCIÓN POR COVID-19 Y SECUELAS NEUROPSIQUIÁTRICAS

En casos graves de COVID-19, la respuesta hiperinflamatoria sistémica podría causar un deterioro cognitivo a corto, mediano y largo plazo, manifestándose como deficiencias en la memoria, atención, velocidad de procesamiento y funcionamiento, junto a pérdida neuronal difusa.

Al conjunto de alteraciones cognitivas relacionadas al antecedente de infección post COVID-19 que incluyen desorientación, confusión, alteraciones en la memoria y dificultad para concentrarse, se les llama “niebla mental”. También se han observado diversos tipos de manifestaciones clínicas neuropsiquiátricas como cambios del estado de ánimo, psicosis, insomnio, suicidio, disfunción neuromuscular y

alteraciones del movimiento, además de procesos desmielinizantes que pueden seguir a la infección por semanas, meses o potencialmente más tiempo en pacientes recuperados.

Para considerar que el paciente es portador de secuelas neuropsiquiátricas es recomendable esperar de tres a cuatro semanas tras la remisión de la sintomatología aguda propia de COVID-19, tiempo en el cual la mayoría de los pacientes ostentan una importante mejoría y reducción de sintomatología neurocognitiva. Si pasado este intervalo el paciente mantiene alteraciones en atención, concentración, memorias, estado de ánimo, insomnio, alteraciones en el movimiento o lenguaje, irritabilidad o ansiedad extremas, alteraciones en el curso y contenido del pensamiento que afecten su funcionalidad y le impiden retornar a los niveles de funcionamiento premórbidos, deberá ser referido a segundo o tercer nivel de atención.

TRATAMIENTO

El manejo de las secuelas neuropsiquiátricas de COVID-19 deberá ser acorde con la sintomatología y con el grado de disfunción exhibida por el paciente, para esto, el médico familiar elaborará referencias a segundo o tercer nivel y al servicio de Psicología. Entre las opciones terapéuticas debe contemplarse el uso de:

- Antidepresivos para manejo de alteraciones del estado de ánimo, regulación del ciclo sueño vigilia y disminución de síntomas cognitivos.

-Se cuenta con evidencia suficiente que sustenta que los neuromoduladores disminuyen la irritabilidad, coadyuvan en el tratamiento de la ansiedad y de las alucinaciones auditivas y visuales de baja intensidad, además de que ejercen un efecto como moduladores del estado del ánimo y corticales, por tanto, ejercen un papel terapéutico en aquellos pacientes con diversos grados de lesión cerebral por hipoxia o desmielinización.

-También se puede recurrir al uso de antipsicóticos en bajas dosis como tranquilizantes mayores e inductores del sueño en lugar de utilizar benzodiacepinas. Diversos artículos sugieren privilegiar el uso de melatonina.
-No se recomienda el uso de benzodiacepinas para el manejo de insomnio en pacientes con secuelas neuropsiquiátricas de COVID-19 por sus efectos sobre la función pulmonar. En el caso de que éstas sean la única opción terapéutica disponible o que el paciente no tenga secuelas pulmonares o éstas sean mínimas, deberá optarse por el uso de benzodiacepinas de acción ultracorta o corta.

-Si bien las secuelas neuropsiquiátricas serán un motivo importante de solicitud de atención en el primer nivel, no se puede desestimar la repercusión que los duelos han tenido sobre la población derechohabiente. Ante la detección de alteraciones afectivas o funcionales leves por un proceso de duelo durante los dos primeros meses posteriores al evento, el médico familiar deberá referir al derechohabiente al servicio de Psicología. Si transcurridos dos meses y medio el paciente mantiene estas alteraciones o incluso se exacerban, deberá considerarse el inicio de manejo farmacológico o la derivación a segundo o tercer nivel, acorde a su clínica.

Glosario de términos

Delirium (o disfunción cerebral aguda): Alteración transitoria del estado mental, caracterizada por la presencia de diferentes manifestaciones clínicas, principalmente alteración del nivel de consciencia y atención, junto con otras alteraciones de esferas cognitiva y no cognitiva.

Dosis de rescate: tratamiento sintomático efectivo durante periodo de crisis o agudización de sintomatología, para su alivio o remisión en cuestión de minutos.

Intencionalidad: determinación para llevar a cabo el intento suicida (planificación de la forma y el momento).

Letalidad de la conducta suicida: peligro vital objetivo asociado con un método o acción suicida.

Trastornos del estado de ánimo: grupo de afecciones clínicas caracterizadas por la existencia de alteraciones emocionales, consistentes en periodos prolongados de tristeza patológica, exaltación o euforia excesivas (manía), o de ambos. Se caracterizan por la sensación de pérdida de control de un individuo de sus propias emociones y por el sufrimiento subjetivo de un gran malestar.

Tristeza: es un sentimiento básico del ser humano e implica la percepción de un dolor emocional expresado a menudo mediante llanto, rostro abatido, falta de apetito, pesimismo, baja autoestima o insatisfacción.

Una de sus características principales es ser transitoria y estar relacionada con un suceso desfavorable.

Urgencia psiquiátrica: situación en la que los trastornos del pensamiento, estado de ánimo o conducta son tan disruptivos que ponen en riesgo vital al paciente, a su familia y a su entorno social. Estos casos requieren de atención médica inmediata porque de ello dependerá su evolución y pronóstico.

Sus manifestaciones pueden abarcar ideación o intento suicida, ideación homicida, agudización de síntomas depresivos o de ansiedad, psicosis, manía, trastornos cognitivos agudos, agitación psicomotora, confusión y alucinaciones o cambios súbitos en el comportamiento.

Bibliografía

1. Bobes-García J, Giner-Ubago J, Saiz-Ruiz J. Suicidio y psiquiatría. Recomendaciones preventivas y de manejo del comportamiento suicida. Madrid: Triacastela; 2011.

2. Cipriani, A, Furukahua T, Salanti G, Chaimani A, Atkinson L, et al. Comparative efficacy and acceptability of 21 antidepressant drugs for the acute treatment of adults with major depressive disorder: a systematic review and network meta-analysis. The Lancet 2018 391 (391): 1357–66.

3. Domínguez V, Collares M, Ormaechea G, Tamosiunas G. Uso racional de benzodiacepinas: hacia una mejor prescripción. Rev. Urug. Med. Interna 2016; 1(3).

4. Fekadu A, Donocik J, Cleare A. Standardisation framework for the Maudsley staging method for treatment resistance in depression. [Internet]. BMC Psychiatry 2018;18(100). Disponible en: https://doi.org/10.1186/s12888-018-1679-x

5. Ogawa Y, Takeshima N, Hayasaka Y, Tajika A, Wtanabe N, et al. Antidepressants plus benzodiazepines for adults with major depression. Cochrane Database Syst Rev 2019; 6(6):CD001026.

6. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JBW, Löwe B. An ultra-brief screening scale for anxiety and depression: the PHQ-4. Psychosomatics 2009; 50:613-621.

7. Strawbridge R, Carter B, Marwood L, Bandelow B, Tsapekos B, et al. Augmentation therapies for treatment resistant depression: systematic review and meta-analysis. The British Journal of Psychiatry 2019; 214(1): 42–51.

8. Organización Mundial de la Salud. CIE-10. Trastornos Mentales y del Comportamiento. Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades. Descripciones Clínicas y pautas para el diagnóstico. Ginebra, Suiza: OMS; 1992. DSM-5 Manual Diagnostico, Estadístico, Trastornos Mentales. American Psychiatric Association.

9. Servicio Andaluz de Salud. Detección e intervención temprana en las psicosis. Instrumento de evaluación n° 14 de la publicación. [Internet]. España: SAS; 2019. Disponible en: http://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/contenidos/publicaciones/Datos/433/pdf/14-GAF.pdf

10. Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud. Guía de Práctica Clínica Diagnóstico y Manejo del Estrés Postraumático. Guía de Evidencias y Recomendaciones. México: CENETEC; 2011.

11. Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud. Guía de Práctica Clínica Diagnóstico y Tratamiento de los Trastornos de Ansiedad en el Adulto. México:, CENETEC: 2010.

12. Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud. Guía de Práctica Clínica Diagnóstico y Tratamiento del Trastorno Depresivo en el Adulto. México: CENETEC; 2015.

13. Instituto Mexicano del Seguro Social. Estrategia en Salud Mental ante la contingencia por COVID-19. Curso en línea. Unidad 1: Afectaciones en la salud mental durante la contingencia por COVID-19. México: IMSS; 2020.

14. Instituto Mexicano del Seguro Social. Lineamiento operativo para la atención en salud mental a derechohabientes. México: IMSS; 2020.

15. Asociación Americana de Psiquiatría. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, 5.ata edición. Washington, DC: APA; 2013.

16. Ministerio de Salud. Manual de normas y procedimientos para la atención integral de la violencia intrafamiliar y la promoción de formas de convivencia solidaria en el Sistema Nacional de Salud. 2.ª ed. Panamá: Ministerio de Salud; 2002.

17. Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud. Guía de Práctica Clínica Prevención, diagnóstico y tratamiento del Consumo del Tabaco y Humo Ajeno, en el primer nivel de atención. Evidencias y Recomendaciones. México:, CENETEC; 2009.

18. Bender-del-Busto J, Mendieta-Pedroso M, León-Castellón R, Hernandez-Toledo L. Manifestaciones psiquiátricas en relación con la infección por el SARS-CoV-2. [Internet]. Anales de la Academia de Ciencias de Cuba; 2020. Disponible en: http://www.revistaccuba.cu/index.php/revacc/article/view/923

19. Khawam E, Khouli H, Pozuelo L. Treating acute anxiety in patients with COVID-19. [Internet]. Cleveland Clinic Journal of Medicine; 2020. Disponible en: https://www.ccjm.org/content/early/2020/05/27/ccjm.87a.ccc016

20. Aguilar-Navarro SG, Duarte-Flores JO, Granados-Valdéz MC, Suing-Ortega MJ, Mimenza-Alvarado JA. Prevention, diagnosis, and treatment of delirium in older adults with COVID-19. [Internet]. Salud Mental. 2020;43(6). Disponible en: http://www.revistasaludmental.mx/index.php/salud_mental/article/view/SM.0185-3325.2020.043

21. Ostuzzi G, Papola D, Gastaldon C, Schoretsanitis G, Bertolini F, et al. Safety of psychotropic medications in people with COVID-19: evidence review and practical recommendations. [Internet]. BMC Med. 2020;18(215). Disponible en: https://doi.org/10.1186/s12916-020-01685-9

22. Papachristopoulou E, Vlastos D. Focus on Mental Health during the Coronavirus (COVID-19) Pandemic: Applying Neuropsychological Knowledge from Previous Outbreaks. EC Psychology and Psychiatry 9.7. 2020;9(6):37-40.

23. Varatharaj A, Thomas N, Ellul M, Davies N, Pollak T, et al. Neurological and neuropsychiatric complications of COVID-19 in 153 patients: a UK-wide surveillance study. [Internet]. Lancet Psychiatry. 2020;7(10):875-882. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32593341/

24. Dinakaran D, Manjunatha N, Naveen C, Suresh B. Neuropsychiatric aspects of COVID-19 pandemic: A selective review Department of Psychiatry, National Institute of Mental Health And Neurosciences (NIMHANS), India. Asian J Psychiatr. 2020;53:102188.

25. Banerjee D, Viswanath B. Neuropsychiatric manifestations of COVID-19 and possible pathogenic mechanisms: Insights from other coronaviruses. Department of Psychiatry, National Institute of Mental Health and Neurosciences (NIMHANS), Bengaluru, India. Asian J Psychiatr. 2020;54:102350.

26. Organización Panamericana de la Salud. Alerta Epidemiológica: Complicaciones y secuelas por COVID-19. [Internet]. Washington D. C., EUA: OPS; 2020. Disponible en: https://www.paho.org/es/documentos/alerta-epidemiologica-complicaciones-secuelas-por-covid-19-12-agosto-2020

27. Steardo L, Verkhratsky A. Steardo Jr., L. Psychiatric Face of Covid19. Translational Psychiatry. 2020;10:261.

Anexo 1. Escala de funcionalidad global

Hay que considerar la actividad psicológica, social y laboral a lo largo de un hipotético *continuum* de salud-enfermedad. No hay que incluir alteraciones de la actividad debidas a limitaciones físicas (o ambientales).	
100 91	**Actividad satisfactoria en una amplia gama de actividades, nunca parece superado por los problemas de su vida, es valorado por los demás a causa de sus abundantes cualidades positivas. Sin síntomas.**
90	**Síntomas ausentes o mínimos** (p. ej., ligera ansiedad antes de un examen), **buena actividad en todas las áreas, interesado e implicado en una gama de actividades, socialmente eficaz, generalmente satisfecho de su vida, sin más preocupaciones o problemas que los cotidianos** (p. ej., una discusión ocasional con miembros de la familia).
80	**Si existen síntomas, son transitorios y constituyen reacciones esperables ante agentes estresantes psicosociales** (p. ej., dificultades para concentrarse tras una discusión familiar); **solo existe una ligera alteración de la actividad social, laboral o escolar** (p. ej., descenso temporal del rendimiento escolar).
70	**Algunos síntomas leves** (p. ej., humor depresivo e insomnio ligero) **o alguna dificultad en la actividad social, laboral o escolar** (p. ej., hacer novillos ocasionalmente o robar algo en casa), **pero en general funciona bastante bien, tiene algunas relaciones interpersonales significativas.**
60	**Síntomas moderados** (p. ej., aplanado y lenguaje circunstancial, crisis de angustia ocasionales) **o dificultades moderadas en la actividad social, laboral o escolar** (p. ej., pocos amigos, conflictos con compañeros de trabajo o de escuela).
50	**Síntomas graves** (p. ej., ideación suicida, rituales obsesivos graves, robos en tiendas) **o cualquier alteración grave en la actividad social, laboral o escolar** (p. ej., sin amigos, incapaz de mantenerse en un empleo).
40	**Una alteración de la verificación de la realidad o de la comunicación** (p. ej., el lenguaje es a veces ilógio, oscuro o irrelevante) **o alteración importante en varias áreas como el trabajo escolar, las relaciones familiares, el juicio, el pensamiento o el estado de ánimo** (p. ej., un hombre depresivo evita a sus amigos, abandona la familia y es incapaz de trabajar; un niño golpea frecuentemente a niños más pequeños, es desafiante en casa y deja de acudir a la escuela).
30	**La conducta está considerablemente influida por ideas delirantes o existe una alteración grave de la comunicación o el juicio** (p. ej., a veces es incoherente, actúa de manera claramente inapropiada, preocupación suicida) **o incapacidad para funcionar en casi todas las áreas** (p. ej., permanece en la cama todo el día; sin trabajo, vivienda o amigos).
20	**Algún peligro de causar lesiones a otros o a sí mismos** (p. ej., intentos de suicidio sin una expectativa manifiesta de muerte; frecuentemente violento; excitación maníaca) **u ocasionalmente deja de mantener la higiene personal mínima** (p. ej., con manchas de excrementos) **o alteración importante de la comunicación** (p. ej., muy incoherente o mudo).
10	**Peligro persistente de lesionar gravemente a otros o así mismos** (p. ej., violencia recurrente) **o incapacidad persistente para mantener la higiene personal mínima o acto suicida grave con expectativa manifiesta de muerte.**
0	Información inadecuada.

Anexo 2. Escala SAD PERSONS

Escala SAD PERSONS	
Sex (Sexo)	+1 si el evaluado es varón
Age (Edad)	+1 si es menor de 19 o mayor de 45
Depression (Depresión)	
Previous Attempt (Intentos de suicidio previos)	
Ethanol abuse (Abuso de alcohol)	
Rational thinking loss (Trastornos cognitivos)	
Social supports lacking (Sin apoyo social)	
Organized plan (Plan organizado de suicidio)	
No spouse (Sin pareja estable)	
Sickness (Enfermedad somática)	

Cada uno de los ítems presentes suma un punto, hasta un total de 10. Interpretación debe hacerse:

- 0-2 Puntos: Sin riesgo. Alta con seguimiento ambulatorio.
- 3-4 Puntos: Riesgo bajo. Seguimiento ambulatorio intensivo. Considerar ingreso psiquiátrico.
- 5-6 Puntos: Riesgo medio. Si no hay apoyo familiar estrecho debe internarse.
- 7-10 Puntos: Riesgo alto. Ingreso. Riesgo de intento inminente.

Anexo 3. PHQ-4 (Patient Health Questionnaire-4)

PHQ-4				
En los últimos 14 días, ¿con qué frecuencia le han supuesto una molestia los siguientes problemas?	**Nunca**	**Varios días**	**Más de la mitad de los días**	**Casi cada día**
1. Sentirse nervioso, angustiado o muy tenso.	0	1	2	3
2. Ser incapaz de controlar las preocupaciones.	0	1	2	3
3. Tener poco interés o alegría por hacer cosas.	0	1	2	3
4. Sentirse decaído, deprimido o sin esperanza.	0	1	2	3

1 pregunta PHQ-TP

En las últimas 4 semanas, ¿ha tenido algún ataque de ansiedad – sensación repentina de pánico o miedo?

a) Sí b) No

Preguntas 1 y 2. Punto de Corte: >3 > Probable trastorno de ansiedad
Preguntas 3 y 4. Punto de Corte: 3 o mayor. > Probable trastorno depresivo
Pregunta PHQ-TP: Si. > Probable trastorno de pánico