



Nº 0249-DE-HONADOMANI-SB

## Resolución Directoral

2011

Lima 24 de Noviembre de 2011



Así, el Expediente N° 16411-11.

### CONSIDERANDO:

Que, el artículo VI del Título Preliminar de la Ley N° 26842 – Ley General de Salud, establece que es responsabilidad del Estado promover las condiciones que garanticen una adecuada cobertura de prestaciones de Salud a la población, en términos socialmente aceptables de seguridad, oportunidad y calidad; razón por la cual, es preocupación constante del Ministerio de Salud priorizar la calidad asistencial, así como la implementación de la mejor práctica clínica en las prestaciones asistenciales que se brinde a la población usuaria en los Establecimiento de Salud;

Que, dentro de ese contexto, se expidió la Resolución Ministerial N° 422-2005/MINSA, de fecha 01 de Junio del 2005, que aprueba la Norma Técnica N° 027-MINSA/DGSP-V.01: "Norma Técnica para la Elaboración de Guías de Práctica Clínica", cuya finalidad es estandarizar la elaboración de Guías de Práctica Clínica, de acuerdo a los criterios internacionalmente aceptados que respondan a las prioridades sanitarias nacionales y/o regionales, buscando el máximo beneficio y mínimo riesgo a los usuarios y el uso racional de recursos en los establecimientos de salud;

Que, en ese sentido, el Jefe del Departamento de Apoyo al Tratamiento, mediante Nota Informativa N° 686-DAT.HONADOMANI-SB.2011, remite al Director General, doce (12) Guías de Práctica Clínica elaboradas por el Servicio de Psicología del citado Departamento, debidamente visadas, para su aprobación mediante Resolución Directoral;

Que, mediante Nota Informativa N° 164-2011-OGC.HONADOMANI.SB, el Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad, remite el Informe N° 064-2011-Resp.ECS-OGC-HONADOMANI/SB, por el cual la Responsable de Evaluación de la Calidad de la Oficina de Gestión de la Calidad, concluye que las Doce (12) Guías de Práctica Clínica elaboradas por el Servicio de Psicología del Departamento de Apoyo al Tratamiento, han sido elaboradas y actualizadas de acuerdo a la normatividad vigente, en estructura, forma y contenido, por lo que emite opinión favorable para la aprobación de las mismas, vía Resolución Directoral;

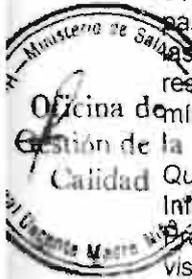
Con las visaciones de la Sub – Dirección General, de las Oficinas de Gestión de la Calidad y de Asesoría Jurídica;

En uso de las atribuciones conferidas por el Artículo 11° inciso c) del Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé", aprobado mediante Resolución Ministerial N° 884-2003-SA/DM;

### SE RESUELVE:

**Artículo Primero.-** Aprobar Doce (12) Guías de Práctica Clínica elaboradas por el Servicio de Psicología del Departamento de Apoyo al Tratamiento del Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé", que forman parte integrante de la presente Resolución Directoral, de acuerdo a la siguiente relación:

1. Dx. SINDROME DE MALTRATO - Consta de 18 Folios.
2. Dx. TRASTORNO POR DEFICIT DE ATENCION CON HIPERACTIVIDAD – Consta de 10 Folios.
3. Dx. TRASTORNO ESPECIFICO DEL DESARROLLO PSICOMOTOR – Consta de 07 Folios.





4. Dx. TRASTORNO DE SEPARACION EN LA NIÑEZ – Consta de 06 Folios.
5. Dx. OTROS TRASTORNOS EMOCIONALES EN LA NIÑEZ – Consta de 06 Folios.
6. Dx. TRASTORNO DE ADAPTACION CON ESTADO DE ANIMO ANSIOSO – Consta de 09 Folios.
7. Dx. TRASTORNO DE ADAPTACION CON ESTADO DE ANIMO DEPRESIVO – Consta de 11 Folios.
8. Dx. OTROS TRASTORNOS MIXTOS DE ANSIEDAD – Consta de 07 Folios.
9. Dx. TRASTORNO MIXTO ANSIOSO DEPRESIVO – Consta de 11 Folios.
10. Dx. EPISODIO DEPRESIVO LEVE – Consta de 08 Folios.
11. Dx. OTROS TRASTORNOS DE ANSIEDAD ESPECIFICOS – Consta de 07 Folios.
12. INTERVENCION PSICOLOGICA EN CRISIS Y PRIMEROS AUXILIOS PSICOLOGICOS – Consta de 20 Folios.

**Artículo Segundo.-** DISPONER que el Departamento de Apoyo al Tratamiento, implemente la difusión interna de las citadas Guías de Práctica Clínica y su cumplimiento en el Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé"; así como que el responsable del Portal de Transparencia de la Institución se encargue de la publicación de las mismas, aprobadas por la presente Resolución Directoral, en la dirección electrónica [www.sanbartolome.gob.pe](http://www.sanbartolome.gob.pe).

Regístrese y Comuníquese.

MINISTERIO DE SALUD  
HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO  
"SAN BARTOLOME"  
  
DR. JULIO CANO CARDENAS  
DIRECTOR GENERAL  
O.M.P. 12734

JCC/AAC/YVL/NCVRDLTS

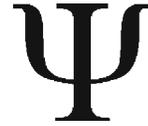
c.c.

- SDG
- OGC
- OAJ
- DAT
- OEI
- Archivo

**GUIAS  
DE  
PRACTICAS  
CLINICAS**

**SERVICIO DE  
PSICOLOGIA**

**2011**



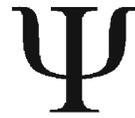
**Dr. Carlos Alberto Tejada Noriega**  
**Ministro de Salud**

**Dr. Julio Carlos Cano Cárdenas**  
**Director General del Hospital Docente Madre Niño “San Bartolomé”**

**Dr. Augusto Amorós Cortés**  
**Sub Director del Hospital Docente Madre Niño “San Bartolomé”**

**Dr. Yuri Velazco Lorenzo**  
**Jefe del Departamento de Apoyo al Tratamiento del Hospital Docente Madre Niño “San Bartolomé”**

**Ps. Fernando David Alvarado Cirilo**  
**Jefe del Servicio de Psicología del Hospital Docente Madre Niño “San Bartolomé”**



## **Jefes de Equipo de Trabajo del Servicio de Psicología**

**Ps. Carmen Aurea Maguiño Veliz**  
**Jefa de Equipo Trabajo del Niño**

**Ps. Carlos Alberto Cajo Ccencho**  
**Jefe de Equipo de Trabajo de Adolescente**

**Ps. Laura Esquivel Araoz**  
**Jefa de Equipo de Trabajo del Adulto**



## **Elaboración de Guías Prácticas Clínicas**

**Ps. Fernando Alvarado Cirilo**  
**Ps. Carmen Maguiño Veliz**  
**Ps. Carlos Cajo Ccencho**  
**Ps. Laura Esquivel Araoz**  
**Ps. Mercedes Curotto Cornejo**  
**Ps. Hortencia Vilchez De La Cruz**  
**Ps. Esther Santa Gadea Méndez**  
**Ps. Lucy García Serna**  
**Ps. Hernán Bernedo del Carpio**

## **Revisión**

**Ps. Fernando Alvarado Cirilo**  
**Ps. Carmen Maguiño Veliz**  
**Ps. Carlos Cajo Ccencho**  
**Ps. Laura Esquivel Araoz**  
**Ps. Mercedes Curotto Cornejo**  
**Ps. Hortencia Vilchez De La Cruz**  
**Ps. Esther Santa Gadea Méndez**  
**Ps. Lucy García Serna**  
**Ps. Hernán Bernedo del Carpio**



# **GUIA PRÁCTICA CLINICA**

## **SINDROME DE MALTRATO**

 <b>PERÚ</b> Ministerio de Salud	HONADOMANI San Bartolomé	HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO "SAN BARTOLOME"	
GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE Dx: SINDROME DE MALTRATO			Departamento: Apoyo al Tratamiento
CODIGO CIE 10: <b>T74 (T74.0; T74.1; T74.2; T74.3; T74.8; T74.9)</b>		Versión: 11 - 2011	Servicio: Psicología

## I. NOMBRE Y CÓDIGO

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE DIAGNÓSTICO: SINDROME DE MALTRATO T.74

## II. DEFINICIÓN

### 1. Definición

Toda persona (niño/a o adulto/a), de sexo femenino o masculino, que presente lesiones físicas, sexuales y psicológicas que sean compatibles con el síndrome de maltrato producido por la violencia intrafamiliar.

#### 1.1 Aspectos Conceptuales

“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 la 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.

“Consideramos la violencia como una situación en la que una persona con más poder abusa de otra con menos poder. Las diferencias y desigualdades en la familia están dadas por el género y la edad.

Para definir una situación de violencia familiar, la relación de abuso debe ser permanente, periódica o cíclica. Se excluyen las situaciones de maltrato aisladas que constituyen la excepción y no la regla dentro de las relaciones familiares.

También se encuentran enmarcados en las normas legales como Ley N° 26260 Ley de protección frente a la violencia familiar y en el Decreto Supremo N° 003-2009-MINDES-Plan Nacional Contra la Violencia hacia la Mujer 2009-2015.

#### 1.3 Formas de Violencia intrafamiliar

Los victimarios usan muchas formas de abuso para ganar poder y control sobre su pareja, u otro miembro de la familia esto incluye:

- 1. El maltrato físico (T74.1).** Se refiere a todas aquellas acciones violentas que constituyen lesiones personales y en general a todas aquellas que atentan contra la integridad física de las personas. Por lo general, es un maltrato visible.
- 2. El maltrato psicológico (T74.3).** Se refiere a toda aquella palabra, gesto o hecho que tienen por objeto humillar, devaluar, avergonzar y/o dañar la dignidad de cualquier persona. Esta es una manifestación de violencia mucho más difícil de demostrar, sobre todo en los casos en que se produce en el interior de un grupo familiar.

ELABORADO POR SERVICIO:	REVISADO POR DEPARTAMENTO:	VIGENCIA
PSICOLOGIA	APOYO AL TRATAMIENTO	Noviembre 2011-octubre 2013

 <b>PERÚ</b> Ministerio de Salud	HONADOMANI San Bartolomé	HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO "SAN BARTOLOME"	
GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE Dx: SÍNDROME DE MALTRATO			Departamento: Apoyo al Tratamiento
CODIGO CIE 10: <b>T74 (T74.0; T74.1; T74.2; T74.3; T74.8; T74.9)</b>		Versión: 11 - 2011	Servicio: Psicología

**3. La violencia sexual (T74.2).** Se refiere a todas las conductas que atentan contra la libertad sexual. Incluye acoso sexual, incesto, violación, actos sexuales abusivos, que se realicen contra cualquier miembro de la unidad doméstica o contra la persona con la que se haya convivido o procreado. Pueden ir desde imposiciones al nudismo hasta la penetración anal o vaginal.

**4. Negligencia y abandono (T74.0)** Aislamiento. Hace referencia a los casos en donde se busca controlar cada aspecto de la vida de la víctima como su tiempo, sus actividades, su contacto con los otros. Así mismo cuando a una víctima no se le permiten trabajar, recibir llamadas telefónicas o ver amigos o familiares, debe estar fuera o desconectada del mundo exterior.

**5. Abuso económico.** Es donde se controla el acceso de los miembros de la familia al uso del dinero y se tiene un control sobre el manejo y gasto del mismo.

#### **6. Formas Mixtas (T74.8)**

#### **7. Síndrome del Maltrato no Especificado (T74.9)**

#### **1.4 Violencia Contra La Mujer**

“Todo acto de violencia de género que resulte en, o pueda resultar en daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico de la mujer, incluyendo la amenaza de dichos actos, la coerción o la privación arbitraria de la libertad, tanto en la vida pública como en la privada.

La violencia contra la mujer puede tener las siguientes formas: La violencia física, sexual y psicológica en la familia incluidos los golpes, el abuso sexual de las niñas en el hogar, la violación por el marido o compañero permanente, la mutilación genital, la violencia ejercida por personas distintas al marido o compañero y la violencia relacionada con la explotación.

#### **1.5 Violencia Física**

Forma de agresión producida por la aplicación de la fuerza física no accidental, caracterizada por lesiones variables sobre el cuerpo de la persona agredida, con consecuencias leves o graves, incluso la muerte, pero que siempre tienen efectos traumáticos de orden psicológico o emocional ya que es generada con una intencionalidad específica.

#### **1.6 Violencia Psicológica**

Se refiere a todo tipo de agresión a la vida afectiva lo cual genera múltiples conflictos, frustraciones y traumas de diferentes órdenes, emocional, psicológico, social, en forma temporal o permanente. Además de estar íntimamente relacionado con las agresiones físicas y sexuales puede presentarse como una relación cotidiana en la convivencia familiar expresada en 3 formas:

- Agresión verbal utilizada para humillar, ridiculizar, amenazar o denigrar al agredido. Expresa el deterioro en las formas de comunicación entre los integrantes del grupo familiar.
- Lenguaje corporal: manifestaciones exageradas y permanentes miradas de insatisfacción, de rechazo; ausencia de expresiones afectivas, la exclusión
- y el aislamiento llegan a formar parte del lenguaje cotidiano como una forma de hostilidad y agresión emocional.

ELABORADO POR SERVICIO:	REVISADO POR DEPARTAMENTO:	VIGENCIA
PSICOLOGIA	APOYO AL TRATAMIENTO	Noviembre 2011-octubre 2013

 <b>PERÚ</b> Ministerio de Salud	HONADOMANI San Bartolomé	HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO "SAN BARTOLOME"	
GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE Dx: SINDROME DE MALTRATO			Departamento: Apoyo al Tratamiento
CODIGO CIE 10: <b>T74 (T74.0; T74.1; T74.2; T74.3; T74.8; T74.9)</b>		Versión: 11 - 2011	Servicio: Psicología

- Chantaje afectivo que se ejerce entre la pareja y entre padres e hijos. En este caso la violencia emocional se expresa en la negación a la libertad del otro (a).
- El abuso emocional o psicológico puede preceder o acompañar la violencia física como una forma de control a través del miedo y la degradación. Al igual que la violencia física tiene como base la subvaloración o descalificación de la mujer y el autoritarismo, la imposición de ideas y deseos.

### 1.7 Violencia Sexual

“Denominamos Violencia sexual a toda acción u omisión, voluntaria o involuntaria, protagonizada por un hombre o una mujer, contra otro hombre o mujer, que causando daño físico o emocional, vulnera los derechos sexuales de la otra persona, le impide o limita la satisfacción de sus necesidades sexuales e inhibe el pleno desarrollo de su sexualidad.”

## 2. Población objetivo

Niños, Adolescentes y Adultos (incluye gestantes).

## 3. Etiología

Existen varias teorías que tratan de explicar la violencia familiar, entre ellas:

### Teorías Activas o Innatas:

- Teoría Psicoanalítica (Freud)
- Teoría etológica (Lorenz)
- Teoría Bioquímica (Mackal)
- Teoría Psicopatológica
- Enfoque de género

### Teorías Reactivas o basadas en el aprendizaje

#### Teoría de la frustración-Agresión Modificada (Berkowitz)

- Teoría del Aprendizaje social (Bandura)
- Teoría Sociológica (Simmel y Coser)
- Enfoque de Salud pública basado en el modelo Ecológico (Corsi):
  - Ψ Microsistema
  - Ψ Mesosistema o ecosistema
  - Ψ Microsistema
  - Ψ Factores individuales

**Enfoque de Salud pública basado en el modelo ecológico (Corsi) Bonfenbrenner (1987)** propuso inicialmente el modelo ecológico, el cual tiene como objetivo el estudio de los problemas humanos en todas sus dimensiones, para lo cual cuenta con tres contextos (microsistema, ecosistema y microsistema) y cuatro dimensiones (cognitiva, conductual, psicodinámica e interaccional).

**Basado en el modelo ecológico, Cross (1992)**, articula de manera coherente los distintos niveles que intervienen en el problema considerando además la problemática “individual”, proponiendo así un modelo integrativo multidimensional, multifactorial e interdisciplinario para la comprensión de la violencia familiar (enfoque de salud pública), el cual cuenta de cuatro niveles:

ELABORADO POR SERVICIO:	REVISADO POR DEPARTAMENTO:	VIGENCIA
PSICOLOGIA	APOYO AL TRATAMIENTO	Noviembre 2011-octubre 2013

 <b>PERÚ</b> Ministerio de Salud	HONADOMANI San Bartolomé	HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO "SAN BARTOLOME"	
GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE Dx: SINDROME DE MALTRATO			Departamento: Apoyo al Tratamiento
CODIGO CIE 10: <b>T74 (T74.0; T74.1; T74.2; T74.3; T74.8; T74.9)</b>		Versión: 11 - 2011	Servicio: Psicología

#### A Nivel Macrosistema.

- La violencia estructural con sus desigualdades sociales, la anomia y la cultura de ambigüedad y las actitudes y representaciones sociales.
- El sistema de creencias y valores culturales, mitos, estilos de vida (desigualdades de género) definiciones acerca de ser mujer, hombre, niños y familia, las relaciones de sumisión y dependencia bajo un modelo patriarcal, vertical. situaciones ancladas en la tradición y la cultura peruana.
- La concepción acerca del poder y la obediencia en el contexto familiar. La violencia ha sido y es utilizada como un instrumento de poder y dominio del fuerte frente al débil, del adulto frente al niño, del hombre frente a la mujer a través de los tiempos.
- Las actitudes hacia el uso de la fuerza para la resolución de conflictos
- El concepto de roles familiares, derechos y responsabilidades.

#### A Nivel Ecosistema.

- Se encuentran los factores de riesgo que actúan como precipitantes de hechos violentos, tales como: pobreza, desempleo, hacinamiento, migración y grupo de pares.
- Legitimación institucional de la violencia las instituciones Educativas, Recreativas, Laborales, Religiosas, Judiciales, de Salud, etc. la reproducen en su funcionamiento el modelo vertical y autoritario; usan métodos violentos para resolver conflictos institucionales.
- Modelos violentos en los medios de comunicación que son generadores masivo de actitudes.
- Victimización secundaria cuando recurre a instituciones o personal de salud sobre historia de abusos en relaciones conyugales y conflictos familiares.
- Carencia de legislación adecuada.
- Escasez de apoyo institucional e impunidad a los victimarios.
- El estrés económico, el desempleo, abuso de alcohol y drogas (factor que aumentan el riesgo).
- Un factor potenciador de violencia es la socialización de los niños en contextos de violencia física cotidiana y casi familiar.
- Trastornos psicopatológicos.

#### A Nivel Microsistema.

Los factores como la socialización, el modelo parental, el co-hecho, la experiencia temprana de maltrato, la violencia entre los padres, hermanos y el consumo de alcohol y drogas.

- Historia personal violencia en la familia de origen con pautas de crianza negativa.
- Autoritarismo y rigidez en las interacciones familiares

ELABORADO POR SERVICIO:	REVISADO POR DEPARTAMENTO:	VIGENCIA
PSICOLOGIA	APOYO AL TRATAMIENTO	Noviembre 2011-octubre 2013

 <b>PERÚ</b> Ministerio de Salud	HONADOMANI San Bartolomé	HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO "SAN BARTOLOME"	
GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE Dx: SINDROME DE MALTRATO			Departamento: Apoyo al Tratamiento
CODIGO CIE 10: <b>T74 (T74.0; T74.1; T74.2; T74.3; T74.8; T74.9)</b>		Versión: 11 - 2011	Servicio: Psicología

- La falta de afecto y de vínculos emocionales, la pertenencia a una familia disfuncional y la experiencia con pares.
- Aprendizaje de resolución violenta de conflictos, con déficit en habilidades sociales con baja tolerancia a las frustraciones.
- Baja autoestima.

#### Factores Individuales.

En este nivel se pueden discriminar cuatro dimensiones Psicológicas interdependientes: cognitiva, conductual, psicodinámica e interaccional; los cuales deben considerarse en su relación con los cuatro sistemas en el desarrollo del individuo que afectan su personalidad y su mundo interior identidad, emociones y sentimientos los cuales son el producto del proceso de socialización durante los primeros años de vida, tenemos: El afecto, la comunicación, la autoestima, la dependencia, la indiferenciación, las necesidades de control, la vida insatisfactoria y los sentimientos encontrados.

#### 4. Psicofisiopatología

El Síndrome de maltrato, carece de fisiopatología física pero cursa síntomas que conducen a auténtico deterioro de su salud física y psicológica, bloqueando de hacer una vida normal y su calidad vital está mermado, su esperanza de vida que disminuye en varios años.

Cada mujer 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.

1. 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 autocritica, estrategias ineficaces para resolver los problemas de la vida diaria.
2. 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 sume 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.

ELABORADO POR SERVICIO:	REVISADO POR DEPARTAMENTO:	VIGENCIA
PSICOLOGIA	APOYO AL TRATAMIENTO	Noviembre 2011-octubre 2013

 <b>PERÚ</b> Ministerio de Salud	HONADOMANI San Bartolomé	HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO "SAN BARTOLOME"	
GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE Dx: SINDROME DE MALTRATO			Departamento: Apoyo al Tratamiento
CODIGO CIE 10: <b>T74 (T74.0; T74.1; T74.2; T74.3; T74.8; T74.9)</b>		Versión: 11 - 2011	Servicio: Psicología

- 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. Aspectos epidemiológicos importantes.

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.

La 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.

En el Perú se estima que 6 de cada 10 hogares viven en situación de violencia familiar. El 41% de las mujeres alguna vez unidas ha sido empujada, golpeada o agredida físicamente por su esposo o compañero y sólo el 19,4 % de ellas ha pedido ayuda a instituciones y 42,1% a familiares, amigos/as y otros/as. El 41% de los padres acude a los golpes para castigar a los hijos e hijas, y casi el 25% de las mujeres embarazadas que buscan servicios prenatales han sido maltratadas durante el embarazo; porcentajes más altos ocurren en áreas rurales.

El MINSA en el año 2000 reporta 84.7% mujeres víctimas, frente al 15.2% de varones. Respecto a la edad, el 61% son menores de 15 años; es decir, las más afectadas fueron las niñas y adolescentes. Los Centros de Emergencia Mujer –CEM- muestra un 16% de casos atendidos son niños, niñas y adolescentes hasta 17 años. De este total, el 73.1% refiere violencia psicológica, 43.9% violencia física y 23.9% violencia sexual.

En el estudio epidemiológico de salud mental del INSM "H.D-HN" 2,002, encontró una prevalencia de tendencias violentas en el 30.2% de la población encuestada entre 18 y 91 años. Asimismo, en la sierra peruana, encontraron una prevalencia de vida de conductas violentas del 27.5%, incluyendo peleas con algún tipo de armas y abuso físico a menores. Incluyen indicadores sobre estilos de crianza negativa y su relación con la salud mental. Encontraron estilos negativos en Ayacucho y de sobreprotección en Huaraz. Asimismo, un incremento de la prevalencia de trastornos psiquiátricos en las personas que han recibido estilos de crianza negativos. El maltrato infantil tiene el impacto más alto en todos los trastornos (50%). la falta de amor y ternura de los padres ocupa es relatada por el mayor número de personas que padecen trastornos de ansiedad y depresión: 29.1% y 24% respectivamente.

### Maltrato Infantil

En el estudio epidemiológico de Anicama (1999) uno de cada tres limeños maltrata psicológicamente a sus hijos (36.2%) y dos de cada cuatro o cinco lo hace físicamente (43.2%). En un estudio anterior (Ponce, 1995) se resalta que poco más de la mitad de los hijos son maltratados físicamente (52.3%), de los cuales un 20.4% son golpeados con objetos flagelantes.

ELABORADO POR SERVICIO:	REVISADO POR DEPARTAMENTO:	VIGENCIA
PSICOLOGIA	APOYO AL TRATAMIENTO	Noviembre 2011-octubre 2013

 <b>PERÚ</b> Ministerio de Salud	HONADOMANI San Bartolomé	HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO "SAN BARTOLOME"	
GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE Dx: SINDROME DE MALTRATO			Departamento: Apoyo al Tratamiento
CODIGO CIE 10: <b>T74 (T74.0; T74.1; T74.2; T74.3; T74.8; T74.9)</b>		Versión: 11 - 2011	Servicio: Psicología

Cabe resaltar también, Según el estudio de Alianza Save the Children 2003 en trece regiones del país, encuestando tanto a niños y niñas como a sus padres, docentes y otros líderes de la comunidad. El 48% de niñas y niños reciben castigo físico "ocasionalmente" en su hogar. En la escuela, los varones son más castigados físicamente que las mujeres (24% contra 13%). Asimismo, más del 50% de adultos encuestados refirieron haber sido objeto de castigo físico en sus hogares cuando eran niños o adolescentes.

En la sistematización de los CEM, los niños y niñas de 6 a 11 años reciben casi el doble de violencia psicológica que aquellos de 0 a 5 años, casi sin distinción de sexo; mientras que en la edad de 12 a 17 años, la violencia psicológica hacia varones desciende y hacia las mujeres se incrementa al doble que en la edad anterior.

En relación a la violencia física, se duplica para la edad de 6 a 11 años con relación al grupo de edad de 0-5 años sin distinción de sexo. En el grupo de 12 a 17 años, desciende la violencia física hacia los varones y nuevamente, se incrementa al doble en las mujeres.

### **Violencia contra la mujer**

Según ENDES 2000, el 41% de las mujeres "alguna vez unidas" ha sido empujada, golpeada o agredida físicamente; el 83% a veces y el 16% con frecuencia. En relación al maltrato psicológico, se han identificado situaciones de control 34%; situaciones de agresión verbal 48% y amenazas 25%. Del mismo modo, en el estudio del Congreso de la República el 82.2% de encuestadas afirma conocer a otra mujer que en el último año ha sido maltratada. Generalmente, es la violencia física la que impulsa a iniciar la denuncia, sin embargo, dos tercios de encuestadas refieren que la violencia psicológica afecta más a las mujeres, pero no necesariamente denuncian por ello.

El estudio epidemiológico realizado en la sierra peruana muestra una alta prevalencia de vida 67.6% del abuso contra las mujeres, tales como: intento o actos sexuales inapropiados, agresiones físicas, agresiones verbales o situaciones de abandono. El 61.3% de mujeres unidas, en el período de enamoramiento presentaban tratos inadecuados como: celos, control, mentiras, descuido, engaños, relaciones sexuales forzadas y maltrato físico, en porcentajes de mayor a menor. La prevalencia más alta de abuso sistemático se encuentra en Ayacucho 13.6%; casi el doble si se comparan con Cajamarca 6.9% y Huaraz 5.5%.

### **Violencia sexual e incesto**

Según reportes del Instituto de Medicina Legal 2001, de todos los casos de delito contra la libertad sexual, 73% de las víctimas son mujeres de todas las edades; el 94% de hombres abusados son menores de 17 años. Del total de víctimas, el 9.7% tiene entre 0 y 5 años; el 27.5% entre 6 y 12 años; el 51.1% entre 13 y 17 años. Según estos datos, la infancia y adolescencia son los grupos más vulnerables a la violencia sexual, especialmente las niñas y las adolescentes.

El incesto es un tipo de violencia sexual altamente frecuente gran parte de los casos de violencia sexual son perpetrados por familiares cercanos, especialmente padre, hermano, tío, padrastro. Reportes como el de DESCO 2000 muestran que el 21.9% de los casos de violencia sexual ocurren dentro de las propias familias y el 15.5% en casas de amigos y familiares. El 60% de agresiones sexuales son cometidas por adolescentes de sexo masculino menores de 18 años.

En la sistematización de los Centros de Emergencia Mujer del Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social (MIMDES), reporta la violencia sexual hacia niñas y adolescentes mujeres es más grave aún que la violencia física o psicológica. En el grupo de edad de 0 a 5 años los casos de abuso de niñas son el doble que en niños.

ELABORADO POR SERVICIO:	REVISADO POR DEPARTAMENTO:	VIGENCIA
PSICOLOGIA	APOYO AL TRATAMIENTO	Noviembre 2011-octubre 2013

 <b>PERÚ</b> Ministerio de Salud	HONADOMANI San Bartolomé	HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO "SAN BARTOLOME"	
GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE Dx: SINDROME DE MALTRATO			Departamento: Apoyo al Tratamiento
CODIGO CIE 10: <b>T74 (T74.0; T74.1; T74.2; T74.3; T74.8; T74.9)</b>		Versión: 11 - 2011	Servicio: Psicología

Entre los 6 a 11 años, se cuadruplica el número de casos de niñas en relación a niños. Entre los 12 a 17 años se incrementa casi en 25 veces la diferencia entre niñas y niños. Esta particular distribución epidemiológica del abuso sexual muestra claramente la situación de desamparo y falta de poder de niños y niñas pequeños y de adolescentes mujeres.

En el mediano y largo plazo, son graves los efectos sobre el desarrollo emocional: se bloquea la capacidad de acercamiento y vínculo con otros, aumenta el riesgo de embarazo no deseado, se genera disfunción sexual y se causan efectos neurobiológicos que resultan en cambios funcionales y estructurales de sistema nervioso central. (Delfos, Nemeroff).

Según los datos estadísticos del Servicio de Psicología del Hospital San Bartolomé, los casos detectados de violencia familiar fueron atendidos por otras morbilidades como trastornos Ansiosos, Trastornos Depresivos y las Perturbaciones emocionales en la niñez, entre otros.

Los casos detectados desde el año 2,000 son (55); 2,001 (24); 2,002 (31); 2,003 (42); en el año 2,005 de Enero a Noviembre se encontraron 89 casos de Violencia Intra Familiar (VIF) de los cuales 40% responde a niñas y adolescentes y 40% en mujeres gestantes adultas; el 13% son niños menores de 9 años por último 5.6 % son niñas menores de 9 años.

El maltrato familiar es un problema de salud pública que permanece oculto pues existen muchas razones que impiden conocer su real magnitud.

### III. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS

#### 1. Medio ambiente.

Cambios que por su edad maduracional puedan ser traumatizantes (cambio de domicilio durante la niñez, abuso físico en el niño, separación de los padres, procesos por custodia entre otros).

#### 2. Estilos de vida.

Hábitos y valores inadecuados de los padres (Consumo de sustancias psicoactivas, exceso de bebidas alcohólicas).

#### 3. Factores hereditarios

Los estudios familiares de los trastornos emocionales a través de varias generaciones han demostrado una predisposición a conductas mal adaptativas tempranas. Aunque resulta difícil tomar estos a decisión como aceptable por la poca accesibilidad a datos estadísticos con los que se cuenta.

Entre los indicadores que se presentan en las tres áreas mencionadas son las siguientes:

- Ψ Antecedentes historia de maltrato
- Ψ La heterogeneidad cultural en el país
- Ψ Costumbres culturales vinculados a actos de violencia.
- Ψ Modelos culturales: que promueven la violencia y el consumismo.
- Ψ Existencia de grupos sociales con escala de valores negativos.
- Ψ Problemas: laborales como desempleo, estrés laboral, acoso en el trabajo o insatisfacción.
- Ψ Malas condiciones de vida. Hacinamiento. Marginación
- Ψ Dificultades económicas.

ELABORADO POR SERVICIO:	REVISADO POR DEPARTAMENTO:	VIGENCIA
PSICOLOGIA	APOYO AL TRATAMIENTO	Noviembre 2011-octubre 2013

 <b>PERÚ</b> Ministerio de Salud	HONADOMANI San Bartolomé	HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO "SAN BARTOLOME"	
GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE Dx: SINDROME DE MALTRATO			Departamento: Apoyo al Tratamiento
CODIGO CIE 10: <b>T74 (T74.0; T74.1; T74.2; T74.3; T74.8; T74.9)</b>		Versión: 11 - 2011	Servicio: Psicología

- Ψ Dificultades para establecer relaciones: relación de pareja, vínculo padre-madre-hijo.
- Ψ Crisis conyugales y familiares por diferentes causas (celos, dificultades en la educación de los hijos, etc.)
- Ψ Noviazgos apresurados o superficiales que no permiten la compenetración afectiva de la pareja.
- Ψ Uniones forzadas por situaciones imprevistas.
- Ψ Subordinación económica, social y cultural de las mujeres y las niñas.
- Ψ Carencias en la vinculación tempranas con búsqueda de alguien que compense dichas carencias.
- Ψ Discapacidades y/o enfermedad mental.
- Ψ Educación basada en estereotipos de género.
- Ψ Adicción a sustancias tóxicas (alcohol, droga, benzodiazepinas, ludopatía).
- Ψ Escasa tolerancia al estrés o estrategias de afrontamiento inadecuadas.
- Ψ Falta de soporte social.
- Ψ Problemas psicopatológicos en algún miembro de la pareja.
- Ψ Padres con actitud intolerante, indiferente o con excesiva ansiedad ante las responsabilidades de crianza de los hijos.
- Ψ Las víctimas de Síndrome de Maltrato son frecuentemente niños, niñas, adolescentes siendo el 73% de las víctimas son mujeres de todas las edades.

#### IV. CUADRO CLÍNICO

##### 1. Grupos de signos y síntomas

La violencia genera distintos grados de discapacidad; y constituyen un componente importante de la "carga global de enfermedad". Esta situación vulnera el derecho de las personas a un desarrollo pleno y 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.

##### Los signos y síntomas físicos a observar:

1. Patologías de difícil diagnóstico etiológico (cefaleas, insomnio, ahogos, dolor: torácico, espalda, abdominal y pélvico), lesiones en múltiples zonas en forma magulladuras, cortes, erosiones.
  - Enuresis, tímpano perforado, mutilación de los genitales.
  - Enfermedades de la piel en el niño.
2. Presencia de lesiones sugestivas de una postura defensiva de la víctima.
  - Actitud frecuente: miedo, mirada huidiza, sensación de vergüenza, sentimientos de culpa, explicaciones vagas y/o contradicciones y confusas, no deseo de hablar del tema, incomodidad.
3. Alteraciones Psicológicas:
  - Manifestaciones psicosomáticas (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.

ELABORADO POR SERVICIO:	REVISADO POR DEPARTAMENTO:	VIGENCIA
PSICOLOGIA	APOYO AL TRATAMIENTO	Noviembre 2011-octubre 2013

 <b>PERÚ</b> Ministerio de Salud	HONADOMANI San Bartolomé	HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO "SAN BARTOLOME"	
GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE Dx: SINDROME DE MALTRATO			Departamento: Apoyo al Tratamiento
CODIGO CIE 10: <b>T74 (T74.0; T74.1; T74.2; T74.3; T74.8; T74.9)</b>		Versión: 11 - 2011	Servicio: Psicología

- 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, asma; dolor pélvico, dolor torácico atípico.
- 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
- Auto agresión
- Dolor crónico o dolor debido a trauma difuso sin evidencia visible.
- 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 (niñas), semen, infecciones.
- Dolor en la micción.
- Dificultad para caminar.
- Embarazo no deseado.
- Abortos.
- 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.

## **2. Indicar su interacción cronológica y características asociadas**

Se determinará de acuerdo a la orientación y formación psicoterapéutica del profesional psicólogo.

ELABORADO POR SERVICIO:	REVISADO POR DEPARTAMENTO:	VIGENCIA
PSICOLOGIA	APOYO AL TRATAMIENTO	Noviembre 2011-octubre 2013

 <b>PERÚ</b> Ministerio de Salud	HONADOMANI San Bartolomé	HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO "SAN BARTOLOME"	
GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE Dx: SINDROME DE MALTRATO			Departamento: Apoyo al Tratamiento
CODIGO CIE 10: <b>T74 (T74.0; T74.1; T74.2; T74.3; T74.8; T74.9)</b>		Versión: 11 - 2011	Servicio: Psicología

## V. DIAGNÓSTICO

### 1. Criterios de Diagnóstico

#### a) Epidemiológicos

- 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%).
- En 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 sufre depresión y una de cada diez ansiedad generalizada.

#### b) Clínicos

- Higiene personal: apariencia física con descuido, desaliñada, vestidos inapropiados.
- Comportamiento: actitud agresiva destructiva o pasividad emocional, reacia para dar información. En los niños además son rebeldes, hiperactivos, apáticos, tímidos, medrosos, ansiosos 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 apática, pesimismo, falta de confianza, otras veces manifestaciones afectivas extremas (tristeza exagerada o júbilo inapropiado), Pérdida de la autoestima y efectividad de las labores cotidianas.
- Lenguaje: Expresión verbal y no verbal: inferiores al promedio, referente a la valoración de sí misma, contradictoria.
- Afectividad: ánimo depresivo con sensación de no ser queridos, de ser rechazados, bloqueo emocional.
- Tipo de pensamiento: generalización, centralismo atencional, catastrófico.
- Sueño: insomnios, pesadillas
- Relaciones interpersonales: Incapacidad de mantener relaciones duraderas.
- Abuso de drogas o alcohol.

ELABORADO POR SERVICIO:	REVISADO POR DEPARTAMENTO:	VIGENCIA
PSICOLOGIA	APOYO AL TRATAMIENTO	Noviembre 2011-octubre 2013

 <b>PERÚ</b> Ministerio de Salud	HONADOMANI San Bartolomé	HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO "SAN BARTOLOME"	
GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE Dx: SINDROME DE MALTRATO			Departamento: Apoyo al Tratamiento
CODIGO CIE 10: <b>T74 (T74.0; T74.1; T74.2; T74.3; T74.8; T74.9)</b>		Versión: 11 - 2011	Servicio: Psicología

**Criterios de severidad:** Relacionados con:

- Los casos en los que las mujeres padezcan depresión, melancolía, intentos o ideas de suicidio serán derivados a atención psiquiátrica.
- Tiempo de duración y frecuencia de la violencia tiene que ver con el deterioro emocional severo.
- Cronicidad de la problemática familiar, a medida de la desprotección es más crónica, el pronóstico de rehabilitación se perfila hacer negativo.
- Trastornos psiquiátricos mayores. Como Depresión mayor, esquizofrenia paranoide, trastorno por abuso de sustancias psicoactivas a benzodiazepinas, alcohol, u otras drogas y/o ludopatía, trastorno de la conducta alimentaria, la presencia de una patología anexa como retraso mental, psicosis.

## 2. Diagnóstico diferencial

Trastornos de ansiedad de separación de la infancia (F93.0)

Trastorno depresivo ( ...) los síntomas son indistinguibles con el ánimo bajo, apatía, astenia, hiporexia, anhedonia, insomnio, ideas de muerte y, a veces, ideas autolíticas. La gravedad y la duración del maltrato se asocian con la prevalencia.

Trastorno de estrés postraumático (....) Son cuadros secundarios al maltrato.

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.

## VI. EXÁMENES AUXILIARES

Instrumentos de medición psicológica:

Test de Personalidad

Test de Inteligencia

Test de Organicidad

Test de Valoración de la ansiedad y depresión.

## VII. MANEJO SEGÚN NIVEL DE COMPLEJIDAD Y CAPACIDAD RESOLUTIVA

### 1. Medidas Generales y Preventivas.

Establecer cronograma de actividades educativas con los pacientes que acuden al servicio de psicología para la prevención de trastornos emocionales

- **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. Sensibilizar de la importancia de un tratamiento integral, dirigido no solo a la paciente sino también a los maltratadores y los familiares.

ELABORADO POR SERVICIO:	REVISADO POR DEPARTAMENTO:	VIGENCIA
PSICOLOGIA	APOYO AL TRATAMIENTO	Noviembre 2011-octubre 2013

 <b>PERÚ</b> Ministerio de Salud	HONADOMANI San Bartolomé	HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO "SAN BARTOLOME"	
GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE Dx: SINDROME DE MALTRATO			Departamento: Apoyo al Tratamiento
CODIGO CIE 10: <b>T74 (T74.0; T74.1; T74.2; T74.3; T74.8; T74.9)</b>		Versión: 11 - 2011	Servicio: Psicología

- **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.

## 2. Terapéutica.

El primer paso para ayudar a las personas víctimas de la violencia es detectar su situación de maltrato. Esta tarea es complicada, ya que el niñ@ / mujer maltratada 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 tratamiento requiere un enfoque profesional integral que incluye la evaluación física del paciente y su condición inmediata así como 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 necesaria de acuerdo a las patologías asociadas.

Intervención protección legal

Psicoterapia especializada: individual, grupal, familiar, grupo de ayuda mutua, talleres psicoafectivos para niños, y psicoeducación.

Seguimiento

Cierre del caso

**Atención ambulatoria:** efectuadas en la consulta externa el paciente detectado como caso de VIF:

- Diagnóstico psicológico.
- Informe psicológico.
- Interconsulta al especialista de existir patologías psiquiátricas
- Intervención legal.
- Intervención en crisis, tratamiento y rehabilitación psicológica

**Psicoterapia** El abordaje psicoterapéutico de estas mujeres y niños es muy amplio e incluye terapias individuales, de grupo, familiar, musicoterapia, grupo de autoayuda mutua (GAM), talleres psicoafectivos para niños, psicoeducación, etc.

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

**Terapia cognitiva del trauma:** Es una de las más usadas para recuperación en el Síndrome de Maltrato.

**Terapia cognitivo-conductual en grupo:** Reestructuración cognitiva.

**Terapia Sistémica Familiar:** Reestructuración Familiar.

- **Terapia Lúdica:** Son efectivos en la recuperación del paciente.
- **Talleres Psicoafectivos:** para restablecer los vínculos afectivos deteriorados en los niños.

## 3. Efectos adversos o colaterales del Tratamiento.

No aplica

ELABORADO POR SERVICIO:	REVISADO POR DEPARTAMENTO:	VIGENCIA
PSICOLOGIA	APOYO AL TRATAMIENTO	Noviembre 2011-octubre 2013

 <b>PERÚ</b> Ministerio de Salud	HONADOMANI San Bartolomé	HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO "SAN BARTOLOME"	
GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE Dx: SINDROME DE MALTRATO			Departamento: Apoyo al Tratamiento
CODIGO CIE 10: <b>T74 (T74.0; T74.1; T74.2; T74.3; T74.8; T74.9)</b>		Versión: 11 - 2011	Servicio: Psicología

**4. Signos de Alarma a ser tomados en cuenta**

Cefaleas recurrentes, Llantos, rabietas, tristeza, retraimiento social temor a estar solo, pesadillas, rechazo para ir al colegio con frecuencia y duración discordante con su edad.

**5. Criterios de alta.**

Cuando durante el periodo de latencia van disminuyendo los síntomas hasta llegar a la extinción.

**6. Hospitalización.**

Cuando están presentes los signos de alarma y complicaciones.

Atención al paciente hospitalizado: En Cirugía, Pediatría, y Gineco-obstetricia, serán los mismos procedimientos descritos, excepto los portadores de patologías psiquiátricas luego de evaluación, diagnóstico, informe se derivara al especialista psiquiatra.

**7. Pronostico.**

Favorable si el entorno familiar contribuye con las recomendaciones del tratamiento y recuperación del paciente.

**8. Aspectos Legales:** Se realizará la derivación o referencia para efectos legales a centros de la comisaría, Ministerio Publico, Fiscalía.

**VIII. COMPLICACIONES**

El maltrato es un factor estresante, y como tal aumentará el riesgo de aparición de problemas tales como: cuadro depresivo, trastorno de ansiedad, trastorno fóbicos, trastorno de estrés postraumático, trastornos disociativos, trastornos de la conducta alimentaria, abuso de tóxicos.

**1. 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, relación que es dependiente de la dosis. Hay que destacar que el riesgo de suicidio es superior al de la población general, con una prevalencia del 4,6 - 77%.

**2. Ansiedad en la mujer maltratada**

En 1 de cada 4 intentos matrimonios con discusiones frecuentes a veces, estas 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.

**3. 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 mujer.

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

ELABORADO POR SERVICIO:	REVISADO POR DEPARTAMENTO:	VIGENCIA
PSICOLOGIA	APOYO AL TRATAMIENTO	Noviembre 2011-octubre 2013

 <b>PERÚ</b> Ministerio de Salud	HONADOMANI San Bartolomé	HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO "SAN BARTOLOME"	
GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE Dx: SINDROME DE MALTRATO			Departamento: Apoyo al Tratamiento
CODIGO CIE 10: <b>T74 (T74.0; T74.1; T74.2; T74.3; T74.8; T74.9)</b>		Versión: 11 - 2011	Servicio: Psicología

Los síntomas más característicos del TEPT son: la reexperimentación 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, o causal, 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.

#### 4. 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.

## IX. CRITERIOS DE REFERENCIA Y CONTRA REFERENCIA

### a) Criterios de Referencia:

El Síndrome de Maltrato cuando acompaña de co-morbilidad se referirá a un establecimiento especializado de mayor complejidad.

### b) Criterios de Contrarreferencia:

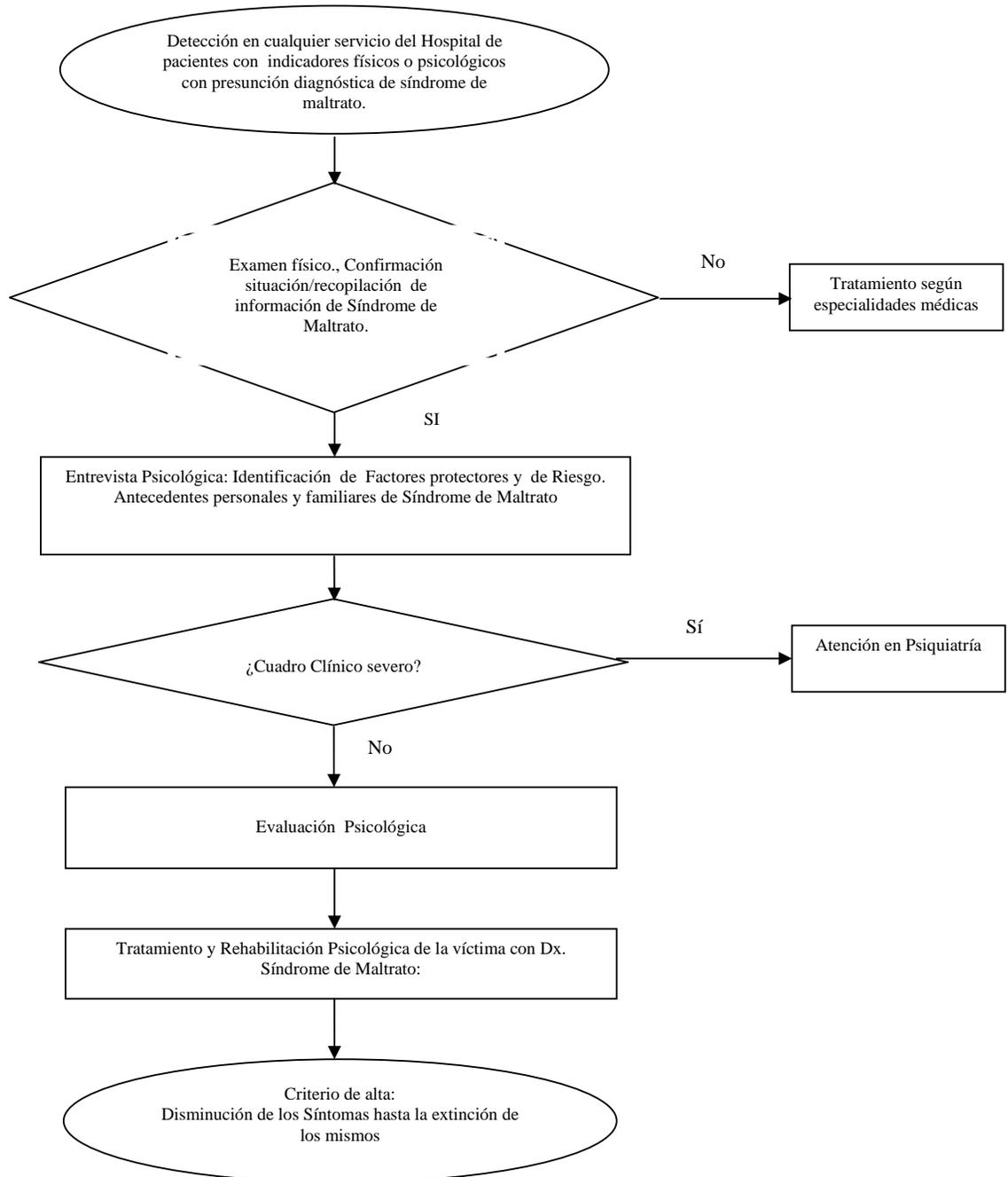
El Síndrome de Maltrato, acompañado de co-morbilidad, se realizará la referencia a un establecimiento especializado de mayor complejidad.

Por lo tanto solo se derivara al lugar de origen de la consultante cuando esta carezca de recursos económicos para su traslado y mantener comunicación con las Redes y ONGS de la comunidad que están dedicados al problema de violencia intrafamiliar.

ELABORADO POR SERVICIO:	REVISADO POR DEPARTAMENTO:	VIGENCIA
PSICOLOGIA	APOYO AL TRATAMIENTO	Noviembre 2011-octubre 2013

 <b>PERÚ</b> Ministerio de Salud HONADOMANI San Bartolomé	<b>HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO "SAN BARTOLOME"</b>	
GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE Dx: SÍNDROME DE MALTRATO		Departamento: Apoyo al Tratamiento
CODIGO CIE 10: <b>T74 (T74.0; T74.1; T74.2; T74.3; T74.8; T74.9)</b>		Versión: 11 - 2011 Servicio: Psicología

## X. FLUXOGRAMA / ALGORITMO



ELABORADO POR SERVICIO:	REVISADO POR DEPARTAMENTO:	VIGENCIA
PSICOLOGIA	APOYO AL TRATAMIENTO	Noviembre 2011-octubre 2013

 <b>PERÚ</b> Ministerio de Salud	HONADOMANI San Bartolomé	HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO "SAN BARTOLOME"	
GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE Dx: SÍNDROME DE MALTRATO			Departamento: Apoyo al Tratamiento
CODIGO CIE 10: <b>T74 (T74.0; T74.1; T74.2; T74.3; T74.8; T74.9)</b>		Versión: 11 - 2011	Servicio: Psicología

## XI. INDICADORES DE EVALUACION

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de pac con Dx de Síndrome de Maltrato tratados de acuerdo a Guía}}{\text{N}^\circ \text{ total de pacientes Diagnosticados con Síndrome de Maltrato}} \times 100$$

## XII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Batres Méndez, Gioconda y cols. Violencia de género, derechos humanos e intervención policial. ILANUD. San José de Costa Rica. 2,002.

Benassini, Oscar y Díaz, José, Fisiopatología, diagnóstico y tratamiento del trastorno por estrés postraumático. Asociación Psiquiatría Mexicana - México D.F. 2,001.

Organización Mundial de la Salud- OMS I Informe Mundial sobre la violencia y la salud, Oct. 2,000.

CIE-10. Clasificación Internacional de Enfermedades, Trastornos Mentales y del Comportamiento. Versión 1,995.

DSM-IV. Manual de Diagnóstico y Estadística de los Trastornos Mentales. Guía de Uso. Editorial Masson. 1,997. México D.F. Cuarta Edición.

MINSAs Estadísticas e Indicadores Básicos de Salud, Perú, 2003.

Instituto Especializado de Salud Mental H. Delgado-HNoguchi Oficina de Estadística e Informática, Programa de Prevención de la Violencia Doméstica, 2,002, Lima Perú.

Estudio Epidemiológico de Salud Mental en Lima Metropolitana, IESM H. Delgado - H. Noguchi, Capítulo sobre Violencia y maltrato infantil 2002, Ed. Especial de Anales de Salud Mental, 2003, Lima – Perú.

Estudio Epidemiológico de Salud Mental de la Sierra Peruana. IESM .H.Delgado-H.Noguchi, 2,003, Ed. Especial de Anales de Salud Mental 2004, Lima Perú.

Ferreira, Graciela. La mujer Maltratada: Un estudio sobre las mujeres víctimas de la violencia doméstica. Hermes, México, 1996.

Corsi, Jorge Violencia Familiar “Una mirada interdisciplinaria sobre un grave problema social” Ed, Paidós 1994. Barcelona-México.

Anicama, J. Estudio Epidemiológico sobre la Violencia y comportamientos asociados en Lima Metropolitana y Callao. Lima-Perú, p.164, 1,999.

ELABORADO POR SERVICIO:	REVISADO POR DEPARTAMENTO:	VIGENCIA
PSICOLOGIA	APOYO AL TRATAMIENTO	Noviembre 2011-octubre 2013

 <b>PERÚ</b> Ministerio de Salud	HONADOMANI San Bartolomé	HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO "SAN BARTOLOME"	
GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE Dx: SINDROME DE MALTRATO			Departamento: Apoyo al Tratamiento
CODIGO CIE 10: <b>T74 (T74.0; T74.1; T74.2; T74.3; T74.8; T74.9)</b>		Versión: 11 - 2011	Servicio: Psicología

Mesa Nacional para la Atención de la Violencia Familiar Promudeh, MINSA, OMS, OPS. Lima, 1,998.

Oficina General de Epidemiología, Sistema de Vigilancia Epidemiológica de la Violencia Familiar. Lima, 2,000.

Hospital General de San Francisco. Documentación médica estandarizada para lesiones en Violencia Doméstica. Un curso de cuatro (4) horas desarrollado por "Médicos por una sociedad libre de Violencia", Building I, Room 300, San Francisco, California 94110 Edición 1.0. Septiembre 1998.

HONADOMANI "San Bartolomé", Servicio de Psicología, Estadística de la Violencia Familiar desde 2,000 – 2,005 Lima – Perú.

ELABORADO POR SERVICIO:	REVISADO POR DEPARTAMENTO:	VIGENCIA
PSICOLOGIA	APOYO AL TRATAMIENTO	Noviembre 2011-octubre 2013



# **GUIA PRÁCTICA CLINICA**

**TRASTORNO POR DEFICIT DE ATENCION CON  
HIPERACTIVIDAD**

 <b>PERÚ</b> Ministerio de Salud	HONADOMANI San Bartolomé	HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO "SAN BARTOLOME"	
GUÍA DE PRÁCTICA CLINICA DE Dx: Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH)		Departamento: Apoyo al Tratamiento	
CODIGO CIE 10: <b>F41.8</b>		Versión: II - 2011	Servicio: Psicología

## I. NOMBRE Y CÓDIGO

GUÍA DE PRÁCTICA CLINICA DE Dx: TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD (TDAH) F41.8

## II.- DEFINICION

**1)** El trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) es una condición en la que existen dos componentes: Déficit de Atención e Hiperactividad - Impulsividad. Pueden estar presentes ambos o sólo uno de ellos. Anteriormente se le conocía con diversos nombres entre los cuales están: Daño cerebral mínimo, disfunción cerebral mínima y síndrome hiperkinético.

Se caracteriza por la incapacidad para centrar la atención aún por periodos cortos de tiempo, impulsividad e incremento de la actividad física y mental del niño, además de compromiso en su funcionamiento global, el aprendizaje y la socialización.

### 2.- Población Objetivo

Niños

### 3.- Etiología

En un principio este cuadro fue atribuido a diversas causas, como secuelas de daños en el sistema nervioso central ("daño cerebral mínimo"), alteraciones de las funciones por factores alimenticios y/o metabólicos (disfunción cerebral), etc. Sin embargo, al observar su manifestación en familiares de la persona afectada se comenzó a pensar que su etiología debía tener su origen en un factor genético. Si bien aún se discute sobre su causa (etiología) primaria, es compartida la teoría de una base genética y un conjunto de factores desencadenantes.

### 4.- Fisiopatología

Se piensa que hay un factor hereditario que origina una menor actividad de algunas sustancias químicas en el cerebro (neurotransmisores), especialmente la dopamina y la norepinefrina.

La alteración parece estar fundamentalmente en un incremento de la recaptación (transporte) de ambos neurotransmisores. También existen otras posibles causas.

La etiología y fisiopatología del TDAH no ha sido del todo explicada, sin embargo se han encontrado diversos factores que pueden ser los causales de este trastorno:

- 1.- Desequilibrio y falta de regulación en los sistemas aminérgicos.
- 2.- Mutaciones espontáneas.
- 3.- Patrón de herencia.

El patrón de herencia es desconocido pero hay concordancia entre gemelos y parientes en primer grado, en estos últimos el riesgo es de 15 a 20%.

Uno de cada diez a veinte niños en edad escolar tiene este trastorno, que es más común en varones. En cada salón de clase de cualquier colegio puede haber de uno a cuatro niños con TDAH.

ELABORADO POR SERVICIO:	REVISADO POR DEPARTAMENTO:	VIGENCIA	1
PSICOLOGIA	APOYO AL TRATAMIENTO	Noviembre 2011 Octubre 2013	

 <b>PERÚ</b> Ministerio de Salud	HONADOMANI San Bartolomé	HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO "SAN BARTOLOME"	
GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE Dx: Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH)		Departamento: Apoyo al Tratamiento	
CODIGO CIE 10: <b>F41.8</b>	Versión: II - 2011	Servicio: Psicología	

La incidencia estimada del TDAH es de aproximadamente dos millones de niños, esto es 3 – 5% de los niños en edad escolar, y se halla con mayor presencia en el sexo masculino que en el femenino en una proporción que varía entre 4 a 1 y 9 a 1 (Asociación de Psiquiatría Americana, 1995).

Los resultados de estos estudios tienden a variar, de esta manera, estudios epidemiológicos realizados en Tennessee revelan que el 4.7% padecen de TDAH del tipo desatento, 3.4% tenían predominio de la hiperactividad y un 4.4% presentaban TDAH del tipo combinado (Wolraich et al. 1996; véase en Sabate, Bassas y Quiles, 1999). En Alemania se encontró que un 9% presentaba TDAH del tipo desatento, un 3.9 eran hiperactivos, y un 4.8% tenían TDAH del tipo combinado (Baumgaertel et al. 1995; véase en Sabate, Bassas y Quiles, 1999), es decir que en ambos grupos predominaba la desatención

Por su parte, Anicama et al. (1997) en un estudio realizado en una zona urbano marginal de Lima pertenecientes a una clase socio-económica baja, no encontró diferencias por sexo en ningunas de las escalas del EDDA, lo que indica que el déficit de atención afecta por igual a hombres y a mujeres. Posteriormente realizó un estudio en un grupo de niños de un Centro Educativo de una zona urbano marginal de Lima, a quienes se les aplicó la Escala de Desordenes de Déficit de Atención (EDDA), encontró un 23% de prevalencia del TDAH. Analizando la prevalencia por áreas, halló que el 38% de niños tienen problemas de hiperactividad, un 34% presentaba déficit de atención, y un 20% impulsividad (Anicama, Melgar, Livia, Ortiz, Palacios, Tomás y Araujo, 1999).

Los resultados de estos estudios tienden a variar, de esta manera, estudios epidemiológicos realizados en Tennessee revelan que el 4.7% padecen de TDAH del tipo desatento, 3.4% tenían predominio de la hiperactividad y un 4.4% presentaban TDAH del tipo combinado (Wolraich et al. 1996; véase en Sabate, Bassas y Quiles, 1999).

En Alemania se encontró que un 9% presentaba TDAH del tipo desatento, un 3.9 eran hiperactivos, y un 4.8% tenían TDAH del tipo combinado (Baumgaertel et al. 1995; véase en Sabate, Bassas y Quiles, 1999), es decir que en ambos grupos predominaba la desatención

Se ha de tener en cuenta que estos datos en relación con el TDAH varían en función de diferentes circunstancias, entre ellas se encuentran el tipo de población que se toma como referencia, el criterio diagnóstico y los instrumentos de medida que se usan.

### III.- FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS

#### 1) Factores Externos:

##### Medio ambiente

Los efectos psicológicos que tiene sobre la familia un nivel socioeconómico desfavorable y circunstancias sociales adversas, así como pautas educativas se relacionan con los problemas de conducta que pueden presentar los niños y adolescentes.

ELABORADO POR SERVICIO:	REVISADO POR DEPARTAMENTO:	VIGENCIA	2
PSICOLOGIA	APOYO AL TRATAMIENTO	Noviembre 2011 Octubre 2013	

 <b>PERÚ</b> Ministerio de Salud	HONADOMANI San Bartolomé	HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO "SAN BARTOLOME"	
GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE Dx: Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH)		Departamento: Apoyo al Tratamiento	
CODIGO CIE 10: <b>F41.8</b>		Versión: II - 2011	Servicio: Psicología

Los niveles sociales más bajos se asocian a normas más rígidas que destacan la sumisión del niño a la autoridad de los padres, quienes adoptan métodos de castigos y premios para el control inmediato del comportamiento del niño, mientras que los medios sociales favorecidos valoran la iniciativa y originalidad, adoptando reglas más flexibles, de esta manera es que cierto tipo de comportamiento caótico puede ser resultado en cierto grado de una crianza caótica.

Los trastornos psiquiátricos de los padres influyen en la aparición de problemas psicológicos en los niños, debido a que se alteran negativamente la interacción padre-hijo.

Según los datos de diferentes trabajos, el nivel socioeconómico, la situación familiar y las características del trabajo u ocupación profesional de los padres se relacionan con los problemas de conducta observados en niños y adolescentes.

También se destaca la influencia de muchos programas de televisión en el déficit de atención del niño, pues la sucesión de acontecimientos es tan rápida y variada que no permite analizarlos profundamente por lo que los niños hiperactivos pueden permanecer quietos por horas cuando miran la televisión porque no se le exige la generación de nuevos cursos de pensamiento.

En casos donde el nivel socioeconómico es bajo y el niño debe someterse a ciertas privaciones se convierte en un factor de riesgo para el desarrollo de problemas de adaptación.

## 2) Factores Internos:-

### Factores Genéticos, Hereditarios:

La influencia del medio ambiente prenatal y las complicaciones durante el embarazo afectan el desarrollo. Los niños prematuros, con bajo peso al nacer, que han sufrido anoxia durante el parto o infecciones neonatales, tienen bastantes posibilidades de desarrollar problemas conductuales e hiperactividad. Entre los efectos asociados a las complicaciones surgidas durante el período prenatal y perinatal se incluyen: retraso mental, deficiente crecimiento físico, retraso en el desarrollo motor, dificultades en el desarrollo del lenguaje y en el aprendizaje.

En cuanto a los factores genéticos se ha visto que un número considerable de padres de niños hiperactivos manifestaron conductas de este tipo durante su infancia. Las alteraciones psicológicas de los padres influyen en los niveles elevados de actividad motora y déficit de atención observados en los niños hiperactivos.

## IV.- CUADRO CLINICO

### 1. SIGNOS Y SINTOMAS DEL TDAH

El Manual Estadístico y de Diagnóstico (*Diagnostic and Statistical Manual, DSM-IV*) divide los síntomas del trastorno de hiperactividad y déficit de atención (ADHD, por sus siglas en inglés) en aquellos síntomas de falta de atención y los de hiperactividad/impulsividad.

Para que a los niños se les diagnostique este trastorno deben tener al menos 6 síntomas de atención o 6 síntomas de actividad/impulsividad, en un grado más allá de lo que se esperaría para los niños de su edad.

ELABORADO POR SERVICIO:	REVISADO POR DEPARTAMENTO:	VIGENCIA	3
PSICOLOGIA	APOYO AL TRATAMIENTO	Noviembre 2011 Octubre 2013	

 <b>PERÚ</b> Ministerio de Salud	HONADOMANI San Bartolomé	HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO "SAN BARTOLOME"	
GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE Dx: Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH)		Departamento: Apoyo al Tratamiento	
CODIGO CIE 10: <b>F41.8</b>		Versión: II - 2011	Servicio: Psicología

Los síntomas deben estar presentes durante al menos 6 meses, ser observados en dos o más escenarios, no ser causados por otro problema y ser tan graves que causen dificultades significativas. Algunos síntomas deben estar presentes antes de los 7 años. Los niños mayores que aún presentan los síntomas, pero ya no se ajustan a la definición completa, presentan ADHD en remisión parcial.

Algunos niños con TDAH tienen principalmente el tipo que tiene que ver con la falta de atención (el tipo menos destructor y más fácil de no ser diagnosticado con TDAH), algunos el tipo hiperactivo/impulsivo y algunos otros el tipo combinado.

#### **A. Síntomas de falta de atención:**

- No logra prestar atención cuidadosa a los detalles o comete errores por falta de cuidado en el trabajo, en la escuela o en otras actividades.
- A menudo tiene dificultad para mantener la atención en tareas o actividades lúdicas.
- Presenta dificultad para mantener la atención en las tareas o en actividades lúdicas.
- Con frecuencia parece no escuchar cuando se le habla directamente.
- A menudo no sigue instrucciones y no logra terminar el trabajo escolar, los deberes u obligaciones en el lugar de trabajo (no debido al comportamiento de oposición o a que no logra entender las instrucciones).
- Frecuentemente tiene problemas para organizar sus tareas y actividades.
- A menudo evita, le disgusta o se muestra renuente a comprometerse en tareas que requieran esfuerzo mental (como el trabajo o las tareas escolares).
- Con frecuencia pierde cosas necesarias para las tareas o actividades (por ejemplo, juguetes, tareas escolares, lápices, libros o herramientas).
- A menudo se distrae fácilmente con estímulos externos.
- Se muestra a menudo olvidadizo en las actividades diarias

#### **B. Síntomas de Hiperactividad:**

- A menudo juega con sus manos o pies o se retuerce en su asiento.
- Con frecuencia abandona su asiento en el salón de clase o en otras situaciones cuando lo que se espera es que se quede sentado.
- Tiene problemas para participar en actividades "apacibles" como la lectura.
- A menudo corre y trepa excesivamente en situaciones inapropiadas (en adolescentes o adultos puede estar limitado a sentimientos subjetivos de inquietud).
- Con frecuencia tiene dificultad para jugar o involucrarse en forma silenciosa en actividades placenteras.
- A menudo habla excesivamente, está "en movimiento" o actúa como si fuera "impulsado por un motor".

ELABORADO POR SERVICIO:	REVISADO POR DEPARTAMENTO:	VIGENCIA	4
PSICOLOGIA	APOYO AL TRATAMIENTO	Noviembre 2011 Octubre 2013	

 <b>PERÚ</b> Ministerio de Salud	HONADOMANI San Bartolomé	HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO "SAN BARTOLOME"	
GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE Dx: Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH)		Departamento: Apoyo al Tratamiento	
CODIGO CIE 10: <b>F41.8</b>		Versión: II - 2011	Servicio: Psicología

### **C. Síntomas de impulsividad:**

- Con frecuencia emite respuestas antes de que termine de escuchar la pregunta.
- A menudo muestra dificultades para esperar su turno.
- Con frecuencia se entromete o interrumpe a los demás (por ejemplo, irrumpe en conversaciones o juegos)

## **V.- DIAGNOSTICO**

### **1.- CRITERIOS DIAGNOSTICOS**

#### **1.1 Criterios Epidemiológico y Clínico**

Los criterios diagnósticos más aceptados actualmente son los del Manual Diagnóstico y Estadístico, cuarta revisión de la Asociación Psiquiátrica Americana (DSM IV). Deben estar presentes por lo menos seis de los nueve criterios de Desatención o por lo menos seis de los nueve criterios de Hiperactividad-Impulsividad. Es necesario que algunos de estos criterios hayan estado presentes antes de los siete años y que se presenten en más de un ambiente.

Puede sospecharse que un niño tiene déficit de atención cuando: no atiende como es debido en la casa o en el colegio, necesita que se le repitan las órdenes o instrucciones, tiene dificultad para organizar sus actividades, a la menor dificultad abandona lo que está haciendo, extravía prendas u objetos, se distrae con cualquier estímulo, es descuidado en sus actividades diarias.

Puede sospecharse que el niño tiene hiperactividad e impulsividad cuando: se mueve continuamente en el asiento, se levanta de él innecesariamente, está en constante actividad, necesita que se le sugiera qué hacer en sus ratos de ocio, habla excesivamente en la casa y en el colegio, tiene dificultad para esperar su turno, precipita respuestas, interrumpe las conversaciones de quienes lo rodean, parecen muy inteligentes porque suelen hablar mucho y aparentemente su desarrollo ha sido normal.

Simplemente es un niño insufrible al que no podemos llevar a ningún lado, agota a todo el mundo, desquicia a la familia y no está quieto por un minuto.

Cuando empieza la etapa escolar comienzan los fracasos. Los maestros se percatan de que no presta la más mínima atención, hasta el punto de que a veces son enviados al otorrinolaringólogo para realizar una audiometría porque parece estar "sordo".

#### **1.2 Criterios de uso de Exámenes Complementarios**

El diagnóstico del TDAH suele ser fácil cuando lo efectúa un experto, siendo en nuestro país el psicólogo, neurólogo o psiquiatra, quienes tienen más conocimientos y experiencia en este campo; una historia clínica adecuada y el cuestionario del DSM IV (Manual Diagnóstico y Estadístico de la Asociación Psiquiátrica Americana) suelen ser suficientes.

La presencia de este trastorno en la familia cercana ayuda en el diagnóstico; raras veces es necesario recurrir a pruebas psicológicas o a exámenes auxiliares.

ELABORADO POR SERVICIO:	REVISADO POR DEPARTAMENTO:	VIGENCIA	5
PSICOLOGIA	APOYO AL TRATAMIENTO	Noviembre 2011 Octubre 2013	

 <b>PERÚ</b>	<b>Ministerio de Salud</b>	HONADOMANI San Bartolomé	HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO "SAN BARTOLOME"	
GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE Dx: Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH)				Departamento: Apoyo al Tratamiento
CODIGO CIE 10: <b>F41.8</b>			Versión: II - 2011	Servicio: Psicología

## 2.- DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

El TDAH no es un trastorno de aprendizaje, aunque haya algunos casos en que curse simultáneamente con desórdenes de ese tipo. Un bajo rendimiento escolar no es condición necesaria ni suficiente para establecer el diagnóstico; no obstante, la importancia de éste radica en que suele motivar la consulta y habilitar un diagnóstico temprano en aquellos casos en que se cumplen los criterios.

Con respecto a los síntomas de hiperactividad motora, pueden o no estar presentes, pero en caso de estarlo, son fácilmente detectados por el entorno del niño y favorecen la exploración clínica del problema.

Tampoco hay correlación entre este trastorno y un desarrollo intelectual inferior a la media. En pruebas psicométricas de cociente intelectual la particular idiosincracia del trastorno perturba los resultados, limitando la capacidad efectiva de mensurar adecuadamente el CI del sujeto.

Habitualmente, el niño se aburre en medio del Test, se pone inquieto y lo abandona de manera intermitente, o bien el adulto pierde rápidamente el interés, pudiendo llegar a dormirse. La incidencia de estas conductas sobre las mediciones obtenidas no es necesariamente determinante, pero impone márgenes de error más amplios para esta población.

Se observó un incremento estadísticamente significativo en los valores de las pruebas en sujetos cuyos síntomas conductuales se hallaban bajo control farmacoterapéutico, indicando que se puede atribuir a los mismos la diferencia en el rendimiento entre las dos instancias.

Estas pruebas de CI pueden servir, sin embargo, para descartar el diagnóstico de TDAH, ya que en caso de rendimiento subnormal, el cuadro se explica mejor por un retraso mental, por lo que no es procedente el diagnóstico de TDAH.

En sentido contrario, se ha observado que uno de los principales obstáculos para la detección temprana del síndrome se produce en pacientes dotados con una inteligencia superior a la media, que en virtud de ello logran compensar los síntomas del trastorno, superando airosos la etapa escolar.

## VI.- EXAMENES AUXILIARES

- Test Gestáltico Visomotor de Bender..
- Prueba de Inteligencia de Stanford-Binet.

## VII.- MANEJO SEGÚN NIVEL Y CAPACIDAD RESOLUTIVA

**1) Medidas Generales y Preventivas:** Actualmente se realiza el tratamiento multimodal de la hiperactividad donde se requiere la coordinación adecuada de varios profesionales (psicólogo, psiquiatra, médico, pedagogo, profesores y padres de familia). Los tratamientos que más se han comprobado son los fármacos, la psicoterapia conductual y el aspecto educativo.

ELABORADO POR SERVICIO:	REVISADO POR DEPARTAMENTO:	VIGENCIA	6
PSICOLOGIA	APOYO AL TRATAMIENTO	Noviembre 2011 Octubre 2013	

 <b>PERÚ</b> Ministerio de Salud	HONADOMANI San Bartolomé	HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO "SAN BARTOLOME"	
GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE Dx: Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH)		Departamento: Apoyo al Tratamiento	
CODIGO CIE 10: <b>F41.8</b>		Versión: II - 2011	Servicio: Psicología

## **2) Terapéutica:**

### **2.1 Farmacológica**

El tratamiento que se sigue para estos niños, es el uso de medicamentos. Estos aumentan la capacidad de atención y concentración y una reducción de la hiperactividad y la movilidad del niño, debido a que a través de ese agente externo se estimula el cerebro para que alcance los niveles de activación necesarios para un correcto mantenimiento de la atención, lo que repercute en la mejora de muchos otros síntomas.

Como efectos secundarios se produce en algunos casos una falta de apetito y de sueño. Sin embargo dichos efectos duran poco tiempo, se elimina por la orina en pocas horas. La prescripción médica se realiza en función de la edad del niño.

### **2.2 Psicoterapia Conductual**

La vida puede ser difícil para los niños con déficit de atención. Ellos son lo que a menudo tienen problemas en la escuela, no pueden terminar un juego y pierden amistades. No es fácil hacer frente a estas frustraciones día a día. Es especialmente difícil ser padre de un niño que está lleno de actividades descontroladas, desórdenes, rabietas y no sigue instrucciones. Los métodos usuales como la disciplina no funcionan con este niño.

La Psicoterapia Cognitiva Conductual ayuda a las personas a trabajar asuntos más inmediatos en el "aquí y ahora", la terapia los apoya directamente a modificar su comportamiento. Se trata de aprender a pensar cada tarea y organizar su trabajo dando elogios o premios cada vez que la persona actúa en forma deseada.

A través de Técnicas de Modificación de Conducta. Se premian los cambios positivos del comportamiento y se explica claramente lo que se espera de las personas con TDAH. Además es importante que los familiares y maestros se muestren pacientes y comprensivos.

Los niños con TDAH también pueden beneficiarse si quienes los atienden se interesan por su progreso, adaptando el entorno del aula para satisfacer sus necesidades y utilizando reforzadores positivos.

El adiestramiento en cuanto a destrezas sociales también puede ayudar a los niños a aprender nuevos comportamientos. En este adiestramiento, el terapeuta habla y da muestras de comportamiento apropiados tales como esperar el turno, compartir juguetes, pedir ayuda o responder a burlas, y luego se le da la oportunidad al niño de practicar. Este entrenamiento ayuda a aprender a participar en actividades de grupo, a hacer comentarios apropiados y a pedir ayuda.

## **3) PRONOSTICO**

El trastorno por hiperactividad y déficit de atención es una condición crónica y duradera, cerca de la mitad de los niños con este problema continuarán teniendo síntomas incómodos de falta de atención o impulsividad como adultos. Sin embargo, los adultos son usualmente más capaces de controlar su comportamiento y dificultades si continúan con Psicoterapia.

Las estadísticas demuestran que existe un aumento de la incidencia de delincuencia juvenil y de enfrentamiento de adultos con la ley entre individuos que padecieron el TDAH cuando eran niños. Por lo tanto, no deben reducirse los esfuerzos por controlar los síntomas y enfocar la energía del niño hacia su bienestar.

ELABORADO POR SERVICIO:	REVISADO POR DEPARTAMENTO:	VIGENCIA	7
PSICOLOGIA	APOYO AL TRATAMIENTO	Noviembre 2011 Octubre 2013	

 <b>PERÚ</b> Ministerio de Salud	HONADOMANI San Bartolomé	HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO "SAN BARTOLOME"	
GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE Dx: Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH)		Departamento: Apoyo al Tratamiento	
CODIGO CIE 10: <b>F41.8</b>		Versión: II - 2011	Servicio: Psicología

### **VIII- COMPLICACIONES**

La evolución de la hiperactividad no se caracteriza por seguir una línea uniforme ni específica. El pronóstico incluye impulsividad, fracaso escolar, comportamientos antisociales e incluso delincuencia. Según los autores un 25% de niños hiperactivos evoluciona positivamente, con cambios conductuales notables y sin que tengan dificultades especiales durante la adolescencia y la vida adulta.

El DSM-V indica que, aproximadamente, un tercio de los individuos diagnosticados con hiperactividad en la infancia, muestran signos del trastorno en la edad adulta.

Los niños que son hiperactivos en todos los ambientes tienen un peor pronóstico porque sufren con más frecuencia las consecuencias negativas que sus comportamientos provocan en la familia, colegio y grupos de amigos. De este modo se vuelven más vulnerables y por tanto aumenta el riesgo de que desarrollen comportamientos antisociales.

La coexistencia de conductas desafiantes, agresividad, negativismo e hiperactividad durante la infancia conlleva una evolución muy desfavorable, pues los problemas iniciales suelen agravarse en la adolescencia. En esa edad, el pronóstico incluye delincuencia, conductas adictivas, deserción escolar, etc.

### **IX.- CRITERIOS REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA**

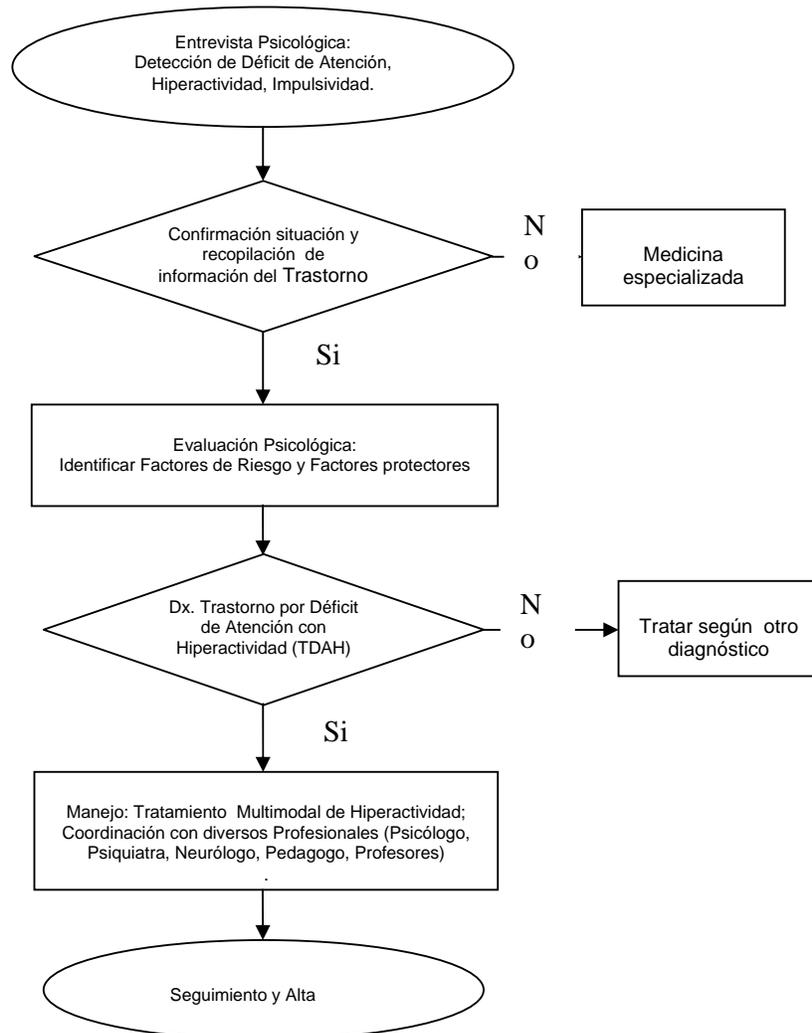
El paciente con complicaciones al tratamiento se referirá a un establecimiento especializado de alta complejidad resolutive.

Se realizará la Contrarreferencia del paciente a un establecimiento del primer nivel de atención cercano a su jurisdicción, cuando el paciente se encuentre estable y sus controles sean llevados allí.

ELABORADO POR SERVICIO:	REVISADO POR DEPARTAMENTO:	VIGENCIA	8
PSICOLOGIA	APOYO AL TRATAMIENTO	Noviembre 2011 Octubre 2013	

 <b>PERÚ</b> Ministerio de Salud	HONADOMANI San Bartolomé	HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO "SAN BARTOLOME"	
GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE Dx: Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH)			Departamento: Apoyo al Tratamiento
CODIGO CIE 10: <b>F41.8</b>		Versión: II - 2011	Servicio: Psicología

## X FLUXOGRAMA / ALGORITMO



ELABORADO POR SERVICIO:	REVISADO POR DEPARTAMENTO:	VIGENCIA	9
PSICOLOGIA	APOYO AL TRATAMIENTO	Noviembre 2011 Octubre 2013	

 <b>PERÚ</b> Ministerio de Salud	HONADOMANI San Bartolomé	HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO "SAN BARTOLOME"	
GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE Dx: Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH)		Departamento: Apoyo al Tratamiento	
CODIGO CIE 10: <b>F41.8</b>		Versión: II - 2011	Servicio: Psicología

## XI. INDICADORES DE EVALUACIÓN

**N° de Pac. con Dx Trastorno por Deficit de Atención con Hiperactividad tratados de acuerdo a Guía x 100**  
**N° total de pacientes Diagnosticados con Trastorno por Deficit de Atención con Hiperactividad**

## XII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- **1.- CIE-10. Trastornos Mentales y del Comportamiento.** Versión 1995.
- **2.-DSM-IV. Manual de Diagnóstico y Estadística de los Trastornos Mentales.** Guía de Uso. Editorial Masson, 1997. México D.F. Cuarta Edición.
- 3. Miranda, A; Gargallo, B; Gil, M. Dolores (1999). **El Niño Hiperactivo (TDA-H). Intervención en el aula.** Colección Educación 2. Madrid-España.
- 4.- Anicama, J; Melgar, E; Antinori, B; Araujo, D; Ortiz, M. (2000). **Desórdenes de Déficit de Atención en una población Urbano Marginal de Lima.** Revista Científica Wiñay Yachay. Pág. 63-80.

ELABORADO POR SERVICIO:	REVISADO POR DEPARTAMENTO:	VIGENCIA	10
PSICOLOGIA	APOYO AL TRATAMIENTO	Noviembre 2011 Octubre 2013	



# **GUIA PRÁCTICA CLINICA**

**TRASTORNO ESPECIFICO DEL DESARROLLO  
PSICOMOTOR**

 <b>PERÚ</b> Ministerio de Salud	HONADOMANI San Bartolomé	HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO "SAN BARTOLOME"	
GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE Dx TRASTORNO ESPECÍFICO DEL DESARROLLO PSICOMOTOR.		Departamento: Apoyo al Tratamiento	
CODIGO CIE 10: <b>F82</b>		Versión: I I - 2011	Servicio: Psicología

## I. NOMBRE Y CÓDIGO

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE Dx: TRASTORNO ESPECÍFICO DEL DESARROLLO PSICOMOTOR F82

## II. DEFINICIÓN

**1.- Definición de la patología:** Retraso de la coordinación de los movimientos, que no puede explicarse por un retraso intelectual general o por un trastorno neurológico específico, congénito o adquirido. Lo más frecuente es que la torpeza de movimiento se acompañe de un cierto grado de déficit en la resolución de tareas cognitivas visoespaciales.

**2.- Epidemiología:** Se ha estimado que la prevalencia del trastorno del desarrollo de la coordinación es de un 6% en niños de 5 a 11 años de edad.

**3.- Fisiopatología:** La gran red del sistema nervioso con conexiones en todo el cuerpo impulsa cada uno de nuestros músculos. Para realizar el más mínimo movimiento es necesario que el estímulo nervioso llegue al cerebro a través del sistema neuronal. En la mayoría de los casos de trastorno específico del desarrollo psicomotor la exploración clínica ha puesto de manifiesto una notoria falta de madurez neurológica.

## III. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS

**1.- Factores extrínsecos:** Por medio del contacto y exploración con el medio se estimulan las funciones humanas, aunque el desarrollo motor es un proceso determinado biológicamente requiere un contacto estimulante para que se mantenga la función y para que la maduración continúe.

**2.- Factores intrínsecos:** Las disposiciones hereditarias trazan el marco del desarrollo y nos brindan un plan constructivo del organismo. Las aberraciones cromosómicas implican una marcada limitación en el desarrollo y hasta el momento resulta imposible intervenir en su etiología.

Las aberraciones genéticas conllevan un error genético que por alterar solamente algunas funciones del metabolismo permiten, si son detectadas precozmente, la anulación total o parcial de los efectos no deseados.

ELABORADO POR SERVICIO:	REVISADO POR DEPARTAMENTO:	VIGENCIA	1
PSICOLOGIA	APOYO AL TRATAMIENTO	Noviembre 2011 Octubre 2013	

 <b>PERÚ</b> Ministerio de Salud	HONADOMANI San Bartolomé	HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO "SAN BARTOLOME"	
GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE Dx TRASTORNO ESPECÍFICO DEL DESARROLLO PSICOMOTOR.		Departamento: Apoyo al Tratamiento	
CODIGO CIE 10: <b>F82</b>	Versión: I I - 2011	Servicio: Psicología	

#### IV. CUADRO CLÍNICO

- La característica esencial del trastorno específico del desarrollo psicomotor es una alteración significativa del desarrollo de la coordinación motora.
- Habitualmente se asocia a retrasos en otras áreas del desarrollo no-motor.
- Los trastornos asociados pueden incluir trastorno fonológico, trastorno del lenguaje expresivo y trastorno mixto del lenguaje receptivo-expresivo.

**Curso:** El reconocimiento de un trastorno específico del desarrollo psicomotor suele ocurrir en los primeros intentos fallidos del niño al realizar tareas como caminar, correr, abotonarse, usar cubiertos, jugar con una pelota. El curso es variable. En algunos casos la falta de coordinación se prolonga hasta la adolescencia o la adultez.

#### V. DIAGNÓSTICO

En el diagnóstico del trastorno específico del desarrollo psicomotor es importante

Diferenciar entre:

- Lentitud en adquisición de habilidades (atraso)
- Desviación anormal (ejem.: autismo)

Pérdida o no adquisición de hitos del desarrollo debido a una enfermedad progresiva del SNC.

Definir si se trata de un retraso global del desarrollo o de un área específica de este, por que el enfoque diagnóstico y terapéutico es diferente.

##### 1. Criterios Diagnósticos:

- La coordinación de movimientos (finos o gruesos) es significativamente inferior al nivel esperado de acuerdo a su edad, se sitúa dos desviaciones estándar por debajo del nivel esperado, valorado mediante test estandarizados.
- El rendimiento en actividades cotidianas que requieren coordinación motora es sustancialmente inferior al esperado dada la edad cronológica del sujeto. Puede manifestarse por retrasos significativos en la adquisición de hitos motores (p. ej. caminar, gatear, sentarse).
- El trastorno del criterio anterior interfiere significativamente el rendimiento en actividades cotidianas.
- El trastorno no se debe a una enfermedad médica (p. ej: parálisis cerebral, hemiplejía o distrofia muscular) y no cumple los criterios de trastorno generalizado del desarrollo.

ELABORADO POR SERVICIO:	REVISADO POR DEPARTAMENTO:	VIGENCIA	2
PSICOLOGIA	APOYO AL TRATAMIENTO	Noviembre 2011 Octubre 2013	

 <b>PERÚ</b> Ministerio de Salud	HONADOMANI San Bartolomé	HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO "SAN BARTOLOME"	
GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE Dx TRASTORNO ESPECÍFICO DEL DESARROLLO PSICOMOTOR.		Departamento: Apoyo al Tratamiento	
CODIGO CIE 10: <b>F82</b>	Versión: I I - 2011		Servicio: Psicología

- Las dificultades de coordinación deberán haber estado presentes desde los comienzos del desarrollo, no debe ser un déficit adquirido ni se deberá a un déficit de la visión, audición o un diagnóstico neurológico.

## 2. Diagnóstico Diferencial:

- Debe distinguirse de afectaciones motoras debidas a una enfermedad médica.
- Los problemas de la coordinación pueden estar asociados a enfermedades neurológicas específicas (p. ej: parálisis cerebral y lesiones progresivas del cerebelo), en los que existe una lesión neurológica definida y hallazgos anormales en la exploración neurológica.
- Si hay un retraso mental, el trastorno del desarrollo de la coordinación sólo puede diagnosticarse si las deficiencias motoras exceden de las habitualmente relacionadas con retraso mental.
- Cuando se cumplen los criterios de un trastorno generalizado del desarrollo, no se establece el diagnóstico de trastorno específico del desarrollo psicomotor.
- Los sujetos afectados de un trastorno por déficit de atención con hiperactividad pueden caerse, chocar con los objetos, golpearlos, pero todo esto suele deberse a su distraibilidad e impulsividad más que una afectación motora. Si se cumplen los criterios de ambos diagnósticos deben formularse los dos.

## VI. EXÁMENES AUXILIARES

Evaluaciones realizadas por otras especialidades (neurología, neonatología, pediatría)

## VII. MANEJO SEGÚN NIVEL DE COMPLEJIDAD Y CAPACIDAD RESOLUTIVA

### 1. Medidas Generales y Preventivas

Diseñar un programa de intervención considerando:

- Edad cronológica del bebé – niño: considerando si fue a término o prematuro.
- Edad de desarrollo del bebé – niño: en función a una escala de desarrollo psicomotor.
- Evaluación del bebé – niño: establecer cuáles son las características neurológicas y motrices del bebé.
- Objetivos: Establecer los objetivos que se van a trabajar en cada área afectada.
- Instaurar el tratamiento a una edad que mejore el pronóstico.

ELABORADO POR SERVICIO:	REVISADO POR DEPARTAMENTO:	VIGENCIA	3
PSICOLOGIA	APOYO AL TRATAMIENTO	Noviembre 2011 Octubre 2013	

 <b>PERÚ</b> Ministerio de Salud	HONADOMANI San Bartolomé	HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO "SAN BARTOLOME"	
GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE Dx TRASTORNO ESPECÍFICO DEL DESARROLLO PSICOMOTOR.		Departamento: Apoyo al Tratamiento	
CODIGO CIE 10: <b>F82</b>	Versión: I I - 2011		Servicio: Psicología

- Brindar consejería familiar para promover un medio propicio para el cambio.

## 2. Terapéutica

Cada caso presenta un grado de deficiencia distinta, por lo que el tratamiento a seguir tiene que ser personalizado. En general se utilizarán técnicas de estimulación temprana que incluyen la presentación de diversas actividades motrices específicas para mejorar su coordinación y control espaciotemporal.

Las metas a alcanzarse con el tratamiento son:

- Desarrollar destrezas motoras esperadas para su edad.
- Establecer contacto cercano con la familia para orientar hacia intervenciones más adecuadas.

## 3. Signos de alarma

<b>Motor</b>	
4.5 meses	No empuja para sentarse
9 – 10 meses	No descarga peso
15 meses	No camina
30 meses	No salta en dos pies
4 años	No salta en un pie
<b>Motor Fino</b>	
7 meses	No toma objetos
11 meses	No tiene pinza
15 meses	No pone ni saca de cajita
30 meses	No vuelve páginas
4 años	No copia círculo

## 4. Pronóstico: Favorable

### 5. Criterios de alta:

Todas las metas del tratamiento han sido alcanzadas.

Se hace un seguimiento periódico del paciente.

## VIII. COMPLICACIONES

Presencia de una enfermedad médica, un trastorno neurológico específico, congénito o adquirido, o un trastorno generalizado del desarrollo.

ELABORADO POR SERVICIO:	REVISADO POR DEPARTAMENTO:	VIGENCIA	4
PSICOLOGIA	APOYO AL TRATAMIENTO	Noviembre 2011 Octubre 2013	

	PERÚ	Ministerio de Salud	HONADOMANI San Bartolomé	HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO "SAN BARTOLOME"	
GUÍA DE PRÁCTICA CLINICA DE Dx TRASTORNO ESPECIFICO DEL DESARROLLO PSICOMOTOR.				Departamento: Apoyo al Tratamiento	
CODIGO CIE 10: <b>F82</b>			Versión: I I - 2011		Servicio: Psicología

## IX. CRITERIOS DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA

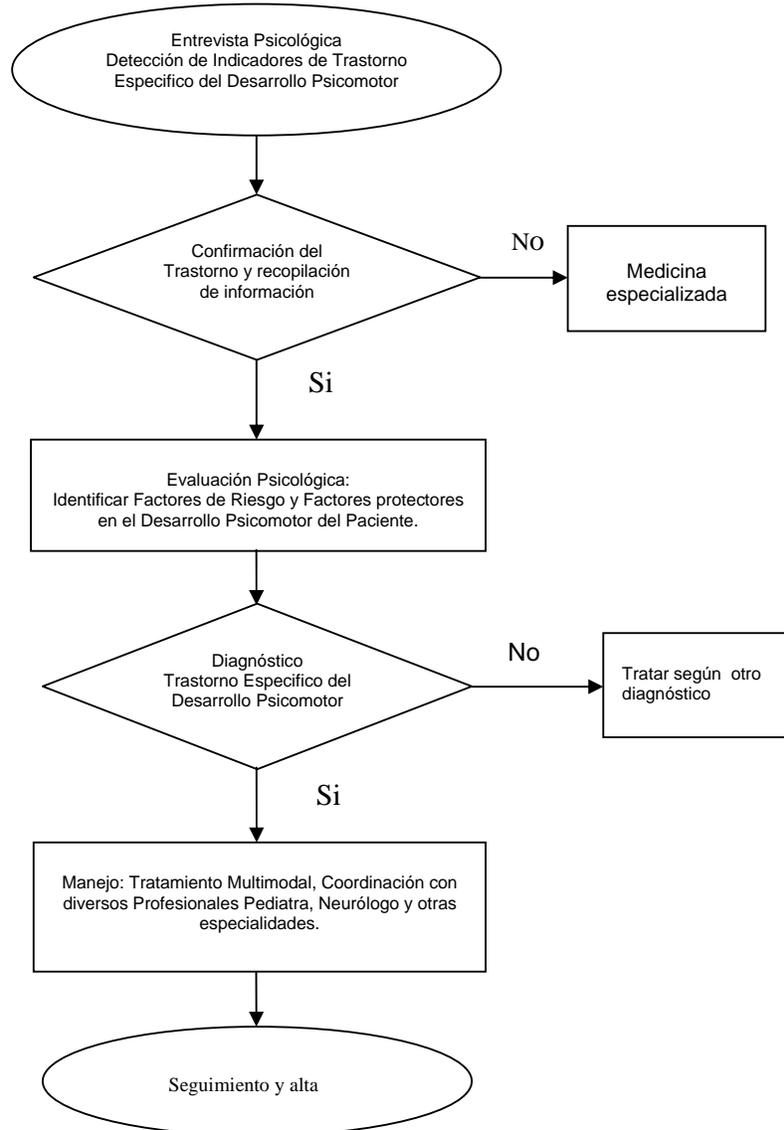
El paciente con complicaciones al tratamiento se referirá a un establecimiento especializado de alta complejidad resolutiva.

Se realizará la Contrarreferencia del paciente a un establecimiento del primer nivel de atención cercano a su jurisdicción, cuando el paciente se encuentre estable y sus controles serán llevados allí

ELABORADO POR SERVICIO:	REVISADO POR DEPARTAMENTO:	VIGENCIA <b>5</b>
PSICOLOGIA	APOYO AL TRATAMIENTO	Noviembre 2011 Octubre 2013

 <b>PERÚ</b> Ministerio de Salud	HONADOMANI San Bartolomé	HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO "SAN BARTOLOME"	
GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE Dx TRASTORNO ESPECIFICO DEL DESARROLLO PSICOMOTOR.		Departamento: Apoyo al Tratamiento	
CODIGO CIE 10: <b>F82</b>		Versión: I I - 2011	Servicio: Psicología

## X. FLUXOGRAMA / ALGORITMO



ELABORADO POR SERVICIO:	REVISADO POR DEPARTAMENTO:	VIGENCIA	6
PSICOLOGIA	APOYO AL TRATAMIENTO	Noviembre 2011 Octubre 2013	

 <b>PERÚ</b> Ministerio de Salud	HONADOMANI San Bartolomé	HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO "SAN BARTOLOME"	
GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE Dx TRASTORNO ESPECÍFICO DEL DESARROLLO PSICOMOTOR.		Departamento: Apoyo al Tratamiento	
CODIGO CIE 10: <b>F82</b>	Versión: I I - 2011		Servicio: Psicología

## XI INDICADORES DE EVALUACION

**N° de Pac con Dx Trastorno Especifico del Desarrollo Psicomotor de acuerdo a Guía x 100**  
**N° total de Pacientes Diagnosticados con Trastorno Especifico del Desarrollo Psicomotor**

### XI. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- American Psychiatric Association. *DSM – IV Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Barcelona: Masson 2003.
- Asociación Panamericana de la Salud. *Atención Primaria en salud: Crecimiento y desarrollo del ser humano*. Editora Guadalupe. Colombia: 1995
- CASTRO, Cipriano y otros. *La niñez la familia y la comunidad*. Organización Panamericana de la Salud. Washington: 2004
- GRIFFA, María y Eduardo Moreno. *Claves para una Psicología del desarrollo*. Lugar Editorial. Buenos Aires 2001
- Organización Mundial de la Salud. *Trastornos Mentales y del Comportamiento: Descripciones Clínicas y Pautas para el Diagnóstico*. Madrid: Meditor, 1992.
- Organización Panamericana de la Salud. *Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionadas con la Salud*. Washington: OPS, 1995.
- PAPALIA, Diane y Sally Wendkos. *Psicología del desarrollo*. MacGraw Hill. Bogotá: 1995

ELABORADO POR SERVICIO:	REVISADO POR DEPARTAMENTO:	VIGENCIA	7
PSICOLOGIA	APOYO AL TRATAMIENTO	Noviembre 2011 Octubre 2013	



# **GUIA PRÁCTICA CLINICA**

**TRASTORNO DE SEPARACION EN LA NIÑEZ**

 <b>PERÚ</b> Ministerio de Salud	HONADOMANI San Bartolomé	HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO "SAN BARTOLOME"	
GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE Dx: TRASTORNO DE SEPARACIÓN EN LA NIÑEZ			Departamento: Apoyo al Tratamiento
CODIGO CIE 10: <b>F93.0</b>		Versión: I - 2011	Servicio: Psicología

## I. NOMBRE Y CÓDIGO

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE Dx: TRASTORNO DE SEPARACIÓN EN LA NIÑEZ F93.0

## II. DEFINICIÓN

### 1. Definición

Es el temor excesivo que presentan los niños desde los 2 o 3 años frente a la separación de personas con las que tienen mayor vinculación y que se constituye en el foco de desarrollo de niveles de ansiedad superiores a lo que se espera en niños de su edad, (incluye su persistencia más allá de la edad habitual), se acompaña de un comportamiento social significativamente restringido, a pesar que no hay presencia de alteraciones generalizadas del desarrollo.

### 2. Población Objetivo:

Niños menores de 6 años.

### 3. Etiología:

Presencia de acontecimientos estresantes de alta intensidad y frecuencia en los periodos críticos de la infancia no detectados oportunamente. Antecedentes familiares de cuadros ansiosos en familiares cercanos.

### 4. Psicofisiopatología:

La ansiedad es una respuesta normal y adaptativa ante amenazas reales o imaginarias más o menos difusas que prepara al Organismo para reaccionar ante una situación de peligro, cuando se presenta la ansiedad, hay incremento de la actividad simpática, del flujo sanguíneo, de la sudoración, de la tensión muscular, en algunos casos se pueden presentar temblores, las variaciones en la presentación e intensidad de los síntomas se dan en razón a las variaciones individuales en las respuestas fisiológicas al estrés.

### 5. Aspectos Epidemiológicos Importantes:

Los estudios epidemiológicos demuestran que la prevalencia de los Trastornos de Ansiedad de separación en la infancia oscila entre 5,6% y 21% (Benjamín, Costello y Warren; 1990). En las niñas se presenta más alta frecuencia que en los varones.

## III. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS

### 1. Medio ambiente.

- Problemas de relación entre los padres.
- Fallecimiento de algún familiar significativo
- Sobreprotección de por lo menos uno de los padres
- Hacinamiento

### 2. Estilos de vida.

- Ambiente social próximo convulsionado
- Permanencia en el hogar notablemente disminuida de ambos padres.

ELABORADO POR SERVICIO:	REVISADO POR DEPARTAMENTO:	VIGENCIA
PSICOLOGIA	APOYO AL TRATAMIENTO	Noviembre 2011 Octubre 2013

 <b>PERÚ</b> Ministerio de Salud	HONADOMANI San Bartolomé	HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO "SAN BARTOLOME"	
GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE Dx: TRASTORNO DE SEPARACIÓN EN LA NIÑEZ			Departamento: Apoyo al Tratamiento
CODIGO CIE 10: <b>F93.0</b>		Versión: I - 2011	Servicio: Psicología

### 3. Factores hereditarios:

- Antecedentes de cuadros ansiosos en familiares cercanos
- Tipo de Temperamento del paciente asociado a cuadros ansiosos.

## IV. CUADRO CLÍNICO

### 1. Grupos de signos y síntomas relacionados con la patología

- Preocupación excesiva y manifiesta en relación a la salud o seguridad de sus padres.
- Miedo que algo terrible lo separe de las figuras significativas.
- Miedo a estar solo.
- Negativa a ir a la escuela.
- Quejas somáticas cuando se anticipa la separación.
- Crisis de angustia frente a la separación.
- Insistencia en dormir con los padres.
- Alteración en el sueño, o en la alimentación.

### 2. Indicar su interacción cronológica y características asociadas

- El inicio de aparición de los síntomas es entre los 2 o 3 años
- Los estresores se presentan por más de tres meses
- Su presentación puede ser aguda o crónica dependiendo de las características individuales y del escenario más próximo al niño.

## V. DIAGNÓSTICO

### 1. Criterios de diagnóstico:

A. Ansiedad excesiva e inapropiada para el nivel de desarrollo del niño, concerniente a su separación respecto del hogar o de las personas con quienes está más vinculado, puesta de manifiesto por dos (o más) de las siguientes circunstancias:

1. Malestar excesivo recurrente cuando ocurre o se anticipa una separación respecto del hogar o de las principales figuras vinculantes.
2. Preocupación excesiva y persistente por la posible pérdida o posible daño de las principales figuras vinculadas a él.
3. Preocupación excesiva y persistente por la posibilidad de que un acontecimiento adverso dé lugar a la separación de una figura vinculada importante (p. ej., extraviarse o ser secuestrado).
4. Resistencia o negativa persistente a ir a la escuela o a cualquier otro sitio por miedo a la separación.
5. Resistencia o miedo persistente o excesivo a estar en casa solo o sin las principales figuras vinculantes, o sin adultos significativos en otros lugares.
6. Negativa o resistencia persistente a ir a dormir sin tener cerca una figura vinculada importante o a ir a dormir fuera de casa.
7. Pesadillas repetidas con temática de separación.
8. Quejas repetidas de síntomas físicos (como cefaleas, dolores abdominales, náuseas o vómitos) cuando ocurre o se anticipa la separación respecto de figuras importantes de vinculación

ELABORADO POR SERVICIO:	REVISADO POR DEPARTAMENTO:	VIGENCIA
PSICOLOGIA	APOYO AL TRATAMIENTO	Noviembre 2011 Octubre 2013

 <b>PERÚ</b> Ministerio de Salud	HONADOMANI San Bartolomé	HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO "SAN BARTOLOME"	
GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE Dx: TRASTORNO DE SEPARACIÓN EN LA NIÑEZ			Departamento: Apoyo al Tratamiento
CODIGO CIE 10: <b>F93.0</b>		Versión: I - 2011	Servicio: Psicología

B. La duración del trastorno es de por lo menos 4 semanas.

C. El inicio se produce antes de los 5 años.

D. La alteración provoca malestar clínicamente significativo en una o varias áreas de la actividad del niño.

E. La alteración no ocurre en el transcurso de un trastorno generalizado del desarrollo.

## 2. Diagnóstico diferencial

- Trastorno de ansiedad social en la niñez. F93.2
- Otros trastorno emocionales en la niñez (Trastorno híper ansioso) F 93.8
- Trastorno emocional en la niñez, no especificado. F 93.9

## VI. EXÁMENES AUXILIARES

Pruebas de evaluación de:

- Cociente de desarrollo
- Cociente intelectual
- Personalidad
- Estructura y funcionamiento familiar

## VII. MANEJO SEGÚN NIVEL DE COMPLEJIDAD Y CAPACIDAD RESOLUTIVA

### 1. Medidas generales y preventivas

- La detección e intervención precoces.
- Estimular el crecimiento y el desarrollo normal del niño.
- Mejorar la calidad de vida de los niños.

### 2. Terapéutica

Establecer metas a alcanzar con el tratamiento. El objetivo general del tratamiento es que el niño sea capaz de afrontar la separación de figuras significativas, y que el temor hacia la separación vaya disminuyendo hasta llegar a niveles considerados normales para su edad de desarrollo.

Los procedimientos que se pueden utilizar para el tratamiento pueden ser las siguientes:

- Desensibilización sistemática.
- Terapia Lúdica
- Modificación de conducta

La mayoría de los pacientes que presentan trastornos de ansiedad de separación los superarán sin necesidad de medicación, aunque si existiera la presencia de Hiperdrosis en la consulta médica se decidirá su uso.

ELABORADO POR SERVICIO:	REVISADO POR DEPARTAMENTO:	VIGENCIA
PSICOLOGIA	APOYO AL TRATAMIENTO	Noviembre 2011 Octubre 2013

 <b>PERÚ</b> Ministerio de Salud	HONADOMANI San Bartolomé	HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO "SAN BARTOLOME"	
GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE Dx: TRASTORNO DE SEPARACIÓN EN LA NIÑEZ		Departamento: Apoyo al Tratamiento	
CODIGO CIE 10: <b>F93.0</b>		Versión: I - 2011	Servicio: Psicología

### 3. Efectos adversos o colaterales del tratamiento y su manejo

No aplica

### 4. Signos de alarma a ser tomados en cuenta

- Aumento de los síntomas
- Aparición de otros indicadores diagnósticos, no referidos al trastorno ansioso.

### 5. Criterios de Alta:

Cuando los síntomas han disminuido hasta llegar a ser aceptados por el niño sin que le genere indicadores diagnósticos psicológicos o fisiológicos.

### 6. Pronóstico

Favorable si la intervención es oportuna, y la familia participa activamente en la terapia.

## VIII. COMPLICACIONES

Si el entorno familiar abandona el tratamiento e incurre nuevamente en las conductas nocivas que desencadenaron el trastorno, se presentara una recurrencia del mismo en la mayoría de los casos con mayor intensidad.

## IX. CRITERIOS DE REFERENCIA Y CONTRA REFERENCIA

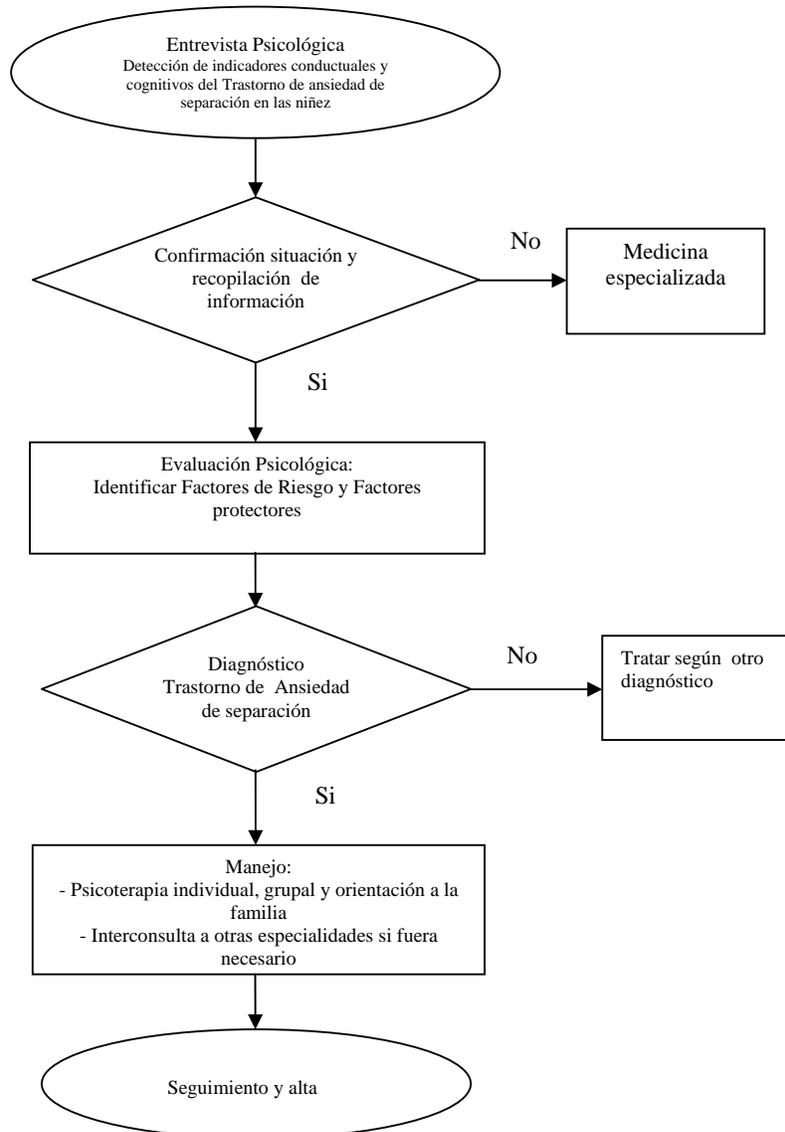
El paciente con complicaciones al tratamiento se referirá a un establecimiento especializado de alta complejidad resolutive.

Se realizará la Contrarreferencia del paciente a un establecimiento del primer nivel de atención cercano a su jurisdicción, cuando el paciente se encuentre estable y sus controles serán llevados allí

ELABORADO POR SERVICIO:	REVISADO POR DEPARTAMENTO:	VIGENCIA
PSICOLOGIA	APOYO AL TRATAMIENTO	Noviembre 2011 Octubre 2013

 <b>PERÚ</b> Ministerio de Salud	HONADOMANI San Bartolomé	HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO "SAN BARTOLOME"	
GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE Dx: TRASTORNO DE SEPARACIÓN EN LA NIÑEZ		Departamento: Apoyo al Tratamiento	
CODIGO CIE 10: <b>F93.0</b>		Versión: I - 2011	
		Servicio: Psicología	

## X. FLUXOGRAMA / ALGORITMO



ELABORADO POR SERVICIO:	REVISADO POR DEPARTAMENTO:	VIGENCIA
PSICOLOGIA	APOYO AL TRATAMIENTO	Noviembre 2011 Octubre 2013

 <b>PERÚ</b>	<b>Ministerio de Salud</b>	<b>HONADOMANI San Bartolomé</b>	<b>HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO "SAN BARTOLOME"</b>	
<b>GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE Dx: TRASTORNO DE SEPARACIÓN EN LA NIÑEZ</b>			<b>Departamento: Apoyo al Tratamiento</b>	
<b>CODIGO CIE 10: F93.0</b>		<b>Versión: I - 2011</b>		<b>Servicio: Psicología</b>

## XI. INDICADORES DE EVALUACION

**N° de Pac con Dx Trastornos de Separación de la Niñez tratados de acuerdo a Guía x 100**  
**N° total de Pacientes Diagnosticados con Trastornos de Separación de la Niñez**

## XII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Psicopatología infantil, María Jose Buj Pereda. Editorial Horsari, 1997
2. Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados: Décima revisión (CIE-10) Volumen 3 en CD-ROM, 1995.
3. Psiquiatría del niño y del adolescente, María J. Mardomingo Sanz, Ediciones Diaz de Santos, 1994
4. Diagnostico y tratamiento de los trastornos de ansiedad. Manual medico. Thomas Mc Glynn y Harry Metcalf
5. Psicopatología de los trastornos afectivos. Paykel E. S. Ediciones Pirámide, 1985.
6. Psicopatología general. Serafín Lemos Giraldez. Editorial Síntesis, 2000

ELABORADO POR SERVICIO:	REVISADO POR DEPARTAMENTO:	VIGENCIA
PSICOLOGIA	APOYO AL TRATAMIENTO	Noviembre 2011 Octubre 2013



# **GUIA PRÁCTICA CLINICA**

## **OTROS TRASTORNOS EMOCIONALES EN LA NIÑEZ**

 <b>PERÚ</b> Ministerio de Salud	HONADOMANI San Bartolomé	HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO "SAN BARTOLOME"	
GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE Dx: OTROS TRASTORNOS EMOCIONALES EN LA NIÑEZ		Departamento: Apoyo al Tratamiento	
CODIGO CIE 10: <b>F93.8</b>		Versión: I - 2011	Servicio: Psicología

## I. NOMBRE Y CÓDIGO

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE Dx: OTROS TRASTORNOS EMOCIONALES EN LA NIÑEZ  
F93.8

## II. DEFINICIÓN

### 1. Definición

"Se refiere a los trastornos emocionales característicos de la infancia, cuyos síntomas principales incluyen estado medroso, rechazo a la escuela, trastorno de identidad y trastorno hiperansioso".

### 2. Población objetivo

Niños menores de 10 años

### 3. Etiología

Las causas o etiología de estos trastornos se ubican en el contexto familiar en el clima de interacción familiar en las actitudes de los padres para con sus hijos, que van a influir en el desarrollo emocional de los mismos y su capacidad de respuesta a los estímulos ambientales. Las causas desencadenantes son diversas (fallecimiento o enfermedad grave de un familiar o animal muy cercano al niño o bien una enfermedad grave del mismo paciente que es hospitalizado entre otros).

### 4. Psicofisiopatología

Los síntomas de los trastornos emocionales tienden a disminuir y aumentar durante el desarrollo del niño, siendo los más característicos la ansiedad y la depresión.

### 5. Aspectos epidemiológicos importantes.

Se puede decir que más del 20% de los pacientes que requieren atención en el servicio de psicología presentan el diagnóstico de Otros trastornos emocionales en la niñez.

## III. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS

### 1. Medio ambiente.

Cambios que por su edad maduracional puedan ser traumatizantes (cambio de domicilio durante la niñez, abuso físico en el niño, separación de los padres, procesos por custodia entre otros).

### 2. Estilos de vida.

Hábitos y valores inadecuados de los padres (Consumo de sustancias psicoactivas, fumar, temprano comienzo y mal uso de las bebidas alcohólicas, incorrectos hábitos de relaciones sexuales).

### 3. Factores hereditarios

Los estudios familiares de los trastornos emocionales a través de varias generaciones han demostrado una predisposición a conductas mal adaptativas tempranas. Aunque resulta difícil tomar esta decisión como aceptable por la poca accesibilidad a datos estadísticos con los que se cuenta.

ELABORADO POR SERVICIO:	REVISADO POR DEPARTAMENTO:	VIGENCIA
PSICOLOGIA	APOYO AL TRATAMIENTO	Noviembre 2011 Octubre 2013

 <b>PERÚ</b> Ministerio de Salud	HONADOMANI San Bartolomé	HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO "SAN BARTOLOME"	
GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE Dx: OTROS TRASTORNOS EMOCIONALES EN LA NIÑEZ		Departamento: Apoyo al Tratamiento	
CODIGO CIE 10: <b>F93.8</b>		Versión: I - 2011	Servicio: Psicología

#### IV. CUADRO CLÍNICO

##### 1. Grupos de signos y síntomas

El rasgo diagnóstico clave es una exageración de las tendencias normales del desarrollo en la niñez, que van disminuyendo en el proceso de desarrollo hasta desaparecer:

Preocupación injustificada a posibles daños que pudieran acaecer a personas significativas dentro de su entorno familiar.

Preocupación injustificada a que un acontecimiento adverso le separe de una persona significativa (como por ejemplo, poder perderse, ser secuestrado, ingresado a un hospital etc.).

Desagrado o rechazo persistente a ir al colegio por el temor a la separación (mas que por otras razones, como miedo a algo que pudiera suceder en el colegio).

Desagrado o rechazo persistente de irse a la cama sin compañía o cercanía de un familiar. Temor inadecuado y persistente a estar solo o sin el familiar significativo.

Pesadillas reiteradas sobre la separación.

Síntomas somáticos reiterados (Tales como nauseas, cefaleas, vómitos, gastralgias)

En situaciones que implican la separación de una persona significativa tal y como salir de casa para ir al colegio.

Malestar excesivo y recurrente en forma de ansiedad (llantos, rabietas, tristeza, apatías y retraimiento social), en anticipación, durante o inmediatamente después de la separación de una figura de vinculo importante.

##### 2. Indicar su interacción cronológica y características asociadas

Se determinará de acuerdo a la orientación y formación psicoterapéutica del profesional psicólogo.

#### V. DIAGNÓSTICO

##### 1. Criterios de diagnóstico

###### a) Epidemiológicos

Las investigaciones epidemiológicas han revelado que una proporción apreciable de la población infantil padece de trastornos emocionales en mayor o menor escala.

Por otro lado las cifras se encuentran entre el 5% y el 30%, dependiendo del área geográfica, del sexo y la edad. Los índices más altos son para los varones entre los 10 y 14 años y para las mujeres entre los 15 y 17 años.

###### b) Clínicos

ELABORADO POR SERVICIO:	REVISADO POR DEPARTAMENTO:	VIGENCIA
PSICOLOGIA	APOYO AL TRATAMIENTO	Noviembre 2011 Octubre 2013

 <b>PERÚ</b> Ministerio de Salud	HONADOMANI San Bartolomé	HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO "SAN BARTOLOME"	
GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE Dx: OTROS TRASTORNOS EMOCIONALES EN LA NIÑEZ		Departamento: Apoyo al Tratamiento	
CODIGO CIE 10: <b>F93.8</b>		Versión: I - 2011	Servicio: Psicología

**Evaluación.-** En el presente trastorno se evalúan las áreas de inteligencia, personalidad y organicidad, utilizando Técnicas e instrumentos científicamente validados.

- ✓ La Entrevista y observación que permite la manifestación de los síntomas y la observación de los signos.
- ✓ La Historia Clínica Psicológica nos da la información de los hechos relacionados con el inicio y evolución del cuadro clínico y todos los factores que interactúan en el desarrollo del mismo.

## 2. Diagnóstico diferencial

- F93.0 Trastornos de ansiedad de separación de la infancia.
- F93.1 Trastornos de ansiedad Fóbica.
- F93.2 Trastornos de hipersensibilidad social de la Infancia.
- F93.3 Trastornos de rivalidad entre hermanos.

## VI. EXÁMENES AUXILIARES

- ✓ Test de Machover
- ✓ Test de Familia
- ✓ Escala Home
- ✓ Test Desiderativo
- ✓ Test de completamiento de frases de Forer
- ✓ Test de personalidad de Eysenck forma "A"
- ✓ Test de Inteligencia de Weschler, escala de niños Wisc III
- ✓ Escala de desarrollo Brunet - Lezine
- ✓ Test de Goodenough Harris
- ✓ Test de Inteligencia, Raven, escala de niños
- ✓ Test Gestáltico Visomotor de Bender

## VII. MANEJO SEGÚN NIVEL DE COMPLEJIDAD Y CAPACIDAD RESOLUTIVA

### 1. Medidas Generales y Preventivas.

Establecer cronograma de actividades educativas con los pacientes que acuden al servicio de psicología para la prevención de trastornos emocionales en la niñez.

### 2. Terapéutica.

- a) Terapia cognitiva-conductual.- Orientada a modificar los esquemas mal adaptativos que sostienen la dependencia e inseguridad del paciente.
- b) Desensibilización Sistemática.- En el caso de temores o miedos de personas extrañas, situaciones y objetos.
- c) Terapia de Relajación.- En caso que el niño y adolescente presenten síntomas muy marcados de ansiedad.
- d) Participación en dinámicas familiares grupales o psicoterapia familiar, que favorezcan la interacción adecuada con su entorno.

### 3. Efectos adversos o colaterales del Tratamiento.

No aplica

### 4. Signos de Alarma a ser tomados en cuenta

Cefaleas recurrentes, Llantos, rabietas, tristeza, retraimiento social temor a estar solo, pesadillas, rechazo para ir al colegio con frecuencia y duración discordante con su edad.

ELABORADO POR SERVICIO:	REVISADO POR DEPARTAMENTO:	VIGENCIA
PSICOLOGIA	APOYO AL TRATAMIENTO	Noviembre 2011 Octubre 2013

 <b>PERÚ</b> Ministerio de Salud	HONADOMANI San Bartolomé	HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO "SAN BARTOLOME"	
GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE Dx: OTROS TRASTORNOS EMOCIONALES EN LA NIÑEZ		Departamento: Apoyo al Tratamiento	
CODIGO CIE 10: <b>F93.8</b>		Versión: I - 2011	Servicio: Psicología

**5. Criterios de alta.**

Cuando durante el periodo de latencia van disminuyendo los síntomas hasta llegar a la extinción.

**6. Hospitalización.**

Cuando están presentes los signos de alarma y complicaciones.

**7. Pronostico.**

Favorable si el entorno familiar contribuye con las recomendaciones del tratamiento y recuperación del paciente.

**VIII. COMPLICACIONES**

Los trastornos emocionales afectan la manera en que uno piensa y siente. Los síntomas pueden ser muy severos y en la mayoría de los casos no desaparecen por si solos. Los trastornos emocionales más comunes son la depresión y trastornos del Comportamiento.

**Complicaciones:**

Trastornos Depresivos  
Trastornos del Comportamiento

**IX. CRITERIOS DE REFERENCIA Y CONTRA REFERENCIA**

**a) Criterios de Referencia:**

El paciente con complicaciones al tratamiento se referirá a un establecimiento especializado de alta complejidad resolutive.

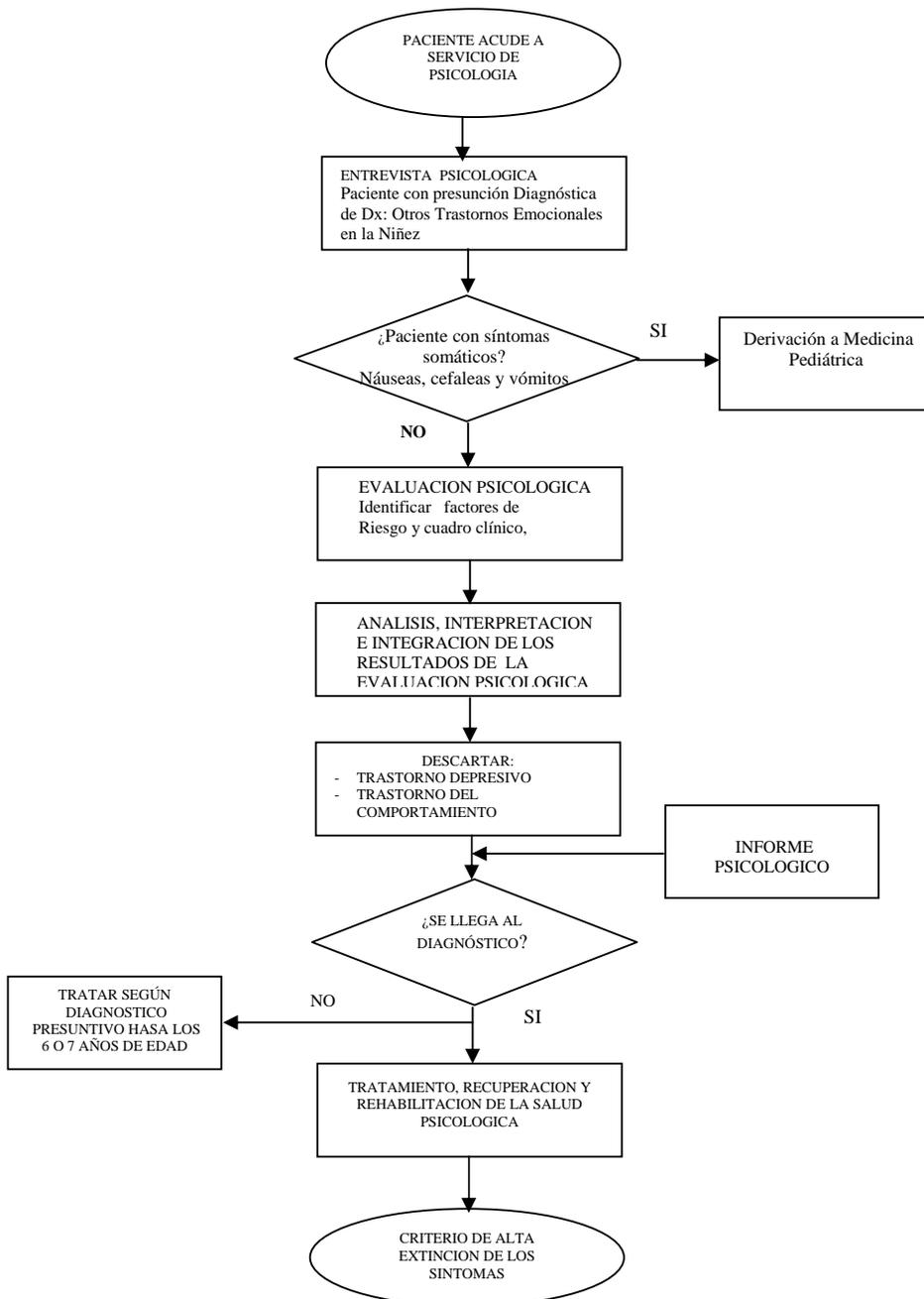
**b) Criterios de Contrarreferencia:**

Se realizará la Contrarreferencia del paciente a un establecimiento del primer nivel de atención cercano a su jurisdicción, cuando el paciente se encuentre estable y sus controles sean llevados allí

ELABORADO POR SERVICIO:	REVISADO POR DEPARTAMENTO:	VIGENCIA
PSICOLOGIA	APOYO AL TRATAMIENTO	Noviembre 2011 Octubre 2013

 <b>PERÚ</b> Ministerio de Salud	HONADOMANI San Bartolomé	HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO "SAN BARTOLOME"	
GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE Dx: OTROS TRASTORNOS EMOCIONALES EN LA NIÑEZ		Departamento: Apoyo al Tratamiento	
CODIGO CIE 10: <b>F93.8</b>	Versión: I - 2011		Servicio: Psicología

## X. FLUXOGRAMA / ALGORITMO



ELABORADO POR SERVICIO:	REVISADO POR DEPARTAMENTO:	VIGENCIA
PSICOLOGIA	APOYO AL TRATAMIENTO	Noviembre 2011 Octubre 2013

 <b>PERÚ</b> Ministerio de Salud	HONADOMANI San Bartolomé	HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO "SAN BARTOLOME"	
GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE Dx: OTROS TRASTORNOS EMOCIONALES EN LA NIÑEZ		Departamento: Apoyo al Tratamiento	
CODIGO CIE 10: <b>F93.8</b>	Versión: I - 2011		Servicio: Psicología

## XI. INDICADORES DE EVALUACION

**N° de Pac con Dx Otros Trastornos Emocionales en la Niñez tratados de acuerdo a Guía x 100**  
**N° total de Pac. Diagnosticados Otros Trastornos Emocionales en la Niñez**

### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Anicama, J 1999. Estudio Epidemiológico sobre la violencia y comportamientos de Lima Metropolitana y el Callao. Lima-Perú. Pág. 164.

Estudio Epidemiológico de Salud Mental de la Sierra Peruana. H. Delgado – H. Noguchi. 2003 Editorial. ED. Especial de anales de Salud Mental 2004. Lima – Perú.

Servicio de Psicología. HONADOMANI. Estadística 200 – 2005 del Trastorno Emocional. Lima – Perú.

MINSA. Estadísticas e Indicadores Básicos de Salud, 2003. Perú.

Besan, Oscar y Díaz José (2001). Fisiopatología Diagnóstico y Tratamiento del Trastorno Emocional. Asociación Psiquiatría Mexicana. México DF.

Duncan, P. Estilos de Vida. Medicina en Salud Pública 1986.

CIE-10 Trastornos mentales y del comportamiento. Versión – 1993. Internet. Biblioteca Consulta PSI.com

ELABORADO POR SERVICIO:	REVISADO POR DEPARTAMENTO:	VIGENCIA
PSICOLOGIA	APOYO AL TRATAMIENTO	Noviembre 2011 Octubre 2013



# **GUIA PRÁCTICA CLINICA**

**TRASTORNO DE ADAPTACION CON ESTADO DE  
ANIMO ANSIOSO**

 <b>PERÚ</b> Ministerio de Salud	HONADOMANI San Bartolomé	HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO "SAN BARTOLOME"	
GUÍA DE PRÁCTICA CLINICA DE Dx: TRASTORNO DE ADAPTACION CON ESTADO DE ANIMO ANSIOSO		Departamento: Apoyo al Tratamiento	
CODIGO CIE 10: <b>F43.2</b>		Versión: I - 2011	Servicio: Psicología

## I. NOMBRE Y CÓDIGO

GUÍA DE PRÁCTICA CLINICA DE Dx: TRASTORNO DE ADAPTACION CON ESTADO DE ANIMO ANSIOSO F43.2

## II. DEFINICIÓN

### 1. Definición

Es un conjunto de formas exageradas de reacciones y conductas normales que tienen lugar ante diversos eventos estresantes, y que se manifiestan por un estado de malestar subjetivo que puede ser intolerable, acompañado por alteraciones emocionales, las cuales interfieren en su actividad global. Es una combinación de manifestaciones ansiosas físicas y psicológicas que no son atribuibles a un peligro real y que se presentan como estados persistentes o en forma de ataques.

### 2. Población objetivo

Niños, Adolescentes y Adultos (incluye gestantes).

### 3. Etiología

El estresor puede ser un acontecimiento simple (duelo y separación) o deberse a factores múltiples (dificultades conyugales). Los estresores pueden ser recurrentes o continuos; pueden afectar a una persona, familia o comunidad (catástrofe); también hay estresores dependientes de acontecimientos específicos del desarrollo (ir al colegio, casarse, ser padre, entre otros).

Existen factores precipitantes donde están las condiciones de vida y de trabajo, en los factores predisponentes se encuentran las características estables o rasgos de personalidad y entre los factores de mantenimiento se ubica el aprendizaje donde el reforzamiento juega un papel primordial.

Existen factores predisponentes como la personalidad ya que las personas que se describen como preocupadas y nerviosas y que pierden el sueño ante cualquier contrariedad, con inadecuada capacidad de afrontamiento y baja asertividad, son las más predisuestas a desarrollar algunos trastornos de ansiedad.

En cuanto al aprendizaje de conductas por influencia familiar, se observa con una incidencia aproximada de 30 - 40% de familiares de primer grado de sujetos afectados, siendo mayor riesgo si ambos progenitores padecen el trastorno.

### 4. Psicofisiopatología

En muchos casos se presenta un incremento de la actividad simpática y se pueden calificar como reacciones de ataque y huida. Se puede identificar un incremento de flujo sanguíneo en los músculos voluntarios y un aumento de la frecuencia cardiaca.

El ritmo del pulso y la sudoración se incrementan, al igual que la tensión muscular y los temblores. Puede haber un incremento en el flujo sanguíneo hacia los antebrazos, en tanto que el volumen del pulso en los dedos de la mano decrece.

ELABORADO POR SERVICIO:	REVISADO POR DEPARTAMENTO:	VIGENCIA
PSICOLOGIA	APOYO AL TRATAMIENTO	Noviembre 2011 Octubre 2013

 <b>PERÚ</b> Ministerio de Salud	HONADOMANI San Bartolomé	HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO "SAN BARTOLOME"	
GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE Dx: TRASTORNO DE ADAPTACION CON ESTADO DE ANIMO ANSIOSO		Departamento: Apoyo al Tratamiento	
CODIGO CIE 10: <b>F43.2</b>		Versión: I - 2011	Servicio: Psicología

No hay constancia de correlación entre las medidas fisiológicas y la ansiedad como un indicador claro y objetivo de la misma.

Aún no está claro porque algunas personas recalcan determinados síntomas somáticos y excluyen otros; puede deberse a factores socioculturales pero también podrían estar en función a las variaciones individuales en las respuestas fisiológicas al estrés, lo que se denomina la especificidad de la respuesta autonómica.

Respecto a los factores biológicos, existe la denominada hipótesis gabaérgica, donde la GABA es un neurotransmisor de carácter inhibitorio. Posee un receptor en la membrana neuronal asociado a los canales de cloro, de modo que al unirse el GABA junto al receptor ingresan los iones cloro produciendo así una despolarización y por tanto se inhibe la neurona.

Se dice que hay una sustancia endógena que actúa como ansiógena en los enfermos, o bien la posible alteración en la configuración o funcionamiento del receptor del GABA, este último se ve apoyado por hechos que como un antagonista benzodiacepínico (flumacenil) es capaz de provocar frecuentes y graves crisis de angustia en pacientes que sufren algún trastorno de pánico pero no en controles sanos.

## 5. Aspectos epidemiológicos importantes.

En virtud a su carácter dimensional, se han contemplado, en tres niveles de gravedad clínica:

- a) Como síntomas individuales y específicos.
- b) En forma de Síndrome Clínico indiferenciado.
- c) A modo de Síndrome Clínico específico

En el caso de la ansiedad adaptativa, su epidemiología ha resultado tradicionalmente difícil ya que su presencia no solo depende de la existencia de los síntomas, sino también de la capacidad profesional para apreciarlos. La fenomenología del trastorno es enormemente heterogénea, lo cual presenta dificultades para una organización clasificatoria.

Se debe de tener en cuenta los sistemas clasificatorios de desordenes mentales (CIE 10 y DSM IV) así como el cumplimiento de la sintomatología para diagnosticar el trastorno, también hay que tener en cuenta las diferencias metodológicas entre los estudios epidemiológicos, el o los instrumento(s) a utilizar, así como el tipo de diseño empleado y la incidencia debido a que a lo largo del tiempo el diagnóstico puede variar así como la cantidad de la población que la padece.

Según el estudio epidemiológico metropolitano en salud mental del año 2002 efectuado por el Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado – Hideyo Noguchi se observa que la prevalencia de vida de los trastornos de ansiedad en general es de 25.3% mientras que en los varones es de 20.3% y en mujeres es de 30.1%.

La prevalencia de trastornos según grupos etáreos obtuvo los siguientes resultados: A partir de 18 a 24 años fue de 16.6 %, desde los 25 a 44 años es de 14.2 %, mientras que de 45 a 64 años es de 15.1 % y desde los 65 a mas es de 9.8%

ELABORADO POR SERVICIO:	REVISADO POR DEPARTAMENTO:	VIGENCIA
PSICOLOGIA	APOYO AL TRATAMIENTO	Noviembre 2011 Octubre 2013

 <b>PERÚ</b> Ministerio de Salud	HONADOMANI San Bartolomé	HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO "SAN BARTOLOME"	
GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE Dx: TRASTORNO DE ADAPTACION CON ESTADO DE ANIMO ANSIOSO		Departamento: Apoyo al Tratamiento	
CODIGO CIE 10: <b>F43.2</b>		Versión: I - 2011	Servicio: Psicología

### III. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS

#### 1. Medio ambiente.

Se puede mencionar a los siguientes:

- Muerte del cónyuge o familiar cercano
- Separación marital o divorcio
- Encarcelamiento
- Lesión o enfermedad personal
- Expulsión del trabajo o jubilación
- Dificultades sexuales
- Cambio de estado financiero
- Logro personal notable
- Comienzo o final del colegio
- Cambio de domicilio, escuela, trabajo, etc.
- Cambio de actividades sociales
- Vacaciones
- Navidades u otras fechas significativas
- Cambio de hábitos alimenticios
- Desastres naturales
- Aislamiento social o débiles vínculos sociales

#### 2. Estilos de vida.

La aparición del trastorno adaptativo con síntomas ansiosos como patología es un obstáculo para tener un estilo de vida equilibrado, ya que genera un estado alterado de nerviosismo y preocupación sin motivo, pues se considera que no tiene escapatoria de esta sensación y la vida gira alrededor del temor, presentando dificultades en la concentración y sueño. Entre ellos destacan:

- Tendencia a establecer relaciones de pareja poco estables.
- Prejuicio para hacer uso de las redes sociales y comunitarias.
- Características personales que condicionan un estilo de vida con pocos o pobres vínculos sociales, tales como: Utilización limitada de habilidades de afrontamiento, interacciones mínimas por déficit en habilidades sociales, percibir los cambios como barreras, obstáculos, percibir pocas elecciones u opciones en la resolución de problemas, comportamiento pasivo/reactivo, actitudes pesimistas/fatalistas, auto imagen negativa, baja autoestima
- No tener claras metas ni propósitos en la vida
- Limitada utilización de recursos para la adaptación
- Aproximación a los problemas con una orientación hacia la crisis
- Búsqueda de estímulos que generan conductas de riesgo para la salud
- Conductas generadoras de estrés

#### 3. Factores hereditarios

Los factores genéticos posiblemente juegan un papel no despreciable en este tipo de trastorno. Por investigaciones se ha observado que en el caso de gemelos existe una tasa alta de concordancia diagnóstica, asimismo, se cree que existe un factor de vulnerabilidad en la mujer, pero cabe recalcar que se pueden presentar en cualquier edad y sexo. Pero no existen datos significativos para asegurar que puede ser hereditario.

Tipo de Temperamento del paciente asociado a cuadros ansiosos.

ELABORADO POR SERVICIO:	REVISADO POR DEPARTAMENTO:	VIGENCIA
PSICOLOGIA	APOYO AL TRATAMIENTO	Noviembre 2011 Octubre 2013

 <b>PERÚ</b> Ministerio de Salud	HONADOMANI San Bartolomé	HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO "SAN BARTOLOME"	
GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE Dx: TRASTRNO DE ADAPTACION CON ESTADO DE ANIMO ANSIOSO		Departamento: Apoyo al Tratamiento	
CODIGO CIE 10: <b>F43.2</b>		Versión: I - 2011	Servicio: Psicología

#### IV. CUADRO CLÍNICO

##### 1. Grupos de signos y síntomas

Se puede mencionar entre estos: nerviosismo, inquietud, disminución de actividades, agitación, perturbación, temor, impaciencia, tensión, tristeza, irritabilidad, insomnio y preocupación ante acontecimientos.

##### 2. Indicar su interacción cronológica y características asociadas

El trastorno adaptativo empieza dentro de los 3 meses de la exposición al estresor y no más tarde de 6 meses después que el estresor haya cesado.

En caso que el estresor sea un acontecimiento agudo, el inicio de la alteración suele ser inmediata y la duración es relativamente breve.

Si el estresor o sus consecuencias persisten el trastorno también puede persistir.

La duración de los síntomas puede prolongarse según el tipo de clasificación entre los que se tiene:

- Agudo: Persistencia de síntomas por 6 meses
- Crónico: presencia de los síntomas por más de 6 meses, es decir que se presenta en respuesta al estresor crónico o con consecuencias permanentes.

#### V. DIAGNÓSTICO

##### 1. Criterios de Diagnóstico

- A. La aparición de síntomas emocionales o comportamentales en respuesta a un estresor identificable tiene lugar dentro de los 3 meses siguientes a la presencia del estresor.
- B. Estos síntomas o comportamientos se expresan, clínicamente del siguiente modo:
  1. Malestar mayor de lo esperable en respuesta al estresante
  2. Deterioro significativo de la actividad social o laboral (o académica)
- C. La alteración relacionada con el estrés no cumple los criterios para otro trastorno específico y no constituye una simple exacerbación de un trastorno preexistente.
- D. Los síntomas no responden a una reacción de duelo.
- E. Una vez ha cesado el estresante (o sus consecuencias), los síntomas no persisten más de 6 meses.

ELABORADO POR SERVICIO:	REVISADO POR DEPARTAMENTO:	VIGENCIA
PSICOLOGIA	APOYO AL TRATAMIENTO	Noviembre 2011 Octubre 2013

 <b>PERÚ</b> Ministerio de Salud	HONADOMANI San Bartolomé	HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO "SAN BARTOLOME"	
GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE Dx: TRASTRNO DE ADAPTACION CON ESTADO DE ANIMO ANSIOSO		Departamento: Apoyo al Tratamiento	
CODIGO CIE 10: <b>F43.2</b>		Versión: I - 2011	Servicio: Psicología

## 2. Diagnóstico diferencial

El diagnóstico diferencial debe hacerse en relación a las otras alteraciones que aparecen en respuesta al estrés y debe considerarse la permanencia e intensidad de los síntomas, realizar una historia clínica detallada para distinguir elementos sintomáticos previos, delimitar las características de la personalidad de base y evaluar los antecedentes familiares. Se debe explorar la presencia de síntomas físicos.

Los principales cuadros con los que se debe diferenciar son los siguientes:

- Ψ Trastorno disociativo (de Conversión), si están presentes síntomas disociativos, síntomas graves o infrecuentes de presentación súbita.
- Ψ Depresión, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno somatomorfo, si los síntomas persisten de manera llamativa o evolucionan de manera negativa, durante más de un mes y existen síntomas de depresión, ansiedad, o somáticos respectivamente.

Este trastorno puede diagnosticarse conjuntamente con otro trastorno, únicamente si en este último no hay síntomas característicos de los que aparecen en la reacción estresante y debe existir la presencia del estresante de manera identificable

## VI. EXÁMENES AUXILIARES

Entre otros, podemos mencionar a los siguientes:

- Ψ Test de Personalidad: Inventario clínico multiaxial Millon II
- Ψ Test de Inteligencia
- Ψ Test de Organicidad
- Ψ Test de Valoración de la ansiedad:
  - Inventario de ansiedad rasgo estado (IDARE)
  - Escala de ansiedad de Zung
  - API (Anicama)
  - ICE Baron (Adaptación Nelly Ugarriza)

## VII. MANEJO SEGÚN NIVEL DE COMPLEJIDAD Y CAPACIDAD RESOLUTIVA

### 1. Medidas Generales y Preventivas.

En el primer y segundo nivel de atención, se privilegiarán las acciones preventivas promocionales orientadas a fortalecer los factores protectores frente a eventos estresores.

En el tercer nivel de atención en sus espacios hospitalarios la actividad psicoeducativa es importante para aclarar las dudas e interrogantes que tiene el paciente y su familia. Asimismo, acompañar en el proceso ya que las reacciones pueden variar a lo largo de los días, por lo que se recomienda evaluar diariamente a este tipo de pacientes.

### 2. Terapéutica.

El objetivo general del tratamiento es que la persona sea capaz de afrontar situaciones que le generaban ansiedad y dificultad para tomar decisiones, y así encontrar respuestas eficaces, buscando el control de las emociones de temor, impotencia o cólera asociados a los estresores.

ELABORADO POR SERVICIO:	REVISADO POR DEPARTAMENTO:	VIGENCIA
PSICOLOGIA	APOYO AL TRATAMIENTO	Noviembre 2011 Octubre 2013

 <b>PERÚ</b> Ministerio de Salud	HONADOMANI San Bartolomé	HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO "SAN BARTOLOME"	
GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE Dx: TRASTORNO DE ADAPTACION CON ESTADO DE ANIMO ANSIOSO		Departamento: Apoyo al Tratamiento	
CODIGO CIE 10: <b>F43.2</b>		Versión: I - 2011	Servicio: Psicología

Los procedimientos que se pueden utilizar para el tratamiento pueden ser las siguientes:

- Interrumpir y sustituir pensamientos que le causan malestar y generan ansiedad, usando tácticas distractoras que buscan que se reduzca la probabilidad que reaparezcan estas ideas y generar un espacio para la reestructuración cognitiva.
- Utilizar estrategias de exposición imaginal (por ejemplo; visualización, desensibilización sistemática) para que el paciente aprenda a afrontar temores.
- Uso de la terapia de relajación sistemática y respiración controlada.
- Otras técnicas de intervención con sustento científico

La mayoría de los pacientes que presentan trastornos de adaptación los superarán sin necesidad de medicación, aunque si existiera un gran componente de ansiedad o insomnio, podrá recurrirse a la misma, por periodos breves y con el control médico correspondiente.

### 3. Efectos adversos o colaterales del Tratamiento.

Cuando se empleen técnicas de relajación muscular progresiva es necesario cuidar la aparición de estados de hiperventilación y que el paciente no tenga dolencias cardiacas, afecciones en zonas de la columna vertebral o alguna contraindicación medica especifica; otra situación que requiere atención especial, son los estados de gestación.

En estos casos podría recurrirse a terapia de relajación imaginal.

La resistencia ante un tipo específico de terapia puede complicar el proceso terapéutico.

Es recomendable una evaluación permanente de la autoaplicación de las técnicas terapéuticas, qué hace el paciente fuera del sesión terapéutica, a fin de identificar variables intervinientes que pueden facilitar la aparición de eventos adversos o modificar los resultados esperados.

### 4. Signos de Alarma a ser tomados en cuenta

Se debe tener en cuenta el incremento de manifestaciones psicofisiológicas como la sudoración excesiva, tartamudeo y temblor de partes del cuerpo y evaluarlas para descartar efectos de algún déficit fisiológico.

Cuando se asocia a riesgo suicida o intentos suicidas, ya que puede complicarse el curso de la enfermedad en individuos que tienen patologías médicas, así como el incumplimiento terapéutico que puede generar ideas de culpa y frustración.

### 5. Criterios de alta.

- Ψ Reducción de temor ante situaciones que le generaban ansiedad
- Ψ Adaptación a situaciones nuevas y afrontamiento eficaz
- Ψ Control de respuestas psicofisiológicas
- Ψ Disminución de síntomas y manejo ante la presencia de éstos.
- Ψ Evaluación objetiva de los eventos que provocaron la ansiedad

ELABORADO POR SERVICIO:	REVISADO POR DEPARTAMENTO:	VIGENCIA
PSICOLOGIA	APOYO AL TRATAMIENTO	Noviembre 2011 Octubre 2013

 <b>PERÚ</b> Ministerio de Salud	HONADOMANI San Bartolomé	HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO "SAN BARTOLOME"	
GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE Dx: TRASTRNO DE ADAPTACION CON ESTADO DE ANIMO ANSIOSO		Departamento: Apoyo al Tratamiento	
CODIGO CIE 10: <b>F43.2</b>		Versión: I - 2011	Servicio: Psicología

## 6. Pronostico.

Es favorable si el tratamiento es oportuno. La mayoría de los pacientes retornan a su grado previo de funcionamiento en unos tres meses.

Los adolescentes suelen requerir más tiempo que los adultos para su recuperación y es frecuente que desarrollen trastornos del estado de ánimo o trastornos relacionados con el consumo de sustancias.

Cuando se asocia a una patología más severa como, por ejemplo, la depresión o a un trastorno de personalidad, puede esperarse cambios en el curso del pronóstico.

## VIII. COMPLICACIONES

Se debe evaluar periódicamente al paciente, estar alerta de reacciones secundarias u otro tipo de manifestaciones de ansiedad para que pueda asistir de nuevo a terapia para prevenir posibles recaídas.

Evaluar posibles trastornos de personalidad o de depresión asociados a la ansiedad para descartar posibles complicaciones a futuro.

## IX. CRITERIOS DE REFERENCIA Y CONTRA REFERENCIA

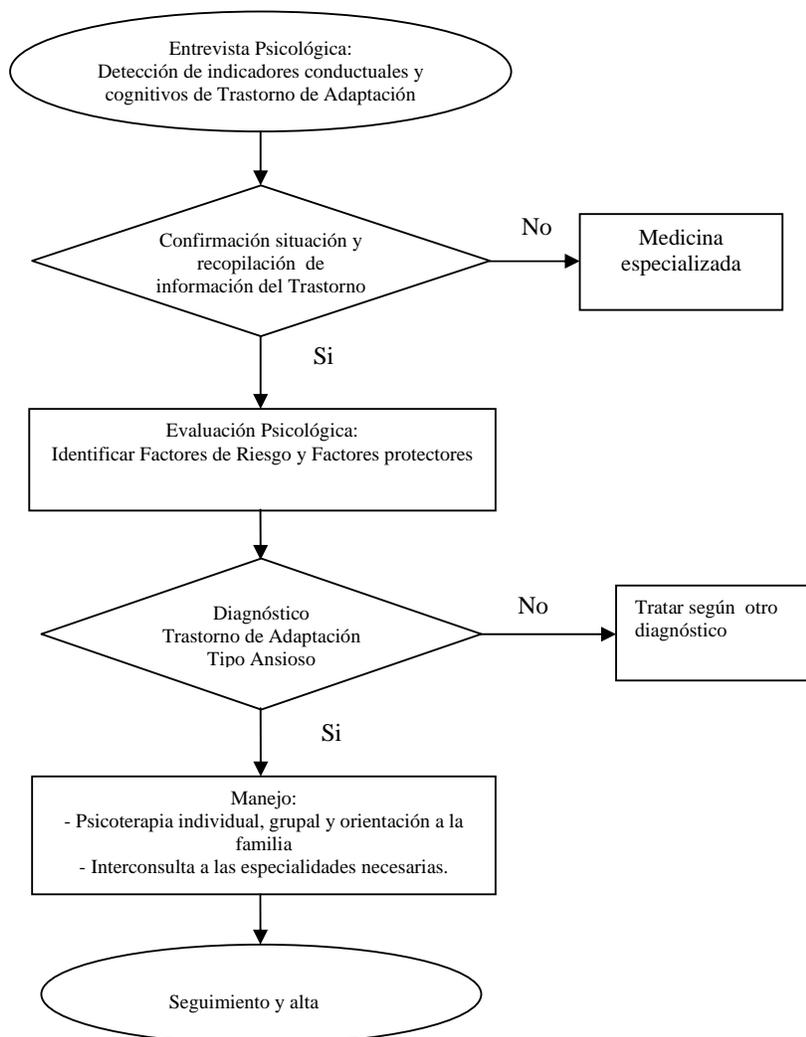
El paciente con complicaciones al tratamiento se referirá a un establecimiento especializado de alta complejidad resolutive.

Se realizará la Contrarreferencia del paciente a un establecimiento del primer nivel de atención cercano a su jurisdicción, cuando el paciente se encuentre estable y sus controles sean llevados allí

ELABORADO POR SERVICIO:	REVISADO POR DEPARTAMENTO:	VIGENCIA
PSICOLOGIA	APOYO AL TRATAMIENTO	Noviembre 2011 Octubre 2013

 <b>PERÚ</b> Ministerio de Salud	HONADOMANI San Bartolomé	HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO "SAN BARTOLOME"	
GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE Dx: TRASTRNO DE ADAPTACION CON ESTADO DE ANIMO ANSIOSO		Departamento: Apoyo al Tratamiento	
CODIGO CIE 10: <b>F43.2</b>	Versión: I - 2011		Servicio: Psicología

## X. FLUXOGRAMA / ALGORITMO



ELABORADO POR SERVICIO:	REVISADO POR DEPARTAMENTO:	VIGENCIA
PSICOLOGIA	APOYO AL TRATAMIENTO	Noviembre 2011 Octubre 2013

 <b>PERÚ</b> Ministerio de Salud	HONADOMANI San Bartolomé	HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO "SAN BARTOLOME"	
GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE Dx: TRASTORNO DE ADAPTACION CON ESTADO DE ANIMO ANSIOSO		Departamento: Apoyo al Tratamiento	
CODIGO CIE 10: <b>F43.2</b>		Versión: I - 2011	Servicio: Psicología

## XI. INDICADORES DE EVALUACION

N° de Pac con Dx Trastornos de Adaptación con Estado de Animo Ansioso tratados de acuerdo a Guía x 100  
 N° total de pacientes Diagnosticados con Trastornos de Adaptación con Estado de Animo Ansioso

## XII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

DSM – IV Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales Editorial Masson, 2000. Pag. 639 – 643

Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados: Décima revisión (CIE-10) Volumen 3 en CD-ROM, 1995.

Enciclopedia de psicología medica, Stephen Krauss. Editorial El Ateneo, 1981. Pag. 37 - 40

Diagnostico y tratamiento de los trastornos de ansiedad. Manual medico. Thomas McGlynn y Harry Metcalf

Psicopatología de los trastornos afectivos. Paykel E. S. Ediciones Pirámide, 1985. Pag. 106 -118

Psicopatologia general. Serafín Lemos Giraldez. Editorial Síntesis, 2000. Pag. 139 - 151

Técnicas cognitivas para el tratamiento del estrés. McKay Matthew, Davis Martha, Fanning Patrick. Ediciones Martínez Roca S.A. 1985. Pag. 59 –156

Resumen del estudio epidemiológico metropolitano en salud mental del año 2002 por el Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado – Hideyo Noguchi

ELABORADO POR SERVICIO:	REVISADO POR DEPARTAMENTO:	VIGENCIA
PSICOLOGIA	APOYO AL TRATAMIENTO	Noviembre 2011 Octubre2013



# **GUIA PRÁCTICA CLINICA**

**TRANSTORNO DE ADAPTACION CON ESTADO DE  
ANIMO DEPRESIVO**

 <b>PERÚ</b> Ministerio de Salud	HONADOMANI San Bartolomé	HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO "SAN BARTOLOME"	
GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE Dx: TRASTORNO DE ADAPTACION CON ESTADO DE ANIMO DEPRESIVO		Departamento: Apoyo al Tratamiento	
CODIGO CIE 10: <b>F43.2</b>	Versión : I - 2011		Servicio: Psicología

## I. NOMBRE Y CÓDIGO

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE Dx: TRASTORNO DE ADAPTACION CON ESTADO DE ANIMO DEPRESIVO F43.2

## II. DEFINICIÓN

### 1. Definición

El trastorno adaptativo depresivo es una reacción desadaptativa a corto plazo, en la que se produce una perturbación importante en el funcionamiento laboral o social del individuo o porque los síntomas o conductas están lejos de ser respuestas normales o esperables a este factor estresante. Surge desencadenado por un estresor claramente identificable que ha tenido lugar en las últimas semanas. La reacción se extingue al desaparecer el suceso desencadenante o por alcanzar el paciente un nuevo nivel adaptativo en su funcionamiento. Se trata de un estado de malestar subjetivo acompañado de un estado de ánimo deprimido, desesperanza y facilidad para el llanto. Debe distinguirse del trastorno depresivo mayor y del duelo no complicado

Los síntomas emocionales o conductuales pueden aparecer en respuesta a acontecimientos estresantes de la vida cotidiana; surgen durante los 3 meses siguientes a la presencia del factor estresante, son clínicamente significativos evidenciándose a partir del notable malestar que producen y que son superiores a lo esperado a la exposición del estímulo. También puede darse una perturbación significativa en el funcionamiento social, laboral o académico del individuo.

### 2. Población objetivo

Niños, Adolescentes y Adultos (incluye gestantes).

### 3. Etiología

El trastorno adaptativo es desencadenado por uno o más estresores. La complejidad del estresor donde se entremezcla el grado, cantidad, duración, reversibilidad, ambiente y contexto personal, no siempre es una variable predictiva de la gravedad del trastorno adaptativo. La estructura psicológica y física del individuo, normas culturales o de grupo, así como los valores personales, contribuyen a la emisión de respuestas desproporcionadas a un determinado factor. El estrésor puede ser un suceso único o continuo, múltiple o recurrente en diferentes épocas. En ocasiones puede estar proyectado a una comunidad afectando a una población como es el caso de los desastres o la discriminación social por condición racial, religiosa, etc. Pueden ser producto de cambios en los diferentes estadios del desarrollo (iniciar la escuela, dejar el hogar, casarse, entre otros).

#### 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.

#### Enfoque Psicodinámico:

Las características de personalidad, o la presencia de una patología orgánica pueden hacer que una persona sea vulnerable a un trastorno adaptativo. La vulnerabilidad también se asocia a la pérdida de un progenitor durante la infancia. El apoyo real o percibido de las

ELABORADO POR SERVICIO:	REVISADO POR DEPARTAMENTO:	VIGENCIA
PSICOLOGIA	APOYO AL TRATAMIENTO	Noviembre 2011 Octubre 2013

 <b>PERÚ</b> Ministerio de Salud	HONADOMANI San Bartolomé	HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO "SAN BARTOLOME"	
GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE Dx: TRASTRNO DE ADAPTACION CON ESTADO DE ANIMO DEPRESIVO		Departamento: Apoyo al Tratamiento	
CODIGO CIE 10: <b>F43.2</b>	Versión : I - 2011		Servicio: Psicología

relaciones significativas puede mediar las respuestas emocionales y conductuales al estrés.

Esencial para la comprensión del trastorno adaptativo es el entendimiento de tres factores: la naturaleza del factor de estrés, los significados conscientes o inconscientes del mismo y la vulnerabilidad preexistente del sujeto.

#### **Enfoque Cognitivo Conductual:**

Las percepciones e interpretaciones de los sucesos, o hechos, determina la respuesta del sujeto, sea esta adaptativa o desadaptativa. Estas últimas están en relación al significado que el individuo le otorgue que alimentarán la presencia cotidiana de los síntomas típicos. Es trascendental aprender a evaluar correctamente la situación, empleando la lógica y el sentido común para superar la condición presente.

#### **4. Psicofisiopatología**

Si bien el factor biológico no ha quedado plenamente demostrado en la etiología y mantenimiento del problema, se ha formulado que distintas circunstancias de naturaleza fisiológica pueden influir sobre los pacientes al modificarse aspectos neurofisiológico y bioquímicos 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. De todos modos, durante las tres últimas décadas se ha prestado una importante atención al estudio de los aspectos biológicos de la depresión, tales como:

La presencia de un patrón distintivo de síntomas y signos (alteraciones del sueño, apetito, disminución de la libido, entre otros) que sugieren que estos síntomas neurovegetativos pueden ser debidos a una alteración de la función en el cortex prefrontal, diencefalo, 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, reforzarían esta perspectiva.

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

#### **5. Aspectos epidemiológicos importantes.**

El trastorno adaptativo es uno de los diagnósticos más comunes en los pacientes hospitalizados por problemas médicos o quirúrgicos. Harold Kaplan refiere que el 5% de los ingresos en un hospital en el curso de un periodo de 3 años cumplieron criterios diagnósticos para el trastorno adaptativo, este trastorno se diagnosticó con mas frecuencia entre adolescentes, pero puede presentarse a cualquier edad. En un estudio realizado el 10% de la muestra sufría un trastorno adaptativo.

La proporción hombre-mujer era aproximadamente 2 a 1. Las mujeres solteras fueron las que presentaron mayor riesgo de sufrir este trastorno. Entre los adolescentes de ambos sexos los factores desencadenantes más comunes eran los problemas académicos, el rechazo parental, el divorcio de los padres y el abuso de sustancias. Entre los adultos los factores precipitantes más frecuentes fueron los problemas conyugales, el divorcio, el cambio de residencia y los problemas económicos.

ELABORADO POR SERVICIO:	REVISADO POR DEPARTAMENTO:	VIGENCIA
PSICOLOGIA	APOYO AL TRATAMIENTO	Noviembre 2011 Octubre 2013

 <b>PERÚ</b> Ministerio de Salud	HONADOMANI San Bartolomé	HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO "SAN BARTOLOME"	
GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE Dx: TRASTORNO DE ADAPTACION CON ESTADO DE ANIMO DEPRESIVO		Departamento: Apoyo al Tratamiento	
CODIGO CIE 10: <b>F43.2</b>		Versión : I - 2011	Servicio: Psicología

### III. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS

#### 1. Medio ambiente.

Se puede mencionar a los siguientes:

- Muerte del cónyuge o familiar cercano
- Separación marital o divorcio
- Encarcelamiento
- Lesión o enfermedad personal
- Expulsión del trabajo o jubilación
- Dificultades sexuales
- Cambio de estado financiero
- Logro personal notable
- Comienzo o final del colegio
- Cambio de domicilio, escuela, trabajo, etc.
- Cambio de actividades sociales
- Vacaciones
- Navidades u otras fechas significativas
- Cambio de hábitos alimenticios
- Desastres naturales
- Aislamiento social o débiles vínculos sociales

#### 2. Estilos de vida.

La aparición del trastorno adaptativo con síntomas depresivos como patología es un obstáculo para tener un estilo de vida equilibrado, ya que genera un estado alterado de tristeza y preocupación sin motivo, pues se considera que no tiene escapatoria de esta sensación y la vida gira alrededor de la tristeza, presentando dificultades en la concentración y sueño. Entre ellos destacan:

- Tendencia a establecer relaciones de pareja poco estables.
- Prejuicio para hacer uso de las redes sociales y comunitarias.
- Características personales que condicionan un estilo de vida con pocos o pobres vínculos sociales, tales como: Utilización limitada de habilidades de afrontamiento, interacciones mínimas por déficit en habilidades sociales, percibir los cambios como barreras, obstáculos, percibir pocas elecciones u opciones en la resolución de problemas, comportamiento pasivo/reactivo, actitudes pesimistas/fatalistas, auto imagen negativa, baja autoestima
- No tener claras metas ni propósitos en la vida
- Limitada utilización de recursos para la adaptación
- Aproximación a los problemas con una orientación hacia la crisis
- Búsqueda de estímulos que generan conductas de riesgo para la salud
- Conductas generadoras de estrés

#### 3. Factores hereditarios

Los factores genéticos posiblemente juegan un papel no despreciable en este tipo de trastorno. Por investigaciones se ha observado que en el caso de gemelos existe una tasa alta de concordancia diagnóstica, asimismo, se cree que existe un factor de vulnerabilidad en la mujer, pero cabe recalcar que se pueden presentar en cualquier edad y sexo. Pero no existen datos significativos para asegurar que puede ser hereditario.

Tipo de Temperamento del paciente asociado a cuadros depresivos.

ELABORADO POR SERVICIO:	REVISADO POR DEPARTAMENTO:	VIGENCIA
PSICOLOGIA	APOYO AL TRATAMIENTO	Noviembre 2011 Octubre 2013

 <b>PERÚ</b> Ministerio de Salud	HONADOMANI San Bartolomé	HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO "SAN BARTOLOME"	
GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE Dx: TRASTORNO DE ADAPTACION CON ESTADO DE ANIMO DEPRESIVO		Departamento: Apoyo al Tratamiento	
CODIGO CIE 10: <b>F43.2</b>		Versión : I - 2011	Servicio: Psicología

#### IV. CUADRO CLÍNICO

##### 1. Grupos de signos y síntomas

Las manifestaciones clínicas del trastorno de adaptación son muy variadas e incluyen: humor depresivo, ansiedad, preocupación (o una mezcla de todas ellas); sentimiento de incapacidad para afrontar los problemas, de planificar el futuro o de poder continuar en la situación presente y un cierto grado de deterioro del cómo se lleva a cabo la rutina diaria.

El paciente puede estar predispuesto a manifestaciones dramáticas o explosiones de violencia, las que por otra parte son raras. Sin embargo, trastornos disociales (por ejemplo, un comportamiento agresivo o antisocial) puede ser una característica sobreañadida, en particular en adolescentes. Ninguno de los síntomas es por sí solo de suficiente gravedad o importancia como para justificar un diagnóstico más específico. En los niños los fenómenos regresivos tales como volver a tener enuresis nocturna, utilizar un lenguaje infantil o chuparse el pulgar suelen formar parte del cortejo sintomático. Si predominan estas características debe recurrirse a F43.23.

##### 2. Indicar su interacción cronológica y características asociadas

El cuadro suele comenzar en el mes posterior a la presentación del cambio biográfico o del acontecimiento estresante y la duración de los síntomas rara vez excede los seis meses, excepto para el F43.21, reacción depresiva prolongada.

#### V. DIAGNÓSTICO

##### 1. Criterios de Diagnóstico

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 empático, seguro 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.

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.

ELABORADO POR SERVICIO:	REVISADO POR DEPARTAMENTO:	VIGENCIA
PSICOLOGIA	APOYO AL TRATAMIENTO	Noviembre 2011 Octubre 2013

 <b>PERÚ</b> Ministerio de Salud	HONADOMANI San Bartolomé	HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO "SAN BARTOLOME"	
GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE Dx: TRASTORNO DE ADAPTACION CON ESTADO DE ANIMO DEPRESIVO		Departamento: Apoyo al Tratamiento	
CODIGO CIE 10: <b>F43.2</b>		Versión : I - 2011	Servicio: Psicología

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.

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.

## 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 trastorno 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 posttraumático. Estos diagnósticos deberían cumplir sus criterios específicos en todos los casos, incluso aunque estuviese presente un factor o grupo de factores de estrés que sirviesen de desencadenantes. Sin embargo algunos pacientes cumplen los criterios tanto para el trastorno adaptativo como para el trastorno de personalidad.

## VI. EXÁMENES AUXILIARES

Los Instrumentos de evaluación deben explorar aspectos como la depresión, personalidad, mecanismos de afrontamiento, cogniciones y estilo de vida. Entre ellos podemos mencionar a los siguientes:

- Ψ Test de Personalidad:
  - 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).
  - Test de Figura Humana de Karen Machover, para conocer a nivel proyectivo sus principales rasgos de personalidad.
  - Inventario Caracterológico de Eysenck o Gaston Berger para conocer la estructura temperamental y el nivel de Neuroticismo del paciente
- Ψ Test de Inteligencia
- Ψ Test de Organicidad
- Ψ Test de Valoración de la Depresión:
  - Escala de Ansiedad Estado Rasgo.
  - Inventario de Depresión de Beck.
  - Escala de Riesgo Suicida.

ELABORADO POR SERVICIO:	REVISADO POR DEPARTAMENTO:	VIGENCIA
PSICOLOGIA	APOYO AL TRATAMIENTO	Noviembre 2011 Octubre 2013

 <b>PERÚ</b> Ministerio de Salud	HONADOMANI San Bartolomé	HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO "SAN BARTOLOME"	
GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE Dx: TRASTORNO DE ADAPTACION CON ESTADO DE ANIMO DEPRESIVO		Departamento: Apoyo al Tratamiento	
CODIGO CIE 10: <b>F43.2</b>		Versión : I - 2011	Servicio: Psicología

Ψ Entre otros podemos mencionar:

- Test de Completamiento de Frases Incompletas de Sacks. Para conocer sus actitudes y experiencias en las diferentes áreas de la vida del paciente.

## VII. MANEJO SEGÚN NIVEL DE COMPLEJIDAD Y CAPACIDAD RESOLUTIVA

### 1. Medidas Generales y Preventivas.

En el primer y segundo nivel de atención, se privilegiarán las acciones preventivas promocionales orientadas a fortalecer los factores protectores frente a eventos estresores.

En el tercer nivel de atención en sus espacios hospitalarios la actividad psicoeducativa es importante para aclarar las dudas e interrogantes que tiene el paciente y su familia. Asimismo, acompañar en el proceso ya que las reacciones pueden variar a lo largo de los días, por lo que se recomienda evaluar diariamente a este tipo de pacientes.

### 2. Terapéutica.

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 más comúnmente utilizadas en la actualidad.

#### a) 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.

#### b) 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.

ELABORADO POR SERVICIO:	REVISADO POR DEPARTAMENTO:	VIGENCIA
PSICOLOGIA	APOYO AL TRATAMIENTO	Noviembre 2011 Octubre 2013

 <b>PERÚ</b> Ministerio de Salud	HONADOMANI San Bartolomé	HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO "SAN BARTOLOME"	
GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE Dx: TRASTRNO DE ADAPTACION CON ESTADO DE ANIMO DEPRESIVO		Departamento: Apoyo al Tratamiento	
CODIGO CIE 10: <b>F43.2</b>		Versión : I - 2011	Servicio: Psicología

### c) 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

### d) 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 guiado 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.

### e) 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.

ELABORADO POR SERVICIO:	REVISADO POR DEPARTAMENTO:	VIGENCIA
PSICOLOGIA	APOYO AL TRATAMIENTO	Noviembre 2011 Octubre 2013

 <b>PERÚ</b> Ministerio de Salud	HONADOMANI San Bartolomé	HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO "SAN BARTOLOME"	
GUÍA DE PRÁCTICA CLINICA DE Dx: TRASTRNO DE ADAPTACION CON ESTADO DE ANIMO DEPRESIVO		Departamento: Apoyo al Tratamiento	
CODIGO CIE 10: <b>F43.2</b>		Versión : I - 2011	Servicio: Psicología

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

#### f) 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 autodisuelva 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.

### 3. Efectos adversos o colaterales del Tratamiento.

Cuando se empleen técnicas de relajación muscular progresiva es necesario cuidar la aparición de estados de hiperventilación y que el paciente no tenga dolencias cardíacas, afecciones en zonas de la columna vertebral o alguna contraindicación médica específica; otra situación que requiere atención especial, son los estados de gestación.

La resistencia ante un tipo específico de terapia puede complicar el proceso terapéutico.

Es recomendable una evaluación permanente de la autoaplicación de las técnicas terapéuticas, qué hace el paciente fuera de la sesión terapéutica, a fin de identificar variables intervinientes que pueden facilitar la aparición de eventos adversos o modificar los resultados esperados.

### 4. Signos de Alarma a ser tomados en cuenta

Cuando se asocia a riesgo suicida o intentos suicidas, ya que puede complicarse el curso de la enfermedad en individuos que tienen patologías médicas, así como el incumplimiento terapéutico que puede generar ideas de culpa y frustración.

ELABORADO POR SERVICIO:	REVISADO POR DEPARTAMENTO:	VIGENCIA
PSICOLOGIA	APOYO AL TRATAMIENTO	Noviembre 2011 Octubre 2013

 <b>PERÚ</b> Ministerio de Salud	HONADOMANI San Bartolomé	HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO "SAN BARTOLOME"	
GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE Dx: TRASTRNO DE ADAPTACION CON ESTADO DE ANIMO DEPRESIVO		Departamento: Apoyo al Tratamiento	
CODIGO CIE 10: <b>F43.2</b>	Versión : I - 2011		Servicio: Psicología

### 5. Criterios de alta.

- Ψ Reducción de temor ante situaciones que le generaban estados de ánimo depresivo.
- Ψ Adaptación a situaciones nuevas y afrontamiento eficaz
- Ψ Control de respuestas psicofisiológicas
- Ψ Disminución de síntomas y manejo ante la presencia de éstos.
- Ψ Evaluación objetiva de los eventos que provocaron estados de ánimo depresivos.

### 6. Pronostico.

Es favorable si el tratamiento es oportuno. La mayoría de los pacientes retornan a su grado previo de funcionamiento en unos tres meses.

Los adolescentes suelen requerir más tiempo que los adultos para su recuperación y es frecuente que desarrollen trastornos del estado de ánimo o trastornos relacionados con el consumo de sustancias.

Cuando se asocia a una patología más severa como, por ejemplo a un trastorno de personalidad puede esperarse cambios en el curso del pronóstico.

## VIII. COMPLICACIONES

Se debe evaluar periódicamente al paciente, estar alerta de reacciones secundarias u otro tipo de manifestaciones referentes a los niveles de depresión para que pueda asistir de nuevo a terapia para prevenir posibles recaídas.

Evaluar posibles trastornos de personalidad o de depresión asociados a la ansiedad para descartar posibles complicaciones a futuro.

## IX. CRITERIOS DE REFERENCIA Y CONTRA REFERENCIA

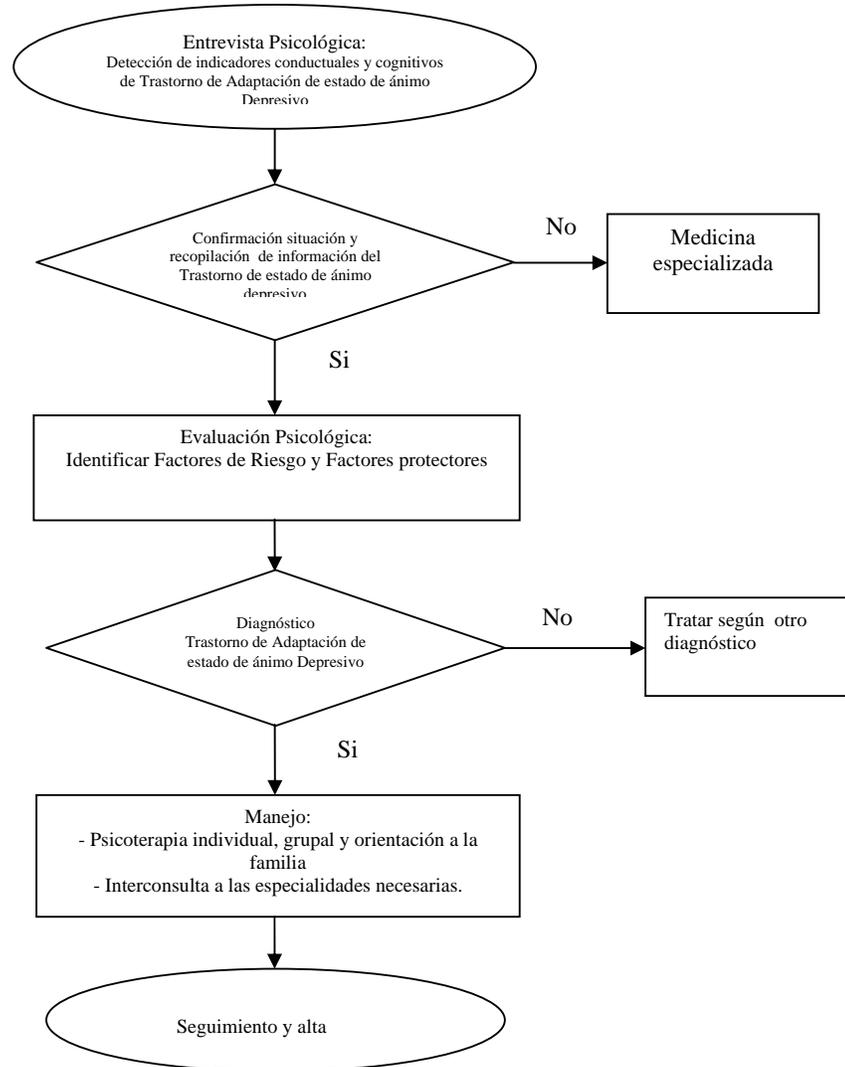
El paciente con complicaciones al tratamiento se referirá a un establecimiento especializado de alta complejidad resolutive.

Se realizará la Contrarreferencia del paciente a un establecimiento del primer nivel de atención cercano a su jurisdicción, cuando el paciente se encuentre estable y sus controles sean llevados allí

ELABORADO POR SERVICIO:	REVISADO POR DEPARTAMENTO:	VIGENCIA
PSICOLOGIA	APOYO AL TRATAMIENTO	Noviembre 2011 Octubre 2013

 <b>PERÚ</b> Ministerio de Salud	HONADOMANI San Bartolomé	<b>HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO "SAN BARTOLOME"</b>	
GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE Dx: TRASTRNO DE ADAPTACION CON ESTADO DE ANIMO DEPRESIVO		Departamento: Apoyo al Tratamiento	
CODIGO CIE 10: <b>F43.2</b>		Versión : I - 2011	Servicio: Psicología

## X. FLUXOGRAMA / ALGORITMO



ELABORADO POR SERVICIO:	REVISADO POR DEPARTAMENTO:	VIGENCIA
PSICOLOGIA	APOYO AL TRATAMIENTO	Noviembre 2011 Octubre 2013

 <b>PERÚ</b> Ministerio de Salud	HONADOMANI San Bartolomé	HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO "SAN BARTOLOME"	
GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE Dx: TRASTRNO DE ADAPTACION CON ESTADO DE ANIMO DEPRESIVO		Departamento: Apoyo al Tratamiento	
CODIGO CIE 10: <b>F43.2</b>		Versión : I - 2011	Servicio: Psicología

## XI. INDICADORES DE EVALUACION

**N° de Pac con Dx Trastorno de Adaptación con Estado de Animo Depresivo tratados de acuerdo a Guía x 100**  
**N° total de pacientes Diagnosticados con Trastorno de Adaptación con Estado de Animo Depresivo**

## XII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Harold I. Kaplan (1996) Sinopsis de Psiquiatría, Buenos aires, Editorial medica panamericana.

Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM IV (1995), Barcelona, Masson S.A.

Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM III-R , Barcelona, Masson S.A.

J. Vallejo Ruiloba (1998) Introducción a la psicopatología y la psiquiatría, Barcelona, Masson S.A., 4ta edición.

Amparo Belloch (1995) Manual de psicopatología, Madrid, Editora Isabel Capella.

Clasificación internacional de enfermedades CIE 10 (1992) Madrid, Técnicas graficas FORMA S.A.

Aaron Beck- A John Rush (1983) Terapia Cognitiva de la Depresión . Editorial DESCLEE de BROWER, S.A. Bilbao.

ELABORADO POR SERVICIO:	REVISADO POR DEPARTAMENTO:	VIGENCIA
PSICOLOGIA	APOYO AL TRATAMIENTO	Noviembre 2011 Octubre 2013



# **GUIA PRÁCTICA CLINICA**

**OTROS TRASTORNOS MIXTOS DE ANSIEDAD**

 <b>PERÚ</b> Ministerio de Salud	HONADOMANI San Bartolomé	HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO "SAN BARTOLOME"	
GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE Dx: OTROS TRASTORNOS MIXTOS DE ANSIEDAD		Departamento: Apoyo al Tratamiento	
CODIGO CIE 10: <b>F41.3</b>	Versión: I - 2011		Servicio: Psicología

## I. NOMBRE Y CÓDIGO

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE Dx: OTROS TRASTORNOS MIXTOS DE ANSIEDAD  
F41.3

## II. DEFINICIÓN

### 1. Definición

La **ansiedad** (del latín *anxietas*, 'angustia, aflicción') es una respuesta emocional o conjunto de respuestas que engloba: aspectos subjetivos o cognitivos de carácter displacentero, aspectos corporales o fisiológicos caracterizados por un alto grado de activación del sistema periférico, aspectos observables o motores que suelen implicar comportamientos poco ajustados y escasamente adaptativos

Los síntomas de ansiedad son muy diversos y tal vez los más comunes consistan en hiperactividad vegetativa, que se manifiesta con taquicardia, taquipnea, midriasis, sensación de ahogo, temblores en las extremidades, sensación de pérdida de control o del conocimiento, transpiración, náusea, rigidez muscular, debilidad muscular, insomnio, inquietud motora, dificultades para la comunicación, pensamientos negativos y obsesivos, etc. La ansiedad se puede manifestar de tres formas diferentes: a través de síntomas fisiológicos, cognitivos y conductuales. Éstos hacen referencia a tres niveles distintos, los cuales pueden influirse unos en otros, es decir, los síntomas cognitivos pueden exacerbar los síntomas fisiológicos y éstos a su vez disparar los síntomas conductuales

### 2. Población objetivo

Población infantil, adolescente, y adulta .

### 3. Etiología

Los trastornos de ansiedad pueden desencadenarse por una variedad de factores, incluidos las experiencias de vida y los rasgos psicológicos. Específicamente, el aumento del estrés y los mecanismos inadecuados de afrontamiento de situaciones adversas pueden contribuir a la ansiedad. Los antecedentes familiares y la genética también se han implicado en la etiología de los trastornos de ansiedad.

Estudios muestran que hay un vínculo entre trastornos de ansiedad y áreas específicas del cerebro , y que un desequilibrio en determinados neurotransmisores cerebrales que regulan la ansiedad, como noradrenalina, serotonina y ácido gamma aminobutírico (GABA), pueden contribuir a los síntomas de la enfermedad.

### 4. Psicofisiopatología

Los síntomas de ansiedad Ante una situación de alerta, el organismo pone a funcionar el sistema adrenérgico. Por ejemplo, cuando el organismo considera necesario alimentarse, este sistema entra en funcionamiento y libera señales de alerta a todo el sistema nervioso central.

Cuando se detecta una fuente de alimento para la cual se requiere actividad física, se disparan los mecanismos que liberan adrenalina, y se fuerza a todo el organismo a aportar energías de reserva para la consecución de una fuente energética muy superior a la que se está invirtiendo para conseguirla y que normalizará los valores que han disparado esa "alerta amarilla". En esos momentos el organismo, gracias a la adrenalina, pasa a un estado de "alerta roja".

El sistema dopaminérgico también se activa cuando el organismo considera que va a perder un bien preciado. En esta situación, el organismo entra en alerta amarilla ante la posibilidad de la existencia de una amenaza, que no es lo mismo que cuando la amenaza pasa a ser real, pues en ese caso lo que se libera es adrenalina.

ELABORADO POR SERVICIO:	REVISADO POR DEPARTAMENTO:	VIGENCIA
PSICOLOGIA	APOYO AL TRATAMIENTO	Noviembre 2011 Octubre 2013 1

 <b>PERÚ</b> Ministerio de Salud	HONADOMANI San Bartolomé	HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO "SAN BARTOLOME"	
GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE Dx: OTROS TRASTORNOS MIXTOS DE ANSIEDAD		Departamento: Apoyo al Tratamiento	
CODIGO CIE 10: <b>F41.3</b>	Versión: I - 2011		Servicio: Psicología

Desde este punto de vista, la ansiedad se considera una señal positiva, de salud, que ayuda en la vida cotidiana, siempre que sea una reacción frente a determinadas situaciones que tengan su cadena de sucesos de forma correlativa: alerta amarilla, alerta roja y consecución del objetivo. Si la cadena se rompe en algún momento y esas situaciones se presentan con asiduidad, entonces el organismo corre el riesgo de intoxicarse por dopaminas o por otras catecolaminas. Esas situaciones ayudan al organismo a resolver peligros o problemas puntuales de la vida cotidiana

### 5. Aspectos epidemiológicos importantes.

Según el estudio epidemiológico metropolitano en salud mental del año 2002 efectuado por el Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado – Hideyo Noguchi se observa que la prevalencia de vida de los trastornos de ansiedad en general es de 25.3% mientras que en los varones es de 20.3% y en mujeres es de 30.1%.

La prevalencia de trastornos según grupos etáreos obtuvo los siguientes resultados: A partir de 18 a 24 años fue de 16.6 %, desde los 25 a 44 años es de 14.2 %, mientras que de 45 a 64 años es de 15.1 % y desde los 65 a mas es de 9.8%

## III. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS

### 1.- Género

Las mujeres tienen dos veces mayor riesgo de desarrollar trastorno de ansiedad que los hombres. Razones para esto incluyen factores hormonales, expectativas culturales (cuidar las necesidades de otras personas en casa, en la comunidad, y en el trabajo), y mayor voluntad para visitar a los médicos y hablar acerca de su ansiedad.

### 2.- Historial Familiar

Los trastornos de ansiedad tienden a encontrarse en familias. Esto podría ser a causa de dinámicas familiares, como el no lograr aprender habilidades efectivas para enfrentar problemas, comportamientos sobre-protectores, abuso, y violencia.

### 3.- Factor Genético

Aproximadamente uno de cada cuatro (25%) parientes de primer grado con trastorno de ansiedad general serán afectados.

### 4.- Abuso de Sustancias

El abuso de nicotina, alcohol, marihuana, y cocaína puede incrementar el riesgo de trastorno de ansiedad general.

### 5.- Condiciones Médicas

Los pacientes con quejas físicas inexplicadas, síndrome del intestino irritable, migraña, o condiciones de dolor crónico tienen un riesgo más alto de trastorno de ansiedad general.

### 6.- Factores Socioeconómicos y Étnicos

Miembros de grupos minoritarios pobres, particularmente inmigrantes, tienden a tener un riesgo más alto de desarrollar trastorno de ansiedad generalizada. Esto podría ser a causa de problemas para ajustarse a una nueva cultura, sentimientos de inferioridad, alienación, y pérdida de fuertes lazos familiares.

### 7.- Depresión

El trastorno de ansiedad generalizada con frecuencia ocurre al mismo tiempo que la **depresión**, particularmente depresión mayor o **distimia** (depresión crónica leve). Los adolescentes con depresión parecen estar particularmente en riesgo de desarrollar trastorno de ansiedad generalizada en la adultez.

ELABORADO POR SERVICIO:	REVISADO POR DEPARTAMENTO:	VIGENCIA
PSICOLOGIA	APOYO AL TRATAMIENTO	Noviembre 2011 Octubre 2013 2

 <b>PERÚ</b> Ministerio de Salud	HONADOMANI San Bartolomé	HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO "SAN BARTOLOME"	
GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE Dx: OTROS TRASTORNOS MIXTOS DE ANSIEDAD			Departamento: Apoyo al Tratamiento
CODIGO CIE 10: <b>F41.3</b>		Versión: I - 2011	Servicio: Psicología

### 8.-Factores Ambientales

La aparición inicial del trastorno de ansiedad generalizada con frecuencia sigue a un evento altamente estresante, como la pérdida de un ser amado, pérdida de una relación importante, la pérdida de un empleo, o ser víctima de un crimen

## IV. CUADRO CLÍNICO

### 1. Grupos de signos y síntomas

La característica principal de este trastorno es una ansiedad generalizada y persistente, que no esta limitada y ni siquiera predomina en ninguna circunstancia ambiental en particular.

Los Síntomas predominantes son quejas de sentirse nervioso, con temblores, tensión muscular, sudoración, mareos, palpitaciones, vértigos y molestias epigástricas. A menudo se ponen de manifiesto temores a que uno mismo o un familiar presente una enfermedad o accidente, junto con otras preocupaciones y presentimientos muy diversos. Este trastorno es mas frecuente en mujeres y esta a menudo relacionado con stress ambiental crónico, su cursó es variable, de poco duración.

### 2. Indicar su interacción cronológica y características asociadas

Se determinará de acuerdo a los síntomas sin embargo son de corta duración.

## V. DIAGNÓSTICO

### 1. Criterios de diagnóstico

- A. La aparición de síntomas emocionales o comportamentales en respuesta a un estresor identificable tiene lugar dentro de los 3 meses siguientes a la presencia del estresor.
- B. Estos síntomas o comportamientos se expresan, clínicamente del siguiente modo:
  - 1. Malestar mayor de lo esperable en respuesta al estresante
  - 2. Deterioro significativo de la actividad social o laboral (o académica)
- C. La alteración relacionada con el estrés no cumple los criterios para otro trastorno específico y no constituye una simple exacerbación de un trastorno preexistente.
- D. Los síntomas no responden a una reacción de duelo.
- E. Una vez ha cesado el estresante (o sus consecuencias), los síntomas no persisten más de 6 meses.  
El afectado debe tener síntomas de ansiedad la mayor parte de los días durante varias semanas seguidas. Entre ellos deben estar presentar rasgos de: Aprensión, tensión muscular y hiperactividad vegetativa.

### b) Clínicos

**Evaluación.-** En el presente trastorno se evalúan las áreas de inteligencia, personalidad y organicidad, utilizando Técnicas e instrumentos científicamente validados.

- a.- La Entrevista y observación que permite la manifestación de los síntomas y la observación de los signos.

ELABORADO POR SERVICIO:	REVISADO POR DEPARTAMENTO:	VIGENCIA
PSICOLOGIA	APOYO AL TRATAMIENTO	Noviembre 2011 Octubre 2013 3

 <b>PERÚ</b> Ministerio de Salud	HONADOMANI San Bartolomé	HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO "SAN BARTOLOME"	
GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE Dx: OTROS TRASTORNOS MIXTOS DE ANSIEDAD			Departamento: Apoyo al Tratamiento
CODIGO CIE 10: <b>F41.3</b>		Versión: I - 2011	Servicio: Psicología

b.-La Historia Clínica Psicológica nos da la información de los hechos relacionados con el inicio y evolución del cuadro clínico y todos los factores que interactúan en el desarrollo del mismo.

## 2. Diagnóstico diferencial

- F33.0 Trastornos Depresivo recurrente
- F45.8 Otros Trastornos Somatoformos.
- F60.7 Trastornos de Personalidad dependientes
- F60.7 Trastornos de Personalidad Histriónico

## VI. EXÁMENES AUXILIARES

- ✓ Test de Personalidad: Inventario clínico multiaxial Millon II
- ✓ Test de Inteligencia
- ✓ Test de Organicidad: Benton y Bender.
- ✓ Test de Valoración de la ansiedad:
  - Inventario de ansiedad rasgo /estado (STAI)
  - Escala de ansiedad de Zung
  - API (Anicama)
  - ICE Baron (Adaptación Nelly Ugarriza)
  - Escala de ansiedad de Hamilton.
- ✓ Test proyectivos:
  - Test de familia,
  - Test de Dibujo Libre
  - Test de la Figura Humana Machover
  - Test del Hombre bajo la lluvia

## VII. MANEJO SEGÚN NIVEL DE COMPLEJIDAD Y CAPACIDAD RESOLUTIVA

### 1. Medidas Generales y Preventivas.

Establecer cronograma de actividades educativas con los pacientes que acuden al servicio de psicología para la prevención de otros trastornos mixtos de ansiedad.

### 2. Terapéutica.

- a) Terapia cognitiva-conductual.- Orientada a modificar los esquemas mal adaptativos que sostienen la dependencia e inseguridad del paciente.
- b) Terapia Racional Emotiva.- Orientada a modificar los diferentes tipos de pensamientos adversos que sostienen el esquema mental del individuo.
- b) Desensibilización Sistemática.- En el caso de temores o miedos de personas extrañas, situaciones y objetos.
- c) Terapia de Relajación.- En caso que el niño y adolescente presenten síntomas muy marcados de ansiedad.
- d) Participación en dinámicas familiares grupales o psicoterapia familiar, que favorezcan la interacción adecuada con su entorno.

### 3. Efectos adversos o colaterales del Tratamiento.

Tratamiento Farmacológico

ELABORADO POR SERVICIO:	REVISADO POR DEPARTAMENTO:	VIGENCIA
PSICOLOGIA	APOYO AL TRATAMIENTO	Noviembre 2011 Octubre 2013 4

 <b>PERÚ</b> Ministerio de Salud	HONADOMANI San Bartolomé	HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO "SAN BARTOLOME"	
GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE Dx: OTROS TRASTORNOS MIXTOS DE ANSIEDAD		Departamento: Apoyo al Tratamiento	
CODIGO CIE 10: <b>F41.3</b>	Versión: I - 2011		Servicio: Psicología

**4. Signos de Alarma a ser tomados en cuenta**

Los nombrados en síntomas y signos.

**5. Criterios de alta.**

Cuando durante el periodo de latencia van disminuyendo los síntomas hasta llegar a la extinción.

**6. Hospitalización.**

Cuando están presentes los signos de alarma y complicaciones.

**7. Pronostico.**

Favorable si el entorno familiar, personal contribuye con las recomendaciones del tratamiento y recuperación del paciente.

**VIII. COMPLICACIONES**

Los otros trastornos mixtos de ansiedad afectan la manera en que uno piensa y siente. Los síntomas pueden ser muy severos y en la mayoría de los casos no desaparecen por si solos.

**IX. CRITERIOS DE REFERENCIA Y CONTRA REFERENCIA**

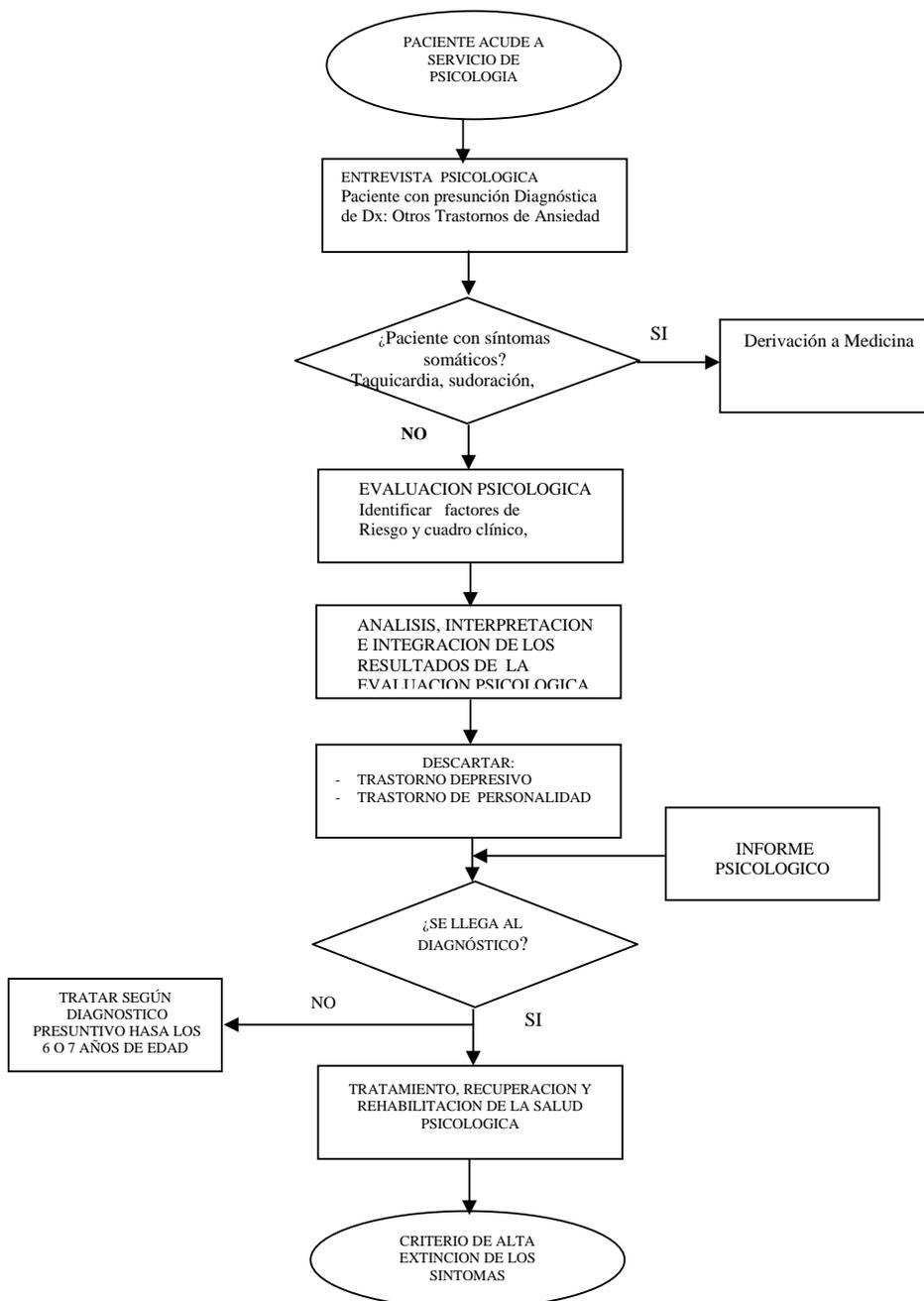
El paciente con complicaciones al tratamiento se referirá a un establecimiento especializado de alta complejidad resolutive.

Se realizará la Contrarreferencia del paciente a un establecimiento del primer nivel de atención cercano a su jurisdicción, cuando el paciente se encuentre estable y sus controles sean llevados allí.

ELABORADO POR SERVICIO:	REVISADO POR DEPARTAMENTO:	VIGENCIA
PSICOLOGIA	APOYO AL TRATAMIENTO	Noviembre 2011 Octubre 2013 5

 <b>PERÚ</b> Ministerio de Salud	HONADOMANI San Bartolomé	HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO "SAN BARTOLOME"	
GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE Dx: OTROS TRASTORNOS MIXTOS DE ANSIEDAD		Departamento: Apoyo al Tratamiento	
CODIGO CIE 10: <b>F41.3</b>		Versión: I - 2011	
		Servicio: Psicología	

## X. FLUXOGRAMA / ALGORITMO



ELABORADO POR SERVICIO:	REVISADO POR DEPARTAMENTO:	VIGENCIA
PSICOLOGIA	APOYO AL TRATAMIENTO	Noviembre 2011 Octubre 2013 6

 <b>PERÚ</b> Ministerio de Salud	HONADOMANI San Bartolomé	HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO "SAN BARTOLOME"	
GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE Dx: OTROS TRASTORNOS MIXTOS DE ANSIEDAD		Departamento: Apoyo al Tratamiento	
CODIGO CIE 10: <b>F41.3</b>	Versión: I - 2011		Servicio: Psicología

## XI. INDICADORES DE EVALUACION

**N° de Pac. con Dx Otros Trastornos Mixtos de Ansiedad tratados de acuerdo a Guía x 100**  
**N° total de pacientes Diagnosticados con Otros Trastornos Mixtos de Ansiedad**

## XII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Diagnostico y tratamiento de los trastornos de ansiedad. Manual medico. Thomas Mc Glynn y Harry Metcalf
2. Psicopatología de los trastornos afectivos. Paykel E. S. Ediciones Pirámide, 1985. Pag. 106 -118
3. Psicopatologia general. Serafín Lemos Giraldez. Editorial Síntesis, 2000. Pag. 139 - 151
4. Técnicas cognitivas para el tratamiento del estrés. McKay Matthew, Davis Martha, Fanning Patrick. Ediciones Martínez Roca S.A. 1985. Pag. 59 –156
- 5.- Estudio Epidemiológico de Salud Mental de la Sierra Peruana. H. Delgado – H. Noguchi. 2003 Editorial. ED. Especial de anales de Salud Mental 2004. Lima – Perú.
- 6.- CIE-10 Trastornos mentales y del comportamiento. Versión – 1993. Internet. Biblioteca Consulta PSI.com
- 7.- Articulo sobre Ansiedad de Benites Moreno y Colaboradores .  
[www.semergen.es/semergen/microsites/.../ansiedad/ansiedad.pdf](http://www.semergen.es/semergen/microsites/.../ansiedad/ansiedad.pdf).
- 8.- Lobo, A, Campos R. Los Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria de Salud. EMISA MADRID 1997 V1 88-95

ELABORADO POR SERVICIO:	REVISADO POR DEPARTAMENTO:	VIGENCIA
PSICOLOGIA	APOYO AL TRATAMIENTO	Noviembre 2011 Octubre 2013 7



# **GUIA PRÁCTICA CLINICA**

**TRASTORNOS MIXTO DE ANSIOSO DEPRESIVO**

	HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO "SAN BARTOLOME"	HONADOMANI "SAN BARTOLOME"
GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DEL TRASTORNO MIXTO ANSIOSO - DEPRESIVO		Departamento: Apoyo al Tratamiento
Código CIE - 10: F41.2	VERSION : 1 - 2011	Servicio: Psicología

## I. NOMBRE Y CÓDIGO

Trastorno Mixto Ansioso Depresivo (F41.2)

## II. DEFINICIÓN

### 1. Definición de la patología

El término Trastorno Mixto Ansioso Depresivo a pesar de presentarse con extrema frecuencia en la clínica diaria, no ha sido reconocido como tal en las clasificaciones internacionales actuales de los trastornos mentales sino hasta la última clasificación de la OMS (CIE-10) en su décima revisión y se halla en el apéndice del DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994) como objeto de estudio en la actualidad.

En esta categoría están presentes síntomas de ansiedad y de depresión, pero ninguno de ellos predomina claramente ni tiene la intensidad suficiente como para justificar un diagnóstico por separado. Cuando ambas series de síntomas, depresivos y ansiosos, estén presentes y sean tan graves como para justificar un diagnóstico individual deben recogerse ambos trastornos y no deberá usarse esta categoría. Si por razones prácticas de codificación, solo puede hacerse un diagnóstico debe darse prioridad al de depresión. No debe utilizarse esta categoría si solo aparecen preocupaciones respecto a síntomas vegetativos. Si los síntomas que satisfacen las pautas de este trastorno se presentan estrechamente relacionadas con cambios biográficos específicos significativos o acontecimientos vitales estresantes, debe de utilizarse la categoría trastornos de adaptación con ansiedad y depresión (f 43.2) u otro trastorno mixtos de ansiedad (f 41.3)

### 2. Población objetivo

Mujeres mayores de 16 años.

### 3. Etiología

En cuanto a la etiopatogenia del trastorno mixto ansioso depresivo es una patología multifactorial, se han identificado factores genéticos, biológicos, psicológicos y sociales. Así, por ejemplo, se ha observado la existencia de una agregación familiar de este trastorno, aunque no existe ningún mecanismo que se haya identificado como factor genético único. Entre las alteraciones neurobioquímicas existentes observamos la alteración de algunos de los neurotransmisores. En cuanto a su distribución por sexos, ambos trastornos son más frecuentes en mujeres, sin diferencias étnicas.

Existen dos modelos etiopatogénicos que resumimos a continuación. Por un lado, el modelo que defiende que los síntomas de ansiedad podrían ser secundarios a los depresivos:

ELABORADO POR SERVICIO:	REVISADO POR DEPARTAMENTO:	VIGENCIA
PSICOLOGIA	APOYO AL TRATAMIENTO	Noviembre 2011 Octubre 2013

	HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO "SAN BARTOLOME"	HONADOMANI "SAN BARTOLOME"
GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DEL TRASTORNO MIXTO ANSIOSO - DEPRESIVO		Departamento: Apoyo al Tratamiento
Código CIE - 10: F41.2	VERSION : 1 - 2011	Servicio: Psicología

- 1) Las modificaciones sobre los sistemas de neurotransmisión que causan la depresión son las responsables de la aparición de síntomas ansiosos presentes en la mayoría de pacientes. La causa de la depresión podría ser genética, ambiental o una combinación de ambas.
- 2) En otras ocasiones no es fácil saber si la existencia de un cuadro de ansiedad generalizada a largo plazo trae como consecuencia un trastorno depresivo aunque existen modelos experimentales en animales, sometidos a estrés de forma artificial en el laboratorio, que parecen confirmar este punto.

Dentro de esta teoría etiopatogénica de las depresiones, parece que el estrés y la insatisfacción crónica, las dificultades de vida permanentes no necesariamente muy severas pero que superan la capacidad de adaptación del individuo, son capaces de provocar cuadros depresivos acompañados de síntomas de ansiedad en personas predispuestas. Estos sucesos desencadenantes, si se mantienen constantes durante periodos largos en la vida de las personas, terminan ocasionando modificaciones neuroquímicas y endocrinológicas que a través de conexiones cerebrales y alteraciones en la terminal sináptica son capaces de alterar todo del proceso de neurotransmisión normal originando síntomas depresivos. No olvidemos que cada sentimiento, cada emoción y cada vivencia necesitan del funcionamiento correcto de todo el entramado biológico y neuroquímico localizado en partes significativas del cerebro humano (sistema límbico y corteza cerebral fundamentalmente) para poder desarrollarse con normalidad. La alteración de neurotransmisores como serotonina, dopamina y noradrenalina (entre otros muchos implicados en esta patología) dan lugar a los síntomas. La corrección de estas alteraciones sinápticas a través de psicofármacos conducen a la mejoría clínica en diversos grados. Otras veces los cambios conseguidos por el paciente a través de psicoterapia en su forma de vida, la permanencia o no del estrés y sus mecanismos de afrontamiento pueden conseguir la normalización de estas alteraciones bioquímicas

#### 4. Fisiopatología del problema

Desde el punto de vista neurobiológico la coexistencia de síntomas ansiosos y depresivos apoyaría la idea de que ambos trastornos, que son expresiones fenotípicas diferentes, pudiesen compartir un mismo desequilibrio neuroquímico. Se ha propuesto el modelo del desequilibrio serotoninérgico, en el que en un extremo se situarían los estados puros de ansiedad que serían el resultado de una excesiva actividad serotoninérgica, mientras que en el otro se situarían los estados depresivos puros, resultado de una deficiencia de serotonina. Situado en el medio se encontrarían los estados mixtos ansioso-depresivos caracterizados por síntomas crónicos subsindrómicos de los dos trastornos. Otro neurotransmisor implicado tanto en la depresión como en la ansiedad es la noradrenalina. Se supone que los pacientes con trastornos de ansiedad tienen una disregulación del sistema noradrenérgico que sería la causante de las ocasionales explosiones de actividad en las crisis de pánico. Los cuerpos celulares de las células noradrenérgicas se encuentran situados en el locus coeruleus desde donde emiten prolongaciones al córtex cerebral, sistema límbico, tronco cerebral y médula espinal, lo que explicaría la magnitud sintomatológica de los estados de ansiedad. Por otra parte, existe una clara correlación entre respuesta clínica antidepresiva y la regulación a la baja de los receptores adrenérgicos que indica una evidente intervención de este sistema neurotransmisor en la depresión.

ELABORADO POR SERVICIO:	REVISADO POR DEPARTAMENTO:	VIGENCIA
PSICOLOGIA	APOYO AL TRATAMIENTO	Noviembre 2011 Octubre 2013

	HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO "SAN BARTOLOME"	HONADOMANI "SAN BARTOLOME"
GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DEL TRASTORNO MIXTO ANSIOSO - DEPRESIVO		Departamento: Apoyo al Tratamiento
Código CIE - 10: F41.2	VERSION : 1 - 2011	Servicio: Psicología

## 5. Aspectos epidemiológicos importantes

Los estudios epidemiológicos en atención primaria muestran una elevada frecuencia de coexistencia de la sintomatología ansiosa depresiva, que varía entre el 5 y el 15%. Esta situación es menos frecuente en los estudios en población general, en los que la prevalencia de formas subsindrómicas de ansiedad-depresión oscila entre el 0,8 y el 2,5%, cifras inferiores a las de los cuadros de ansiedad y los de depresión subsindrómicos (que no cumplen todos los criterios diagnósticos) 21,9% y 2,4-7,7%, respectivamente. La prevalencia del *trastorno mixto ansioso-depresivo* en Atención Primaria, en España es del 6,7%.

### III. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL TRASTORNO MIXTO ANSIOSO DEPRESIVO.

#### Identificación de los individuos de alto riesgo

#### Factores de riesgo relacionado con las experiencias:

- Factores estresantes crónicos, vivienda, problemas en la relación de pareja y problemas laborales.
- Acontecimientos vitales estresantes, tales como fallecimiento de un ser querido, pérdida de trabajo, separación/divorcio o violaciones.
- En el entorno de la atención primaria constituyen factores estresantes psicológicos muy importantes enfermedades agudas como el infarto de miocardio, o crónicas como la diabetes mellitus, la artritis, la insuficiencia cardiaca, cáncer, vih/sida, parkinson, los trastornos hormonales pueden incrementar el riesgo de ansiedad y depresión. También puede ser vivida como amenazante el nacimiento de un hijo, particularmente por mujeres primigestas.

#### Factores de riesgo relacionados con la vulnerabilidad:

Incluyen la personalidad, personas con baja autoestima, quienes constantemente se ven a sí mismas y al mundo con pesimismo o que se agobian fácilmente por el estrés podrían ser propensas a depresión. Personas con una historia familiar de trastornos ansiosos o depresivos tienden a estar en mayor riesgo de desarrollar ansiedad y depresión. Otros factores psicológicos, como el perfeccionismo y la sensibilidad a la pérdida o rechazo, podrían incrementar el riesgo de una persona a la depresión. Los problemas crónicos del sueño están fuertemente asociados con la depresión y se deberían tratar para evitar complicaciones. La depresión es más común en personas con trastornos de personalidad limítrofe y evitativa.

**Estilos de vida:** Personas con consumo de sustancias psicoactivas, alcohol y tabaco.

**Género femenino:** Las mujeres experimentan depresión con una frecuencia aproximada de dos veces mayor a los hombres. Los factores hormonales pueden contribuir al índice incrementado de depresión en mujeres, factores como cambios pre-menstruales, embarazo, aborto espontáneo, periodo post-parto, premenopausia y menopausia. Muchas mujeres se enfrentan a estresantes adicionales como responsabilidades en el trabajo y en el hogar, maternidad sola y cuidar hijos.

ELABORADO POR SERVICIO:	REVISADO POR DEPARTAMENTO:	VIGENCIA
PSICOLOGIA	APOYO AL TRATAMIENTO	Noviembre 2011 Octubre 2013

	HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO "SAN BARTOLOME"	HONADOMANI "SAN BARTOLOME"
GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DEL TRASTORNO MIXTO ANSIOSO - DEPRESIVO	Departamento: Apoyo al Tratamiento	
Código CIE - 10: F41.2	VERSION : 1 - 2011	Servicio: Psicología

**Estilo cognitivo:** Ciertos prejuicios y distorsiones cognitivas predisponen a los individuos a reaccionar fuertemente ante las situaciones estresantes. El catastrofismo, la sobregeneralización, la exageración, ignorar lo positivo. Estos estilos cognitivos están con frecuencia estrechamente conectados con una deficiente autoestima y falta de afirmación personal.

**Apoyo social:** Poseer escasas relaciones o que éstas no sean de apoyo pueden incrementar el riesgo de ansiedad y depresión en las personas. Sin embargo, se han encontrado que los índices de ansiedad y depresión son más altos en mujeres que están en casa con niños pequeños y aquellas personas cuyas redes sociales son restringidas se describen a sí mismas como aisladas en comparación con mujeres que trabajan o que tienen una red social de apoyo.

**Status socioeconómico bajo:** Pertenecer a un grupo socioeconómico bajo es factor de riesgo para la depresión. Esto puede ser causa de factores como bajo estatus social percibido, factores culturales, problemas financieros, entornos estresantes, aislamiento social y mayor estrés diario.

#### IV. CUADRO CLÍNICO

##### 1. Grupo de signos y síntomas relacionados con la patología.

El concepto de Trastorno Ansioso Depresivo se corresponde a un cuadro clínico que se caracteriza por la presencia de síntomas depresivos que cumplen los criterios clínicos de depresión mayor como: ánimo deprimido; alteraciones del ritmo del sueño o alteraciones del apetito; astenia o apatía; alteraciones motoras como pueden ser la lentitud o la agitación; disminución de la concentración o de la atención; abandono del autocuidado o pensamientos de muerte e ideación suicida. Este síndrome depresivo está acompañado por un cortejo de síntomas somatomorfos muy dispares (trastornos digestivos, mareos, palpitaciones) propios de la ansiedad generalizada, que suelen producir la hiperfrecuentación a diferentes especialistas si no se encuadran en este trastorno. También es importante subrayar que aunque algunos síntomas vegetativos deben estar presentes, aunque solo sea de modo intermitente, no se debe utilizar este diagnóstico si solo aparece preocupación con respecto a estos síntomas vegetativos.

##### 2. Indicar su interacción cronológica y características asociadas.

Se determinará de acuerdo a la orientación y formación psicoterapéutica del profesional psicólogo.

#### V. DIAGNÓSTICO

##### 1. Criterios de diagnóstico

La característica esencial de este trastorno es un estado de ánimo disfórico persistente o recurrente que tiene una duración de al menos 1 mes. Este estado de ánimo se acompaña de síntomas adicionales de idéntica duración, entre los cuales se incluyen un mínimo de cuatro de los siguientes: dificultades de concentración o de memoria, trastornos del sueño, fatiga o falta de

ELABORADO POR SERVICIO:	REVISADO POR DEPARTAMENTO:	VIGENCIA
PSICOLOGIA	APOYO AL TRATAMIENTO	Noviembre 2011 Octubre 2013

HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO "SAN BARTOLOME"		HONADOMANI "SAN BARTOLOME"
GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DEL TRASTORNO MIXTO ANSIOSO - DEPRESIVO		Departamento: Apoyo al Tratamiento
Código CIE - 10: F41.2	VERSION : 1 - 2011	Servicio: Psicología

energía, irritabilidad, preocupación, llanto fácil, hipervigilancia, anticipación del peligro, desesperanza o pesimismo ante el futuro y baja autoestima o sentimientos de inutilidad. Estos síntomas provocan malestar clínico significativo o deterioro social, laboral, familiar o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

## 2. Diagnóstico Diferencial

El trastorno mixto ansioso-depresivo no debe considerarse cuando los síntomas se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia o de una enfermedad sistémica o si en algún momento el individuo ha cumplido los criterios diagnósticos para un trastorno depresivo mayor, trastorno distímico, trastorno por angustia o trastorno de ansiedad generalizada. Tampoco debe establecerse el diagnóstico si al mismo tiempo se cumplen los criterios para cualquier otro trastorno de ansiedad o del estado de ánimo, aunque estos se encuentren en remisión parcial. También es preciso que el cuadro sintomático no pueda explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental.

La mayor parte de información inicial sobre esta entidad se ha recabado en los centros de asistencia primaria, donde el trastorno parece ser más frecuente, probablemente también tenga una mayor prevalencia entre pacientes ambulatorios.

## VI. EXÁMENES AUXILIARES

- Dibujo de la Figura Humana - DFH
- Inventario de Depresión de Beck
- Escala de Depresión de Zung
- Escala de Ansiedad de Zung
- Inventario Clínico Multiaxial Millon II
- Inventario de Personalidad de Eysenck A y B

## VII. MANEJO SEGÚN NIVEL DE COMPLEJIDAD Y CAPACIDAD RESOLUTIVA

### 1. Medidas Generales

Actualmente se realiza el tratamiento multimodal del trastorno mixto ansioso depresivo donde se requiere la coordinación adecuada entre el psicólogo, psiquiatra y la familia. Los tratamientos que más se han comprobado son los fármacos y la psicoterapia cognitiva conductual.

### 2. Terapéutica

#### 2.1. Farmacológica

Cuando el diagnóstico es un trastorno mixto ansioso depresivo se requerirá en la mayoría de los casos de un tratamiento farmacológico, donde se trata de manejar los medicamentos antidepresivos como tratamiento etiológico y con ansiolíticos como tratamiento coadyuvante. Las dosis se encuentran para los primeros en un rango de 75 a 150 mg por día, mientras que para los segundos es suficiente una dosis de 20 mg por la mañana, ambos durante un periodo de seis meses por lo

ELABORADO POR SERVICIO:	REVISADO POR DEPARTAMENTO:	VIGENCIA
PSICOLOGIA	APOYO AL TRATAMIENTO	Noviembre 2011 Octubre 2013

	HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO "SAN BARTOLOME"	HONADOMANI "SAN BARTOLOME"
GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DEL TRASTORNO MIXTO ANSIOSO - DEPRESIVO	Departamento: Apoyo al Tratamiento	
Código CIE - 10: F41.2	VERSION : 1 - 2011	Servicio: Psicología

menos. El mecanismo de acción del antidepresivo sería el de regular el funcionamiento de neurotransmisores que están íntimamente implicados en la aparición de los síntomas ansiosos y depresivos y que se suponen disregulados en ésta enfermedad. La serotonina, noradrenalina y dopamina entre otros neurotransmisores son los más implicados en este proceso ya que de ellos dependen gran parte del comportamiento humano, las vivencias emocionales y la regulación de funciones corporales tan elementales como el control del sueño, el hambre, modulación del umbral doloroso, la conducta sexual, motivación, atención, memoria, afectividad y control de la ansiedad. Como una visión muy elemental de su efecto antidepresivo se podría decir que actúan aumentando la disponibilidad de los neurotransmisores en el espacio intersináptico y potenciando la actividad de los receptores postsinápticos con el fin de incrementar la comunicación interneuronal que está alterada en la depresión y la ansiedad. El objetivo final sería el de conseguir un aumento de la efectividad de estos neurotransmisores en el espacio intersináptico a través de distintos mecanismos de acción dependiendo del antidepresivo empleado.

En cuanto al tratamiento farmacológico, diversos estudios han mostrado mejores resultados con antidepresivos que con benzodiacepinas en pacientes con trastornos mixtos de ansiedad y depresión.

## **2.2. Psicoterapia Cognitivo - Conductual**

Los tratamientos psicológicos específicos tienen una gran importancia en el tratamiento del trastorno mixto ansioso depresivo, habiéndose empleado con éxito abordajes conductuales como el manejo de la ansiedad, tratamientos cognitivos como la reestructuración cognitiva que modifica los pensamientos automáticos, las creencias e ideas irracionales mediante la comunicación verbal, lo importante no son los hechos objetivos sino la valoración de ellos por el paciente en su estructura de creencias; entrenamiento de la relajación, la retroalimentación, la mejora de la autoestima, la implicación en actividades gratificantes, el entrenamiento en habilidades de afrontamiento y de solución de problemas con el fin de disminuir los síntomas. Si no se consigue la remisión, se debe tratar con psicofármacos.

La combinación de psicoterapia con psicofármacos ofrece los mejores resultados. Para ello debemos cuidar la relación con nuestro paciente porque de tal relación resultara el tipo de vínculo con un apego y sus resultados.

## **3. Efectos adversos o colaterales del tratamiento**

La utilización de las benzodiacepinas en el tratamiento mixto ansioso depresivo debería individualizarse, dependiendo de la intensidad del cuadro y teniendo en cuenta que pueden ocasionar dependencia farmacológica, sedación, accidentes de trabajo, etc. En todos los casos, la mejoría observada es más tardía en estos pacientes que en los que no presentan comorbilidad, por lo que un diagnóstico temprano y una intervención eficaz serán claves para el éxito terapéutico. Los fármacos prescritos en las dosis recomendadas pueden producir efectos secundarios como sequedad de boca, visión borrosa, estreñimiento, retención urinaria, sedación, aumento de peso, molestias gastrointestinales leves, disfunción sexual, alteraciones del peso, etc., Para la decisión de elegir uno de ellos será útil conocer tratamientos previos efectivos para un mismo paciente, se debe considerar aquel que posea un menor perfil de efectos secundarios y valorar la patología asociada.

ELABORADO POR SERVICIO:	REVISADO POR DEPARTAMENTO:	VIGENCIA
PSICOLOGIA	APOYO AL TRATAMIENTO	Noviembre 2011 Octubre 2013

	HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO "SAN BARTOLOME"	HONADOMANI "SAN BARTOLOME"
GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DEL TRASTORNO MIXTO ANSIOSO - DEPRESIVO		Departamento: Apoyo al Tratamiento
Código CIE - 10: F41.2	VERSION : 1 - 2011	Servicio: Psicología

#### 4. Signos de alarma a tomarse en cuenta

Recaídas tras abandono de la psicoterapia o medicación, alteraciones en el sueño y apetito, aislamiento social, consumo de sustancias psicoactivas y alcohol, persistencia y agravamiento de los síntomas psicósomáticos que afectan significativamente su salud física y psicológica, ideaciones e intentos suicidas.

#### 5. Criterios de Alta

Los criterios de alta se dan cuando durante el periodo de latencia van disminuyendo los síntomas hasta lograr la extinción.

#### 6. Hospitalización

Cuando estén presentes los signos de alarma y complicaciones.

#### 7. Pronóstico

Los últimos estudios tienden a ver al trastorno mixto ansioso depresivo como una agresión neurológica, donde la duración y la intensidad de los síntomas conducen a una mayor tasa de recaídas y recurrencias o incluso, a una cronificación de la depresión. Desde hace tiempo se conoce en la literatura especializada que el número de episodios depresivos aumenta la frecuencia de recaídas. Se manejan datos sobre la probabilidad de recurrencia tras un primer episodio ansioso depresivo entre el 40% y 50%, aumentando progresivamente a medida que se suceden los episodios hasta porcentajes de incluso el 90% tras el tercero. Otro dato que apunta que la persistencia de sintomatología depresiva puede transformar a ésta en una depresión más resistente es el hecho de que las probabilidades de remisión son menores cuando se demora el tratamiento farmacológico. El 56% de los pacientes logran una remisión completa si el tratamiento antidepresivo se inicia en los primeros 6 meses, produciéndose un brusco descenso en las tasas de remisión a partir de este momento: 16% con inicio del tratamiento al año, 11% con inicio al segundo año y menos del 1% cuando el tratamiento se inicia a partir del quinto año desde la aparición de la sintomatología. Por otro lado, la no remisión, o lo que es lo mismo, la presencia de síntomas residuales, provoca en el paciente una disfunción social, laboral y familiar que conduce a una pérdida en la calidad de vida. Todo esto se relaciona con una tendencia a la cronificación del paciente deprimido y con una progresión hacia una depresión más resistente.

### VIII. COMPLICACIONES

Como consecuencia de un mal enfoque en el diagnóstico o de un tratamiento inadecuado se puede producir una mala evolución del cuadro con riesgos como el aumento de las bajas laborales, la disminución de la calidad de vida del paciente, pérdida de confianza y frustración en la relación psicólogo-paciente, el enmascaramiento de los síntomas, el aumento de recaídas por no llegar a una remisión completa de los síntomas; en el peor de los casos se encuentran las depresiones más graves con o sin intentos suicidas, así como una mayor intensidad de los síntomas de ansiedad debido a la cronicidad de los síntomas y progresar hacia otra patología concomitante de tipo físico o

ELABORADO POR SERVICIO:	REVISADO POR DEPARTAMENTO:	VIGENCIA
PSICOLOGIA	APOYO AL TRATAMIENTO	Noviembre 2011 Octubre 2013

	HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO "SAN BARTOLOME"	HONADOMANI "SAN BARTOLOME"
GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DEL TRASTORNO MIXTO ANSIOSO - DEPRESIVO		Departamento: Apoyo al Tratamiento
Código CIE - 10: F41.2	VERSION : 1 - 2011	Servicio: Psicología

psíquico. (Trastorno por angustia, alcoholismo, abuso de sustancias, disminución de defensas inmunes, propensión a otras enfermedades, etc.)

#### IX. CRITERIOS DE REFERENCIA Y CONTRA REFERENCIA

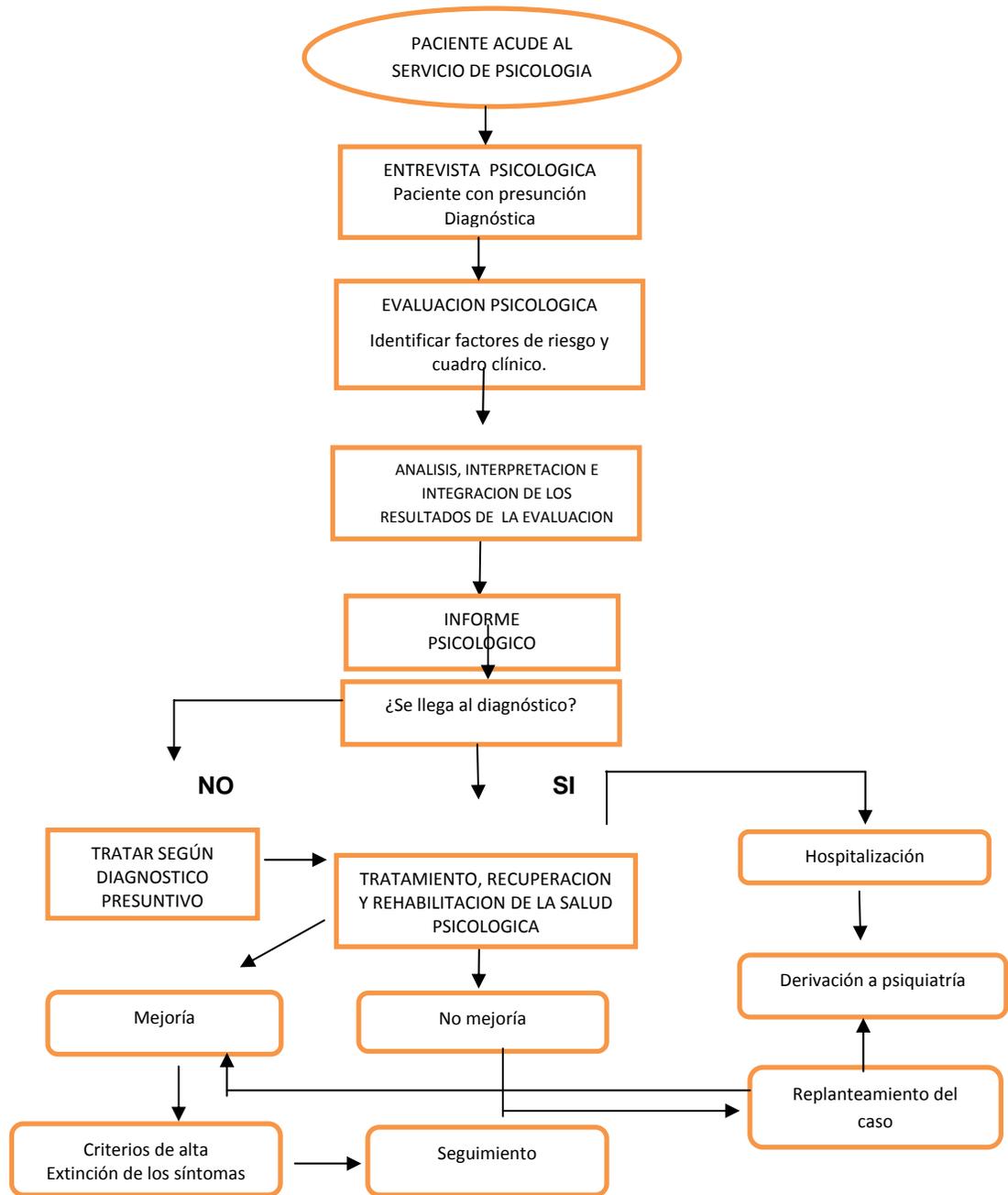
El paciente con complicaciones al tratamiento se referirá a un establecimiento especializado de alta complejidad resolutive.

Se realizará la Contrarreferencia del paciente a un establecimiento del primer nivel de atención cercano a su jurisdicción, cuando el paciente se encuentre estable y sus controles sean llevados allí.

ELABORADO POR SERVICIO:	REVISADO POR DEPARTAMENTO:	VIGENCIA
PSICOLOGIA	APOYO AL TRATAMIENTO	Noviembre 2011 Octubre 2013

HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO "SAN BARTOLOME"		HONADOMANI "SAN BARTOLOME"
GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DEL TRASTORNO MIXTO ANSIOSO - DEPRESIVO		Departamento: Apoyo al Tratamiento
Código CIE - 10: F41.2	VERSION : I - 2011	Servicio: Psicología

## X. FLUXOGRAMA/ALGORITMO



ELABORADO POR SERVICIO:	REVISADO POR DEPARTAMENTO:	VIGENCIA
PSICOLOGIA	APOYO AL TRATAMIENTO	Noviembre 2011 Octubre 2013

	HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO "SAN BARTOLOME"	HONADOMANI "SAN BARTOLOME"
GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DEL TRASTORNO MIXTO ANSIOSO - DEPRESIVO		Departamento: Apoyo al Tratamiento
Código CIE - 10: F41.2	VERSION : 1 - 2011	Servicio: Psicología

## XI. INDICADORES DE EVALUACIÓN

**N° de Pac. con Dx de Trastornos Mixtos Depresivos tratados de acuerdo a Guía x 100**  
**N° total de pacientes Diagnosticados con Trastornos Mixtos Depresivos**

## XII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

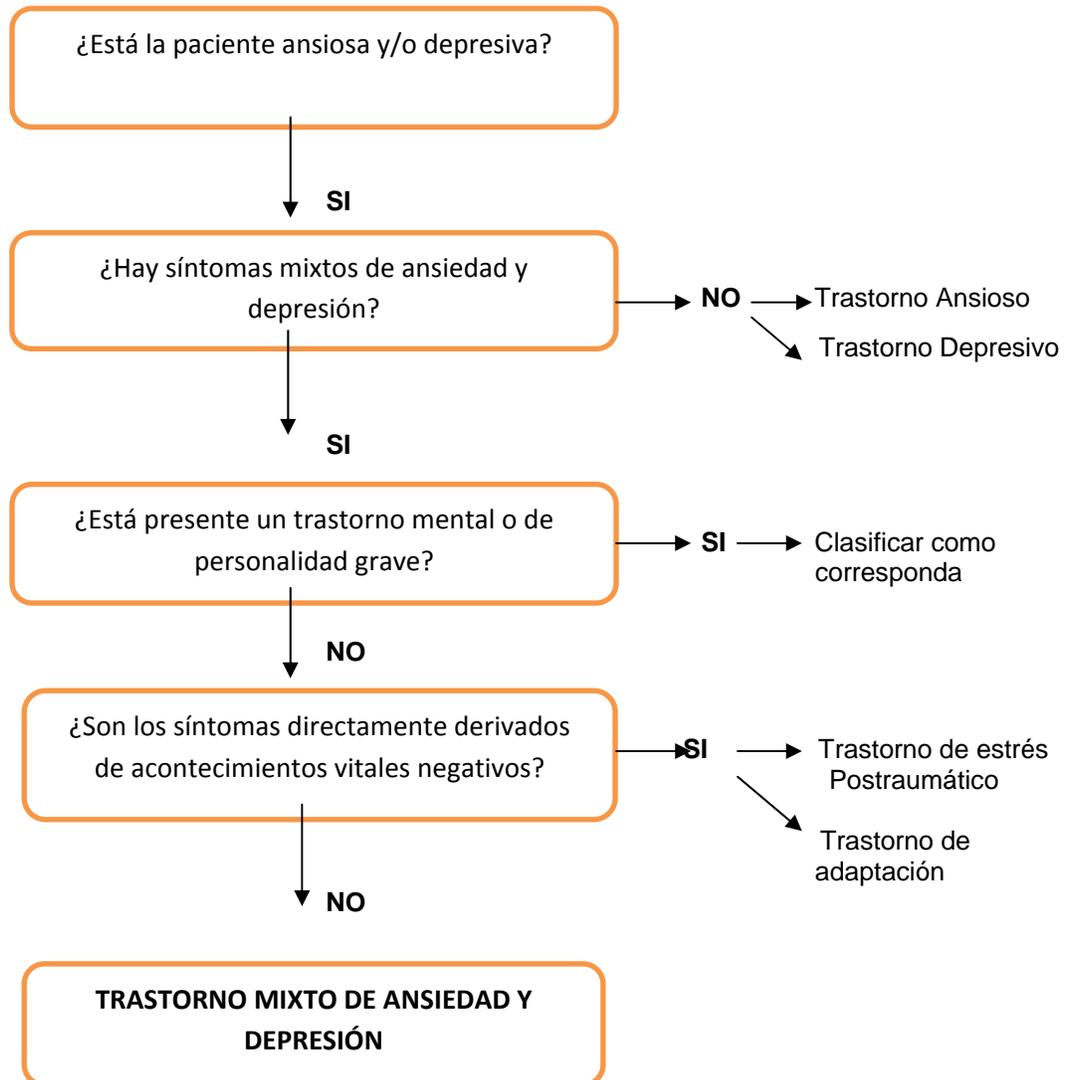
- DSM IV (1995). *Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. E D. Masson. Barcelona
- CIE 10 (1992). *Trastornos Mentales y de Comportamiento*. E D. Meditor
- Perfiles Depresivos (1996). *Guía Diagnóstica y Terapéutica para Episodios y Trastornos Depresivos*. México.
- Análisis y Modificación de la Conducta (2000). *Tratamiento del Trastorno Mixto de Ansiedad y Depresión: Resultados de una investigación experimental*. España.

ELABORADO POR SERVICIO:	REVISADO POR DEPARTAMENTO:	VIGENCIA
PSICOLOGIA	APOYO AL TRATAMIENTO	Noviembre 2011 Octubre 2013

HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO "SAN BARTOLOME"		HONADOMANI "SAN BARTOLOME"
GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DEL TRASTORNO MIXTO ANSIOSO - DEPRESIVO		Departamento: Apoyo al Tratamiento
Código CIE - 10: F41.2	VERSION : 1 - 2011	Servicio: Psicología

### XIII. ANEXO

#### Árbol de decisión del trastorno mixto de ansiedad y depresión



ELABORADO POR SERVICIO:	REVISADO POR DEPARTAMENTO:	VIGENCIA
PSICOLOGIA	APOYO AL TRATAMIENTO	Noviembre 2011 Octubre 2013



# **GUIA PRÁCTICA CLINICA**

## **EPISODIO DEPRESIVO LEVE**

 <b>PERÚ</b> Ministerio de Salud	HONADOMANI San Bartolomé	HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO "SAN BARTOLOME"	
GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE Dx: EPISODIO DEPRESIVO LEVE			Departamento: Apoyo al Tratamiento
CODIGO CIE 10: F32.0		Versión: I - 2011	Servicio: Psicología

## I. NOMBRE Y CÓDIGO

Episodio Depresivo Leve F32.0

## II. DEFINICIÓN

### 1. Definición

Se trata de un trastorno emocional que aparece como un estado de abatimiento e infelicidad, ánimo depresivo, pérdida de interés y de la capacidad de disfrutar y aumento de fatigabilidad, suelen considerarse como los síntomas más típicos de la depresión leve, ninguno de estos síntomas debe estar presente en un grado intenso, el episodio depresivo leve debe durar al menos dos (02) 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.

### 2. Población Objetivo

La depresión aparece cada vez con mayor frecuencia y a edades más tempranas. El 10% de la población sufre depresión leve. La mayor cantidad de pacientes está comprendida en la población productiva (entre 18 y 45 años). Las mujeres experimentan depresión con una frecuencia aproximadamente dos veces mayor a la de los hombres.

### 3. Etiología

Las causas pueden ser ocasionadas por múltiples factores, suele aparecer con el stress y ciertos sentimientos (una decepción sentimental, la vivencia de un accidente o tragedia, poco o nulo apoyo

social, es decir tener pocas relaciones interpersonales o que éstas no sean de apoyo, puede incrementar el riesgo de depresión leve, tanto en hombres como en mujeres. Una elaboración inadecuada del duelo por la muerte de un ser querido o el consumo de determinadas sustancias (como el alcohol u otras sustancias tóxicas), también pueden derivar en depresión.

ELABORADO POR SERVICIO:	REVISADO POR DEPARTAMENTO:	VIGENCIA
PSICOLOGIA	APOYO AL TRATAMIENTO	NOVIEMBRE 2011 OCTUBRE 2013

 <b>PERÚ</b> Ministerio de Salud	HONADOMANI San Bartolomé	HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO "SAN BARTOLOME"	
GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE Dx: EPISODIO DEPRESIVO LEVE			Departamento: Apoyo al Tratamiento
CODIGO CIE 10: F32.0		Versión: I - 2011	Servicio: Psicología

#### 4. Psicofisiopatología del problema

La alteración del estado de ánimo, irritabilidad, consumo excesivo del alcohol, comportamiento histriónico, preocupaciones hipocondríacas, enfermedades como el Alzheimer, pueden producir estos trastornos.

#### 5. Aspectos epidemiológicos importantes

Sin distinción de edad, aparece la depresión leve en los pacientes que se atienden en el servicio de Psicología con diferentes manifestaciones típicas de cada grupo: niñez, adolescencia, adultez y tercera edad, ya que en cada una de esas etapas existen características particulares que hay que tomar en cuenta.

### III. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS

#### 1. Medio ambiente

Las personas con baja autoestima o que se agobian fácilmente por el stress podrían ser propensas a la depresión. El perfeccionismo y la sensibilidad a la pérdida o rechazo, podrían incrementar el riesgo de una persona para depresión, bajo status económico, limitaciones económicas, abuso sexual, extrema pobreza, violencia familiar, maltrato infantil.

#### 2. Estilos de vida

Consumo de alcohol y tabaco, enfermedades cardíacas, trastornos de ansiedad.

#### 3. Factores hereditarios

La depresión tiende a presentarse en familias, pero no se ha comprobado que sea solo un factor genético, a menudo se transmite de padres a hijos; esto puede deberse a los genes (hereditarios), comportamientos aprendidos en el hogar o ambos, incluso si los genes hace que usted sea más propenso a presentar depresión, un hecho estresante o infeliz en la vida, generalmente desencadena esta afección.

### IV. CUADRO CLÍNICO

#### 1. Grupo de signos y síntomas relacionados con la patología

ELABORADO POR SERVICIO:	REVISADO POR DEPARTAMENTO:	VIGENCIA
PSICOLOGIA	APOYO AL TRATAMIENTO	NOVIEMBRE 2011 OCTUBRE 2013

 <b>PERÚ</b> Ministerio de Salud	HONADOMANI San Bartolomé	HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO "SAN BARTOLOME"	
GUÍA DE PRÁCTICA CLINICA DE Dx: EPISODIO DEPRESIVO LEVE			Departamento: Apoyo al Tratamiento
CODIGO CIE 10: F32.0		Versión: I - 2011	Servicio: Psicología

La depresión leve es uno de los cuadros clínicos más complejos y heterogéneos en su sintomatología, pudiendo variar mucho de una persona a otra la manifestación de un cuadro depresivo; la tristeza no puede no ser necesaria en algunos casos. El problema se agudiza ya que algunos síntomas pueden ser bidireccionales, éste es el caso de los trastornos del sueño y de los trastornos alimentarios.

### **F32.0 sin síntomas somáticos**

Se satisfacen totalmente las pautas de episodio depresivo leve y están presentes pocos o ninguno de los síntomas somáticos.

### **F32.0 con síntomas somáticos**

Se satisfacen las pautas de episodio depresivo leve y cuatro más de los síntomas somáticos están también presentes.

- Síntomas anímicos: tristeza, abatimiento.
- Síntomas motivacionales: apatía, indiferencia.
- Síntomas físicos: alteraciones del sueño.
- Síntomas interpersonales: deterioro de las relaciones interpersonales.

## **2. Indicar su interacción cronológica y características asociadas**

Las personas con un historial familiar de trastornos depresivos tienden a estar en mayor riesgo de desarrollar depresión.

Los cambios físicos en el cuerpo pueden estar acompañados por cambios mentales: cáncer, VIH Sida y trastornos hormonales, pueden incrementar el riesgo de depresión. Ocurre con más frecuencia en mujeres que en hombres y afecta a un 50% de nuestra población.

## **V. DIAGNÓSTICO**

### **1. Criterios de diagnóstico**

#### **a) Epidemiológicos**

La extraordinaria frecuencia de esta patología en la población, afecta a 360 millones de personas en el mundo.

ELABORADO POR SERVICIO:	REVISADO POR DEPARTAMENTO:	VIGENCIA
PSICOLOGIA	APOYO AL TRATAMIENTO	NOVIEMBRE 2011 OCTUBRE 2013

 <b>PERÚ</b> Ministerio de Salud	HONADOMANI San Bartolomé	HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO "SAN BARTOLOME"	
GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE Dx: EPISODIO DEPRESIVO LEVE		Departamento: Apoyo al Tratamiento	
CODIGO CIE 10: F32.0	Versión: I - 2011		Servicio: Psicología

## b) Clínicos

Para realizar el correcto diagnóstico de un episodio depresivo leve: además del conocimiento de los posibles síntomas, es muy importante lograr un nivel de confianza alto con el enfermo, que permita adquirir una relación de empatía satisfactoria, para el diagnóstico de episodio depresivo leve, habitualmente se requiera una duración de al menos dos semanas, aunque períodos más cortos pueden ser aceptados si los síntomas son de comienzo brusco.

### Evaluación:

El psicólogo averiguará cuan grave es la depresión (leve, moderada o grave).

- La entrevista y observación que permite la manifestación de los síntomas y la observación de los signos.
- La historia clínica psicológica nos da la información de los hechos relacionados con el inicio y evolución del cuadro clínico y todos los factores que interactúan en el desarrollo del mismo

## 2. Diagnóstico diferencial

En la mayor parte de los casos el diagnóstico es clínico. Un episodio depresivo mayor debe distinguirse del trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica, esto se determina según la historia clínica.

F32.0.- Episodio depresivo leve.

F32.1.- Episodio depresivo moderado.

F32.1.- Episodio grave sin síntomas psicóticos.

F-32.2.- Episodio grave con síntomas psicóticos.

## VI. EXÁMENES AUXILIARES

- Test de Machover
- Test de Familia
- Test de Zung
- Test de Personalidad de Eysenck forma "A".

ELABORADO POR SERVICIO:	REVISADO POR DEPARTAMENTO:	VIGENCIA
PSICOLOGIA	APOYO AL TRATAMIENTO	NOVIEMBRE 2011 OCTUBRE 2013

 <b>PERÚ</b> Ministerio de Salud	HONADOMANI San Bartolomé	HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO "SAN BARTOLOME"	
GUÍA DE PRÁCTICA CLINICA DE Dx: EPISODIO DEPRESIVO LEVE			Departamento: Apoyo al Tratamiento
CODIGO CIE 10: F32.0		Versión: I - 2011	Servicio: Psicología

## VII. MANEJO SEGÚN NIVEL DE COMPLEJIDAD Y CAPACIDAD RESOLUTIVA

### 1. Medidas generales y preventivas

Establecer cronograma de actividades con los pacientes que acuden al servicio de Psicología para la detección enfermedades depresivas.

### 2. Terapéutica

En la depresión leve debería considerarse el tratamiento psicológico breve específico, como la terapia de solución de problemas, la terapia cognitivo-conductual de 6 a 8 sesiones, tratamientos más prolongados no son más efectivos.

- Terapias de relajación.
- Desensibilización sistemática.
- Terapia de Relajación
- Participación en dinámicas familiares

### 3. Efectos adversos o colaterales del tratamiento

No aplica.

### 4. Signos de Alarma

Ánimo depresivo, pérdidas del interés y de la capacidad de disfrutar, aumento de fatigabilidad, suelen considerarse como los síntomas más típicos y al menos 2 de estos 3 síntomas deben estar presentes para ser un diagnóstico depresivo leve definitivo. Ninguno de los síntomas debe estar presente en un grado intenso, el episodio depresivo leve debe durar al menos 2 semanas.

### 5. Criterios de Alta

Después de que se encuentre bien el paciente, es importante la continuación de la terapia, porque impide que la depresión regrese. El tratamiento puede durar unos 6 meses. Citar en el plazo máximo de 15 días a cualquier paciente con depresión que no reciba tratamiento farmacológico.

### 6. Hospitalización

Cuando están presentes los signos de alarma en un grado severo, requiriendo de tratamiento farmacológico.

ELABORADO POR SERVICIO:	REVISADO POR DEPARTAMENTO:	VIGENCIA
PSICOLOGIA	APOYO AL TRATAMIENTO	NOVIEMBRE 2011 OCTUBRE 2013

 <b>PERÚ</b> Ministerio de Salud	HONADOMANI San Bartolomé	HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO "SAN BARTOLOME"	
GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE Dx: EPISODIO DEPRESIVO LEVE			Departamento: Apoyo al Tratamiento
CODIGO CIE 10: F32.0		Versión: I - 2011	Servicio: Psicología

## 7. Pronóstico

Favorable si el entorno familiar contribuye con las recomendaciones del tratamiento y recuperación del paciente.

## VIII. COMPLICACIONES

La complicación más preocupante de la depresión es el suicidio; otras complicaciones abarcan la disminución del desempeño del trabajo y el deterioro de las relaciones sociales; además, se sabe que la depresión complica la evolución de las enfermedades médicas, interfiere en la rehabilitación de enfermedades incapacitantes y se traduce en una mayor mortalidad por cualquier causa en quien lo padece.

## IX. CRITERIOS DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA

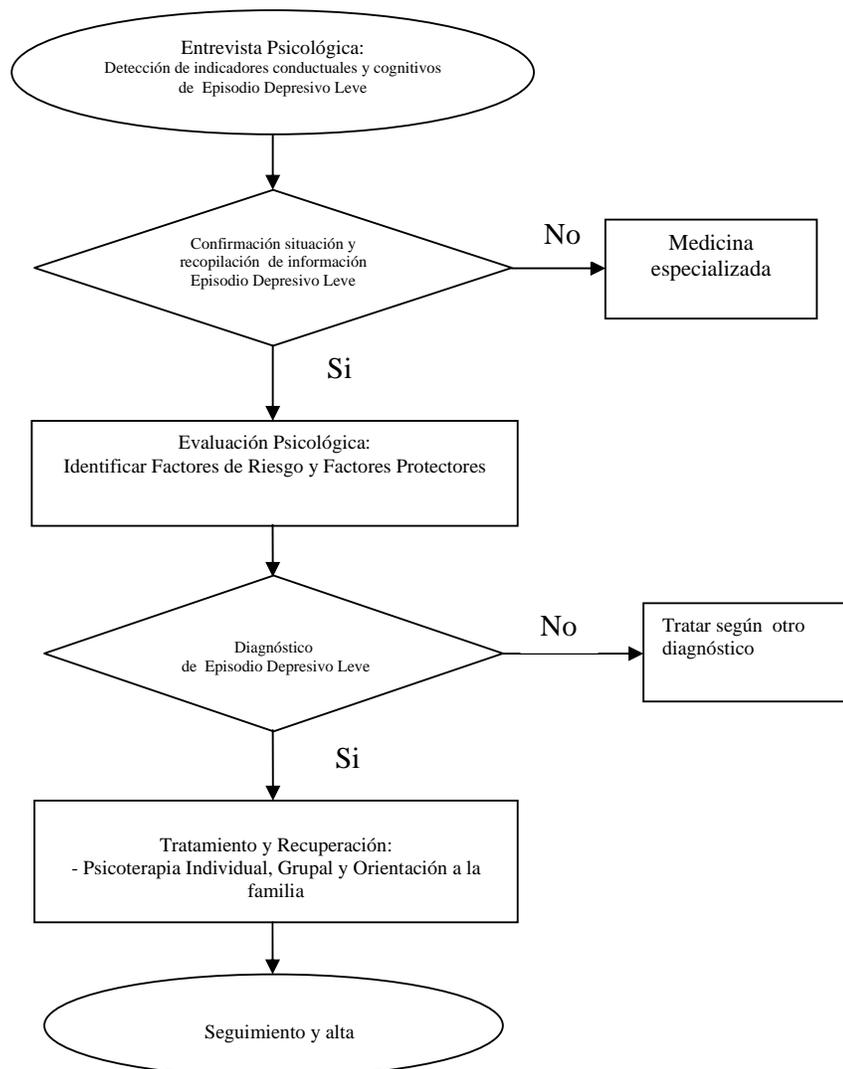
El paciente con complicaciones al tratamiento se referirá a un establecimiento especializado de alta complejidad resolutive.

Se realizará la Contrarreferencia del paciente a un establecimiento del primer nivel de atención cercano a su jurisdicción, cuando el paciente se encuentre estable y sus controles sean llevados allí

ELABORADO POR SERVICIO:	REVISADO POR DEPARTAMENTO:	VIGENCIA
PSICOLOGIA	APOYO AL TRATAMIENTO	NOVIEMBRE 2011 OCTUBRE 2013

 <b>PERÚ</b> Ministerio de Salud	HONADOMANI San Bartolomé	HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO "SAN BARTOLOME"	
GUÍA DE PRÁCTICA CLINICA DE Dx: EPISODIO DEPRESIVO LEVE		Departamento: Apoyo al Tratamiento	
CODIGO CIE 10: F32.0	Versión: I - 2011		Servicio: Psicología

## X. FLUXOGRAMA / ALGORITMO



ELABORADO POR SERVICIO:	REVISADO POR DEPARTAMENTO:	VIGENCIA
PSICOLOGIA	APOYO AL TRATAMIENTO	NOVIEMBRE 2011 OCTUBRE 2013

 <b>PERÚ</b>	<b>Ministerio de Salud</b>	HONADOMANI San Bartolomé	HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO "SAN BARTOLOME"	
GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE Dx: EPISODIO DEPRESIVO LEVE				Departamento: Apoyo al Tratamiento
CODIGO CIE 10: F32.0			Versión: I - 2011	Servicio: Psicología

## XI. INDICADORES DE EVALUACIÓN

**N° de Pac con Dx Episodio Depresivo leve Tratados de acuerdo a Guía x 100**  
**N° total de pacientes Diagnosticados con Episodio Depresivo leve**

## XII BIBLIOGRAFÍA

- Abnormal Psychology and Modern Life. 11th Edition. Allyn an Bacon, 2000.
- Depresión. National Institute of Mental Health Website.
- Gabriela Roxana Il Czyszyn, Juan Carlos Guri. 1997-2002.
- [http: //www.respuestas a la depresión.com/causas/causas](http://www.respuestas a la depresión.com/causas/causas)
- Programa Nacional de Salud Mental.
- Programa de Atención Primaria de la Depresión.
- DSM IV. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (CIE-10)

ELABORADO POR SERVICIO:	REVISADO POR DEPARTAMENTO:	VIGENCIA
PSICOLOGIA	APOYO AL TRATAMIENTO	NOVIEMBRE 2011 OCTUBRE 2013



# **GUIA PRÁCTICA CLINICA**

**OTROS TRASTORNO DE ANSIEDAD ESPECIFICOS**

 <b>PERÚ</b> Ministerio de Salud	HONADOMANI San Bartolomé	HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO "SAN BARTOLOME"	
GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE Dx: <b>OTROS TRASTORNOS DE ANSIEDAD ESPECÍFICOS</b>		Departamento: Apoyo al Tratamiento	
CODIGO CIE 10: <b>F41.8</b>	Versión: I - 2011	Servicio: Psicología	

## I. NOMBRE Y CÓDIGO

### GUÍA PRÁCTICA CLÍNICA OTROS TRASTORNOS DE ANSIEDAD ESPECÍFICOS F41.8

## II. DEFINICIÓN

### 1. Definición de la Patología.

La Ansiedad Histórica involucra dos términos: la ansiedad y la histeria. Para mejor comprensión y con fines didácticos lo vamos a definir por separado:

#### La Ansiedad:

Según Howard Warren, es la actitud emotiva o sentimental concerniente al futuro y caracterizada por una mezcla o alternativa desagradable de miedo y esperanza. Según la Psicopatología, es la manifestación base que acompaña todos los trastornos neuróticos, que pueden ser físicos o psíquicos. De estas manifestaciones vamos a hablar más adelante.

#### La Histeria:

Según Pierre Janet es una enfermedad que ataca a los nervios, es un trastorno propio de la conciencia. S. Freud lo define como el producto de la represión del súper yo de la sociedad.

En el caso de histeria, tanto el manual de diagnóstico de los trastornos mentales (DSM-IV), como el manual CIE borran esa denominación como trastorno único debido a los diferentes teorías al respecto y la imposibilidad de tener en consenso de una definición común.

### 2. Población objetivo.

No se limita a ninguna población o rango de edad en específico.

### 3. Etiología

Las causas que provocan los ansiosos histéricos pueden ser de diversa índole y se puede admitir que son muy similares a las que originan el estrés. Hay señales que una persona tiene predisposición para desarrollar algún tipo de trastorno de ansiedad histérica. Estas pueden ser: inseguridad, miedo y/o pesimismo. Una de las causas puede estar en un trabajo estresante, donde la situación laboral puede actuar como un verdadero disparador de la ansiedad, otra puede generarse por imprevistos o acontecimientos vitales, como desempleo, nacimiento de un hijo, mudanza a otro domicilio, etc.

### 4. Fisiopatología

Las alteraciones en diferentes órganos, aparatos o sistemas de organismo, originando sensación de calor, frío, palidez, piloerección.

ELABORADO POR SERVICIO:	REVISADO POR DEPARTAMENTO:	VIGENCIA
PSICOLOGÍA	APOYO AL TRATAMIENTO	Noviembre 2011 Octubre 2013

 <b>PERÚ</b>	<b>Ministerio de Salud</b>	HONADOMANI San Bartolomé	HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO "SAN BARTOLOME"	
GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE Dx: <b>OTROS TRASTORNOS DE ANSIEDAD ESPECÍFICOS</b>			Departamento: Apoyo al Tratamiento	
CODIGO CIE 10: <b>F41.8</b>		Versión: I - 2011		Servicio: Psicología

## 5. Aspectos epidemiológicos Importantes

Rara vez la ansiedad histérica sobreviene espontáneamente en un sujeto sin historia de alteración de la conducta. Un rasgo distintivo es la intensificación de las molestias físicas frente al observador es más sugerente de alteración de la personalidad que de crisis de ansiedad. Además, la ansiedad del histérico carece de patrón fijo de recurrencia. El histérico no presenta conductas de evitación invalidante y en sus antecedentes no destacan crisis de ansiedad, ansiedad de separación o fobia escolar.

## III. FACTORES DE RIESGOS ASOCIADOS

Algunos factores podrían ser:

- 1. Riesgos orgánicos:** es decir pueden ser a una respuesta psicológica (reacción del individuo) por el padecimiento de una patología orgánica, especialmente si se trata de una enfermedad grave porque se trata de una urgencia médica o también aquellas que tienen una evolución crónica, que no requieren tratamiento urgente, pero su pronóstico es grave. Las afecciones respiratorias y las patologías cardiovasculares, como también las que afectan al metabolismo, generalmente tienen una evolución crónica, pero los pacientes son muy proclives a padecer en forma concomitante estados de ansiedad.
- 2. Riesgos por ingesta de medicamentos o sustancias químicas:** los cuales pueden tener una acción ansiógena, en especial los fármacos que tienen un patrón bioquímico común, conocidos como agentes serotoninérgicos, los psicoestimulantes (cocaína, anfetaminas), la cafeína, con el abuso de la ingesta del café cotidiano, o cuadros de abstinencia en personas adictas a drogas depresoras del sistema nervioso central, como morfina, heroína, alcohol, etc.).

## IV. CUADRO CLÍNICO

La OMS clasifica los signos y síntomas en dos tipos:

**Conversiva:** con alteraciones en el nivel motor, miembros superiores e inferiores y alteraciones sensoriales.

**Disociativa:** alteración al nivel de conciencia, y sus formas son:

- Tipo trance o estado crepuscular: alteración profunda de la conciencia que se inicia y termina en forma brusca. Hay una pérdida temporal del sentido de identidad personal y de la plena conciencia del entorno.
- Tipo amnesia: con pérdida de la memoria.
- Tipo cataléptico: se observa al paciente en condiciones de estupor, pero sin sueño.
- Fuga disociativa: sufre un cambio brusco de su conducta, mostrando un comportamiento contrario al normal y con una tendencia a la fuga.
- Convulsiva: con movimientos parecidos a las convulsiones, sin mordedura de lengua, sin caídas, no presencia incontinencia urinaria ni hay pérdida de la memoria.

La ansiedad y preocupación se asocian a tres (o más) de los seis síntomas siguientes (algunos de los cuales han persistido más de 6 meses). Nota: En los niños sólo se requiere uno de estos síntomas:

ELABORADO POR SERVICIO:	REVISADO POR DEPARTAMENTO:	VIGENCIA
PSICOLOGIA	APOYO AL TRATAMIENTO	Noviembre 2011 Octubre 2013

 <b>PERÚ</b> Ministerio de Salud	HONADOMANI San Bartolomé	HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO "SAN BARTOLOME"	
GUÍA DE PRÁCTICA CLINICA DE Dx: <b>OTROS TRASTORNOS DE ANSIEDAD ESPECÍFICOS</b>		Departamento: Apoyo al Tratamiento	
CODIGO CIE 10: <b>F41.8</b>	Versión: I - 2011	Servicio: Psicología	

- Inquietud o impaciencia
- Fatigabilidad fácil
- Dificultad para concentrarse o tener la mente en blanco
- Irritabilidad
- Tensión muscular
- Alteraciones del sueño (dificultad de conciliar o mantener el sueño, o sensación al despertar)

## V. DIAGNÓSTICO

Derivado por la entrevista del paciente sería:

- **Informe verbal:** el paciente refiere sentirse nervioso, agitado, irritable, asustadizo, repentinamente molesto sin motivo, temeroso, aprensivo, tenso o con los nervios de punta, evita determinadas cosas, lugares o actividades por miedo, tiene problemas para concentrarse en las tareas.
- **Conducta:** parece atemorizado, agitado, inquieto, aprensivo, irritable, asustadizo.
- **Síntomas somáticos de la ansiedad:** el paciente refiere sudoración injustificada, temblor, palpitaciones, dificultades para respirar, crisis de calor o frío, sueño agitado, salto epigástrico, nudo en la garganta, va cada vez mas al aseo sin causa.

Y la evaluación y puntuación sería:

- 0 =No, en absoluto
- 1 =Algo
- 2 =Moderado
- 3 =Considerable
- 4 =Mucho

Puntuación total:

Entre 0 y un máximo de 4 en cada ítem

<b>Diagnósticos posibles</b>	<b>Diagnóstico</b>	<b>Puntuación obtenida</b>
Pacientes con ansiedad histérica		6 a 8 puntos
Deprimidos y con ansiedad histérica		4 a 6 puntos
Excluye pacientes histéricos		≤ 3 puntos
Garantiza que sufre de ansiedad histérica y puede mejorar con tratamiento		≥ 6 puntos

## VI. EXÁMENES AUXILIARES

Las recomendaciones básicas ante sospecha del trastorno series en todo caso

- Valorar siempre Glucemias: Gran patoplastia de crisis hipoglucémica.
- Valorar las alteraciones hidroelectrolíticas (p.ej. insuficiencia de Endocrinas)

ELABORADO POR SERVICIO:	REVISADO POR DEPARTAMENTO:	VIGENCIA
PSICOLOGIA	APOYO AL TRATAMIENTO	Noviembre 2011 Octubre 2013

 <b>PERÚ</b> Ministerio de Salud	HONADOMANI San Bartolomé	HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO "SAN BARTOLOME"	
GUÍA DE PRÁCTICA CLINICA DE Dx: <b>OTROS TRASTORNOS DE ANSIEDAD ESPECÍFICOS</b>		Departamento: Apoyo al Tratamiento	
CODIGO CIE 10: <b>F41.8</b>	Versión: I - 2011	Servicio: Psicología	

- Valoración de Creatinofosfcinasa (CPK) y enzimas musculares en estados catatónicos o parálisis.

Además se recomienda controlar:

- Hematocrito, Hemoglobina y Proteínas.
- Iones (Cl, K, Ca ++). Urea, CPK. Y glucosa.
- Utilidad del Electroencefalograma (E.E.G) en urgencias.

Aunque es importante mencionar que en realidad ningún test o prueba complementaria nos diagnóstica a un paciente como histérico.

## VII. MANEJO SEGÚN NIVEL DE COMPLEJIDAD Y CAPACIDAD RESOLUTIVA

El tratamiento del paciente tendrá 2 vertientes que se complementan entre sí:

**Psicoterapia y apoyo social:** desde el punto de vista psicoterapéutico, la psicoterapia de elección sería la cognitiva conductual de urgencia, con cinco sesiones de 90 minutos de duración cada una de ellas. Las cogniciones son valoraciones de acontecimientos hechos desde cualquier perspectiva temporal (pasado, presente o futuro). La manera que tienen las personas de interpretar los acontecimientos, influye en sus sentimientos y en su conducta. La terapia cognitiva-conductual se aplica para la modificación de las cogniciones negativas de estos pacientes ante la problemática que presenten.

**Manejo del entorno del paciente:** desde el punto de vista social se tiene en cuenta el apoyo que requiera el paciente, todas las aristas encontradas por la trabajadora social o que se hayan manifestado durante la primera entrevista o en las sesiones de psicoterapia el psiquiatra debe lograr limarlas, con el apoyo de familiares y amigos, poniéndolos en función de colaboradores del terapeuta.

### Criterio de alta

- Reducción como mínimo 50 % de la sintomatología al ingreso, comprobados por Exámenes psicológicos.
- Valoración del colectivo médico.
- Disposición del paciente de enfrentar el ingreso con una ansiedad histérica mínima controlada.

## VIII. COMPLICACIONES

Ante complicaciones en el diagnostico o tratamiento se recomienda:

- Mantener conducta empática y evitar la contratransferencia negativa (rechazo que produce el paciente). Intentar una comprensión empática y fenomenológica.
- No abandonar la conducta médica propia: seguir con exploración completa, constantes, etc.
- No pretender una inmediata resolución del cuadro clínico. La mayoría se autolimitan, y con resolución espontánea tras el tiempo preciso.
- No despojar al paciente de su rol de enfermo, pero sin sobrevalorar sus síntomas.

ELABORADO POR SERVICIO:	REVISADO POR DEPARTAMENTO:	VIGENCIA
PSICOLOGIA	APOYO AL TRATAMIENTO	Noviembre 2011 Octubre 2013

 <b>PERÚ</b> Ministerio de Salud	HONADOMANI San Bartolomé	HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO "SAN BARTOLOME"	
GUÍA DE PRÁCTICA CLINICA DE Dx: <b>OTROS TRASTORNOS DE ANSIEDAD ESPECÍFICOS</b>		Departamento: Apoyo al Tratamiento	
CODIGO CIE 10: <b>F41.8</b>	Versión: I - 2011	Servicio: Psicología	

- a pesar de aparente mutismo, sordera o ceguera, mantener contacto terapéutico, y explicación razonada -al paciente y acompañante- de las pruebas a realizar y del diagnóstico.
- Recurrir a técnicas de sugerencias básicas, elementales.
- No a “juegos de hipnosis”, o de “curación mágica”, no potenciar el teatro de la histeria en paciente sugestionable o manejable (riesgo de potenciación sintomática, de cronicidad).
- No excederse con el efecto placebo: Una respuesta placebo no equivale a histeria.
- Evitar “engaños” terapéuticos: p.ej: “¡al quirófano para operar!” (buscando una reacción o recuperación instantánea del paciente).
- Si diagnóstico claro, y confirmado por psiquiatra: Explicar al paciente y familia el concepto de histeria, de conversión o disociación.
- Nunca olvidar la posibilidad de un doble diagnóstico, de comorbilidad. p.ej: conversión + historia de AVC. P.ej: histeria + epilepsia.
- Los casos claros fingimiento, de engaño, “malignering”, contemplar la implicación legal o forense secundaria, y no diagnosticar histeria, sino “conducta voluntaria, con conciencia clara y control de los síntomas por el paciente”. (No olvidar riesgos legales posteriores).

#### IX. CRITERIOS DE REFERENCIA Y CONTRA REFERENCIA

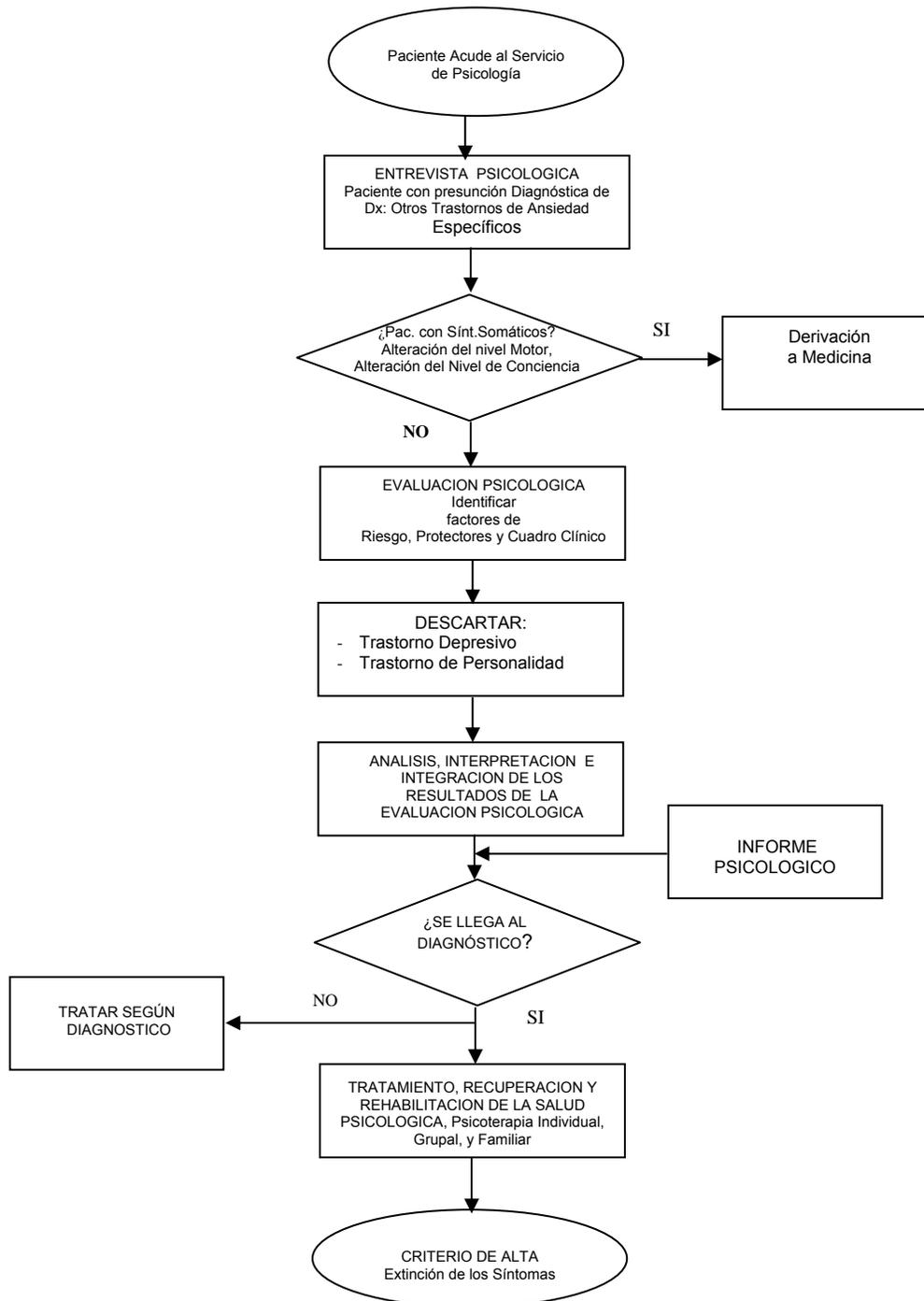
El paciente con complicaciones al tratamiento se referirá a un establecimiento especializado de alta complejidad resolutive.

Se realizará la Contrarreferencia del paciente a un establecimiento del primer nivel de atención cercano a su jurisdicción, cuando el paciente se encuentre estable y sus controles sean llevados allí.

ELABORADO POR SERVICIO:	REVISADO POR DEPARTAMENTO:	VIGENCIA
PSICOLOGIA	APOYO AL TRATAMIENTO	Noviembre 2011 Octubre 2013

 <b>PERÚ</b> Ministerio de Salud HONADOMANI San Bartolomé	HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO "SAN BARTOLOME"	
GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE Dx: <b>OTROS TRASTORNOS DE ANSIEDAD ESPECÍFICOS</b>		Departamento: Apoyo al Tratamiento
CODIGO CIE 10: <b>F41.8</b>	Versión: I - 2011	Servicio: Psicología

## X. FLUXOGRAMA / ALGORITMO



ELABORADO POR SERVICIO:	REVISADO POR DEPARTAMENTO:	VIGENCIA
PSICOLOGIA	APOYO AL TRATAMIENTO	Noviembre 2011 Octubre 2013

 <b>PERÚ</b>	<b>Ministerio de Salud</b>	HONADOMANI San Bartolomé	HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO "SAN BARTOLOME"	
GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE Dx: <b>OTROS TRASTORNOS DE ANSIEDAD ESPECÍFICOS</b>				Departamento: Apoyo al Tratamiento
CODIGO CIE 10: <b>F41.8</b>			Versión: I - 2011	Servicio: Psicología

## XI. INDICADORES DE EVALUACIÓN

**N° de Pac. con Dx Otros Trastornos de Ansiedad Especificos tratados de acuerdo a Guía x 100**  
**N° total de pacientes Diagnosticados con Otros Trastornos de Ansiedad Especificos**

## XII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alan Pincus H, Tew James D. First Michael. Comorbilidad Psiquiátrica. ¿más o menos? World Psychiatry. 2004 Vol.2 No.1. 18-23.
- Ayuso Gutiérrez, J: Benzodiazepinas en el control de los trastornos de ansiedad. Revista Argentina de Psiquiatría Biológica.1998 Vol. 5, 35. 13- 4.
- Bruto. C et al. Interconsulta Psicopatológica y su interdisciplina. Libro de Resúmenes del XIX Congreso Latinoamericano de Psiquiatría APAL, 1997.
- Organización Mundial de la Salud. CIE-10. Trastornos Mentales y del comportamiento. 1995.
- Sotolongo García, Y. y cols: Psiquiatría de enlace en el paradigma salubrista: Reto o salto cualitativo. Revista Cubana de Medicina Militar, 2004.
- C.Leal Cercos y M.I. Leal. Histeria. En: Trastornos neuróticos. M.Roca. coord. Psiquiatria editores. 2001

ELABORADO POR SERVICIO:	REVISADO POR DEPARTAMENTO:	VIGENCIA
PSICOLOGIA	APOYO AL TRATAMIENTO	Noviembre 2011 Octubre 2013



# **GUIA PRÁCTICA CLINICA**

**INTERVENCION PSICOLOGICA EN CRISIS Y  
PRIMEROS AUXLIOS PSICOLOGICOS**

 <b>PERÚ</b> Ministerio de Salud	HONADOMANI San Bartolomé	HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO "SAN BARTOLOME"	
GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA LA INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN CRISIS Y PRIMEROS AUXILIOS PSICOLÓGICOS		Departamento: Apoyo al Tratamiento	
CODIGO CIE 10: <b>SECCION V</b>		Versión: I - 2011	Servicio: Psicología

## I. NOMBRE Y CÓDIGO

El estado de crisis psicológica puede presentarse ante sucesos inesperados y estados de transición en el proceso de desarrollo personal, en personas con o sin trastornos mentales preexistentes, por lo que no tiene un código nosológico. Se asocia a diversas condiciones consideradas en el CIE-10 Sección V entre otras.

## II. DEFINICIÓN

### 1. Definición de crisis

Diversos autores han propuesto definiciones sobre crisis, ellos coinciden en considerarla como un estado de desorganización y peligro, pero también como una oportunidad para dar paso al desarrollo, ya sea individual o colectivo. Slaikeu (1996), define a la crisis como un estado de desorganización, caracterizado principalmente por una incapacidad del individuo para manejar situaciones particulares utilizando métodos acostumbrados para la solución de problemas, y por el potencial para obtener un resultado radicalmente positivo o negativo.

La revisión del contenido semántico de la palabra CRISIS, hecha por Slaikeu (1996), contiene conceptos que son valiosos en significado psicológico; citando a Wilhelm (1967), quien manifiesta que el término chino de crisis "weiji" se compone de dos caracteres que significan **peligro y oportunidad**, concurrentes a un mismo tiempo; por otro lado, menciona que Lidell y Scott (1968) refieren que la palabra inglesa se basa en el griego "krinein", que significa **decidir**. Las derivaciones de la palabra griega indican que la crisis es a la vez decisión, discernimiento, así como también un momento crucial que provocará un cambio para mejorar o empeorar.

Autores como Okun (2001), hacen más énfasis en la variable emocional, definiendo a la crisis como un estado que aparece cuando se rompe por completo el equilibrio emocional de una persona a causa de un acontecimiento inesperado y potencialmente peligroso o una transición vital difícil. Señala también que la principal diferencia entre estrés y crisis es que esta última es producto de un evento puntual, mientras que el estrés puede presentarse de manera continua. Además identifica que las crisis son necesariamente inesperadas, siendo esta característica la que intensifica las reacciones que provoca; cuando se experimenta una crisis se pierde el control y el dominio sobre sí mismo e inclusive sobre el curso de la propia vida.

La crisis desde una perspectiva cognoscitiva, se refiere a la respuesta que da un individuo al percibir e interpretar los eventos de tal forma que afecta la percepción de la interacción esencial que tiene de sí mismo, su mundo y su futuro, provocado por una disonancia o por un exceso de información recibida en corto tiempo; al producirse el conflicto entre la información existente y la recepcionada, el evento se evalúa amenazante y provoca el estado de desequilibrio. El modelo procesual del estrés, permite una aproximación para comprender esta transacción al analizar variables que siempre están presentes, como: las demandas psicosociales (evento externo), evaluación cognitiva (recursos internos y externos), respuesta de estrés (adaptativa o no adaptativa), evaluación de resultados y estatus de salud (Bellock A. y cols. 1995, citando a Lazarus, 1964 y Folkman, 1976). Cuando se rebasa la capacidad de afronte o el evento es de por sí excesivo para los recursos del individuo, da paso a un colapso de los mismos y surgiría el estado de crisis.

Cavenar y cols.(1983), basándose en las teorías psicodinámicas proponen que la reacción de crisis y el desarrollo de síntomas son la resultante de disturbios en el mantenimiento del equilibrio psicológico, atribuido a una función del ego: mantener la adaptación interna y la adaptación entre la persona y su ambiente.

ELABORADO POR SERVICIO:	REVISADO POR DEPARTAMENTO:	VIGENCIA
PSICOLOGIA	APOYO AL TRATAMIENTO	Noviembre 2011 Octubre 2013

 <b>PERÚ</b> Ministerio de Salud	HONADOMANI San Bartolomé	HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO "SAN BARTOLOME"	
GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA LA INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN CRISIS Y PRIMEROS AUXILIOS PSICOLÓGICOS		Departamento: Apoyo al Tratamiento	
CODIGO CIE 10: <b>SECCION V</b>		Versión: I - 2011	Servicio: Psicología

El desequilibrio proviene de la intensificación de un impulso del ello, del aumento de las exigencias del superyo, de cambios en la capacidad integrativa del yo, como conflicto intrapsíquico o como conflicto entre la persona y un cambio marcado de la realidad externa. Es así, que puede aparecer un conflicto intrapsíquico, un conflicto entre la persona y el medio ambiente externo o un conflicto entre la persona y su ambiente que asimismo está relacionado con un conflicto intrapsíquico. Como se indicara al comienzo, la dinámica de una reacción de crisis y del desarrollo de síntomas es la misma, es decir, que es dentro del contexto de una crisis intrapsíquica, una crisis con el medio ambiente, o alguna combinación de éstas, como la persona desarrolla conductas inadaptativas.

*Los autores proponen que la definición de crisis incluye necesariamente conceptos de desorganización, ya sea física y/o emocional, evaluación de peligro o amenaza, colapso en los recursos de afrontamiento y también oportunidad de desarrollo individual o colectivo.*

## 2. Población objetivo

Niños, Adolescentes y Adultos (incluye gestantes).

## 3. Etiología

Slaikeu (1996), según el origen de la crisis propone la siguiente clasificación:

- A. *Crisis circunstanciales o situacionales*: Son el resultado de situaciones estresantes de origen externo o interno. Son accidentales o inesperadas y su característica más sobresaliente se relaciona con algún factor ambiental. Por ejemplo, las experiencias individuales de pérdida de seres queridos en un desastre natural o provocado (terremoto, inundación), o quienes son víctimas de crímenes violentos (asaltos, violaciones); también se pueden incluir los cambios de residencias, divorcios y desempleo. Es así que se plantean las siguientes categorías generales de crisis circunstanciales: salud, muerte inesperada, víctimas de crímenes, delincuencia, desastres naturales o provocados, guerras, familia y economía.
- B. *Crisis propias del desarrollo, madurativas o normativas*: Tienen que ver con la transición por las diversas etapas vitales. Son aquellas relacionadas con el desplazamiento de una etapa de desarrollo a otra, desde la infancia hasta la senectud. Cada etapa se relaciona con ciertas tareas, y cuando hay interferencia en la realización de las mismas se puede presentar una crisis. Algunas son predecibles puesto que se sabe con anticipación que las personas tienen etapas decisivas que enfrentar en diversas ocasiones de sus vidas. Por ejemplo: adolescencia, matrimonio.

Okun (2001), considera las *crisis madurativas o del desarrollo* (transiciones vitales anticipadas y las madurativas) que tienen que ver con el crecimiento y la superación de diversas etapas vitales, y las *crisis situacionales* (disposicionales, psicopatológicas, estrés traumático y emergencias psiquiátricas) que pueden ser resultado de situaciones estresantes de origen tanto interno como externo.

Analizando estas clasificaciones y comparándolas con la experiencia profesional, los autores coinciden con la existencia de las *crisis propias del desarrollo, madurativas o normativas* y las *crisis circunstanciales o situacionales*. Las personas con psicopatologías preexistentes pueden experimentar de forma más intensa las dos crisis anteriormente mencionadas

ELABORADO POR SERVICIO:	REVISADO POR DEPARTAMENTO:	VIGENCIA
PSICOLOGIA	APOYO AL TRATAMIENTO	Noviembre 2011 Octubre 2013

 <b>PERÚ</b> Ministerio de Salud	HONADOMANI San Bartolomé	HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO "SAN BARTOLOME"	
GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA LA INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN CRISIS Y PRIMEROS AUXILIOS PSICOLÓGICOS		Departamento: Apoyo al Tratamiento	
CODIGO CIE 10: <b>SECCION V</b>		Versión: I - 2011	Servicio: Psicología

#### 4. Psicofisiopatología

Dependerá de los sucesos inesperados, estados de transición en el proceso de desarrollo personal y sus esquemas individuales mal adaptativos tempranos.

#### 5. Aspectos epidemiológicos importantes.

Se cuenta con indicadores indirectos de las situaciones que ponen en riesgo a una persona para sufrir crisis. Según el Estudio Epidemiológico de Salud Mental de Lima Metropolitana y Callao del Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado-Hideyo Noguchi" (2002), alrededor de la cuarta parte de la población pasa por situaciones de alto estrés, siendo el estrés más significativo el aspecto económico (39.7%), seguido por salud (34.9%), luego trabajo/estudio e hijos/parientes (25.9%) y finalmente, el tema de pareja (19.4%). Otro indicador está representado por el deseo de morir, que reflejaría el colapso de los recursos para seguir adelante; en el mismo estudio se reporta que un 3.6% de la población ha presentado deseos de morir a lo largo del último mes; este porcentaje aumenta a 5.8% para el grupo de mujer unida.

Se debe considerar la población de personas que presentan una patología mental preexistente, que puede facilitar el desarrollo de una crisis. En el estudio referido el 23.5% de la población adulta tiene actualmente un trastorno clínico, siendo mayor en el grupo femenino (26.8%). Los trastornos depresivos en general pueden constituir otro indicador de la ocurrencia de crisis; tienen una prevalencia de vida de 19% y actual de 6,7%, siendo mayor en el grupo femenino.

### III. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS

#### 1. Medio Ambiente

- Estrés Traumático como vivir un evento adverso, por ejemplo un desastre o emergencia
- Tener experiencias de violencia física, sexual o psicológica.
- Estresores psicosociales como estar desempleado, ser despedido del trabajo, tener deudas, problemas de seguridad ciudadana, violencia criminal (asaltos, secuestros, etc.).
- Pérdida de una persona cercana, especialmente por muerte súbita.
- Soporte familiar inestable, no saludable, o inexistente.
- Déficit de información o a su acceso, para solucionar la situación crítica.

#### 2. Estilos de Vida

- **Género:** Diversos estudios hallan que la mujer vive, con mayor frecuencia que el varón, diversos trastornos asociados a estados afectivos y a estresores sociales.
- **Edad:** Es un factor de riesgo para vivir crisis madurativas, asociadas a los cambios significativos que trae el pasar de una etapa o otra; por ejemplo, la adolescencia, la vejez; el matrimonio.
- **Enfermedad Física y/o Mental:** Las enfermedades crónicas que no van acompañadas de un cambio en el estilo de vida pueden conducir con frecuencia a estados de crisis.

#### 3. Factores hereditarios:

Predisponentes: Tipo de temperamento

ELABORADO POR SERVICIO:	REVISADO POR DEPARTAMENTO:	VIGENCIA
PSICOLOGIA	APOYO AL TRATAMIENTO	Noviembre 2011 Octubre 2013

 <b>PERÚ</b> Ministerio de Salud	HONADOMANI San Bartolomé	HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO "SAN BARTOLOME"	
GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA LA INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN CRISIS Y PRIMEROS AUXILIOS PSICOLÓGICOS		Departamento: Apoyo al Tratamiento	
CODIGO CIE 10: <b>SECCION V</b>		Versión: I - 2011	Servicio: Psicología

#### IV. CUADRO CLÍNICO

1. Las manifestaciones de una situación de crisis, agrupadas por áreas, siguiendo el esquema CASIC (Slaikou, 1996) son:

##### A. Conductual:

- Ψ Disminución de la higiene personal.
- Ψ Cambios en los hábitos alimenticios.
- Ψ Descuido de sus actividades cotidianas.
- Ψ Apatía marcada.
- Ψ Actividad física intensa.
- Ψ Heteroagresividad y autoagresividad.
- Ψ Pobre control de impulsos.
- Ψ Actos o intentos suicidas.
- Ψ Agitación psicomotriz.
- Ψ Inhibición psicomotriz.
- Ψ Poco contacto con la realidad.

##### B. Afectiva:

- Ψ Acentuada disminución o aumento del estado de ánimo.
- Ψ Pérdida de la capacidad de disfrutar cualquier evento de la vida cotidiana.
- Ψ Sentimiento de estar aislado o abandonado.
- Ψ Sentimientos de estar abrumado.
- Ψ Sentimiento de impotencia.
- Ψ Sentimientos de inutilidad.
- Ψ Afecto inapropiado.
- Ψ Irritabilidad.
- Ψ Marcada ansiedad.
- Ψ Crisis de miedo y pánico.
- Ψ Sensación de despersonalización e irrealidad.

##### C. Somática:

- Ψ Náuseas.
- Ψ Opresión o dolores de pecho.
- Ψ Cefalea.
- Ψ Dificultad para respirar.
- Ψ Palpitaciones o taquicardia.
- Ψ Aumento de la presión sanguínea.
- Ψ Insomnio, hipersomnia.
- Ψ Dificultades para retornar al nivel normal de actividad.
- Ψ Temblores musculares.
- Ψ Debilidades musculares.
- Ψ Parálisis de miembros.
- Ψ Alteración de la marcha.
- Ψ Dificultades en el equilibrio.
- Ψ Pérdida del conocimiento con desmayo.
- Ψ Imposibilidad para hablar o deglutir.
- Ψ Ceguera y sordera sin causa aparente.
- Ψ Malestar gástrico.
- Ψ Sensibilidad al tacto.

ELABORADO POR SERVICIO:	REVISADO POR DEPARTAMENTO:	VIGENCIA
PSICOLOGIA	APOYO AL TRATAMIENTO	Noviembre 2011 Octubre 2013

 <b>PERÚ</b> Ministerio de Salud	HONADOMANI San Bartolomé	HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO "SAN BARTOLOME"	
GUÍA DE PRÁCTICA CLINICA PARA LA INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN CRISIS Y PRIMEROS AUXILIOS PSICOLÓGICOS		Departamento: Apoyo al Tratamiento	
CODIGO CIE 10: <b>SECCION V</b>		Versión: I - 2011	Servicio: Psicología

#### D. Interpersonal:

- Ψ Culpabiliza a los demás.
- Ψ Conflictos interpersonales.
- Ψ Problemas en el trabajo y/o familia.
- Ψ Inhibición social.
- Ψ Aislamiento.
- Ψ Conductas socialmente inaceptables.

#### E. Cognitiva:

- Ψ Culpabilidad por haber sobrevivido.
- Ψ Recuerdos muy vivos del evento amenazante.
- Ψ Intensa preocupación por otros.
- Ψ Frustración.
- Ψ Pérdida de la confianza de si mismo.
- Ψ Inseguridad marcada.
- Ψ Ideas de incapacidad, insuficiencia.
- Ψ Ideas suicidas.
- Ψ Desorientación en tiempo y espacio.
- Ψ Problemas de memoria.
- Ψ Disminución de la atención.
- Ψ Empobrecimiento del lenguaje
- Ψ Lenguaje incomprensible.
- Ψ Alteración de la forma, curso, contenido del pensamiento, ideas delirantes.
- Ψ Alteración de la sensopercepción: alucinaciones.
- Ψ Confusión.

## 2. Fases de la situación de crisis.

Se distinguen cuatro fases o etapas al vivenciar una crisis (Caplan (1964) cit. por Okun (2001)).

**Fase 1.** La persona experimenta el inicio de la tensión e intenta poner en práctica los métodos de resolución de problemas que ha venido utilizando hasta entonces, para recuperar su equilibrio emocional.

**Fase 2.** Se caracteriza por un aumento de la tensión, que provoca disfunciones y fallos en el funcionamiento de la persona tras el fracaso de las estrategias habituales de resolución de problemas; en esta fase, la persona pone en práctica estrategias de ensayo y error para intentar encontrar una solución.

**Fase 3.** La tensión es aún mayor, exigiendo la búsqueda de recursos adicionales como estrategia de emergencia o nuevas estrategias de resolución de problemas; si la persona tiene éxito en esta fase, podrá redefinir el problema y resolverlo o resignarse a vivir con él.

**Fase 4.** Esta fase aparece cuando no se ha resuelto el problema en las fases anteriores y puede dar lugar a la aparición de trastornos emocionales y a la desorganización de la personalidad.

ELABORADO POR SERVICIO:	REVISADO POR DEPARTAMENTO:	VIGENCIA
PSICOLOGIA	APOYO AL TRATAMIENTO	Noviembre 2011 Octubre 2013

 <b>PERÚ</b> Ministerio de Salud	HONADOMANI San Bartolomé	HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO "SAN BARTOLOME"	
GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA LA INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN CRISIS Y PRIMEROS AUXILIOS PSICOLÓGICOS		Departamento: Apoyo al Tratamiento	
CODIGO CIE 10: <b>SECCION V</b>		Versión: I - 2011	Servicio: Psicología

## V. DIAGNÓSTICO

### 1. Criterios de Diagnóstico

- Desorganización física o emocional
- Percepción de una situación como amenaza o peligro, ya sea un evento circunstancial o un acontecimiento esperable
- Colapso de los recursos de afrontamiento ante la situación percibida

Las manifestaciones descritas pueden ser la expresión de una respuesta comprensible ante la crisis, pero también pueden ser indicadores de que se está pasando hacia una condición patológica. Algunos criterios para determinar que una expresión emocional se está convirtiendo en sintomática son:

- Prolongación en el tiempo
- Sentimientos de desesperación y sufrimiento intenso
- Complicaciones asociadas (ejemplo, una conducta suicida)
- Afectación del funcionamiento social y cotidiano de la persona

Las crisis se pueden presentar en personas con un trastorno mental pre-existente.

Las crisis pueden estar asociadas a determinadas condiciones clínicas (CIE-10):

- F43 Reacciones a estrés grave y trastornos de adaptación:
  - F43.0 Reacción a estrés agudo.
  - F43.1 Trastorno de estrés post traumático.
  - F43.2 Trastorno de adaptación.
- T74.A Abuso físico a esposa(o).
- T74.2 Abuso sexual.
- T74.3 Abuso psicológico.
- T74.8 Otros síndromes del maltrato forma mixta.
- T74.9 Síndrome del maltrato no especificado.
- Y04 Agresión con fuerza corporal.
- Y05 Agresión sexual con fuerza corporal.
- Y07 Otros síndromes del maltrato
- Z63 Problemas relacionados con el grupo de apoyo, incluida las circunstancias familiares.
  - Z63.0 Problemas en relación entre esposos o pareja.
  - Z63.2 Soporte familiar inadecuado.
  - Z63.3 Ausencia de miembro de la familia.
  - Z63.4 Desaparición o muerte de miembro de la familia.
  - Z63.5 Ruptura familiar por separación o divorcio.
  - Z63.6 Familiar dependiente necesitado de cuidado en el hogar.
  - Z63.7 Otros hechos estresantes de la vida diaria que afectan a la familia y al hogar.
- Z64.0 Problemas relacionados con embarazo no deseado
- Z65.3 Problemas relacionados con otras circunstancias legales (arrestos, juicios y litigios).
- Z65.4 Víctima de crimen o terrorismo.
- Z65.5 Exposición a desastre, guerra u otras hostilidades.

Además, pueden generar estados de crisis eventos normativos durante el ciclo vital como casamiento, jubilación, cambio de trabajo, nacimiento del hijo, entre otros.

ELABORADO POR SERVICIO:	REVISADO POR DEPARTAMENTO:	VIGENCIA
PSICOLOGIA	APOYO AL TRATAMIENTO	Noviembre 2011 Octubre 2013

 <b>PERÚ</b> Ministerio de Salud	HONADOMANI San Bartolomé	HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO "SAN BARTOLOME"	
GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA LA INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN CRISIS Y PRIMEROS AUXILIOS PSICOLÓGICOS		Departamento: Apoyo al Tratamiento	
CODIGO CIE 10: <b>SECCION V</b>		Versión: I - 2011	Servicio: Psicología

## EVALUACIÓN

Es el proceso para valorar la situación del afectado y definir el foco y procedimiento de intervención (Bellak, 1993; Slaikeu, 1996). La amplitud y profundidad de la evaluación dependerá de las circunstancias y magnitud de la crisis, así como de la intervención específica de que se trate, ya sea de primeros auxilios psicológicos o de terapia para crisis. Generalmente se efectúa en los primeros minutos del encuentro con el afectado, escuchando su relato y conduciendo la entrevista con el fin de obtener información. Específicamente se debe evaluar:

### A. Ocurrencia de la crisis:

- **Incidente precipitante:** Conocer cómo y cuándo ocurrió el incidente y quiénes estuvieron implicados. Establecer rápidamente si el incidente es considerado por el afectado como una pérdida, una amenaza o un reto. En el primer caso las manifestaciones serán preponderantemente de dolor y en los dos últimos de temor.
- **Experiencia de la crisis:** Indagar cuáles son los problemas que presenta el afectado, qué es lo que necesita y las expectativas sobre la ayuda a recibir.
- **Entorno de la crisis:** Explorar la percepción y efecto de la crisis en la familia y en los grupos sociales inmediatos, incluyendo los recursos que puede ofrecer al afectado.

### B. Funcionamiento del afectado durante la crisis:

Se evalúa el impacto del incidente precipitante siguiendo el modelo CASIC; esto incluye las esferas:

- **Conductual:** Explorar cuáles actividades han sido afectadas, no afectadas o fortalecidas y las estrategias de solución ensayadas.
- **Afectiva:** Indagar por los sentimientos durante el incidente y hacia las secuelas, y su expresión o no expresión.
- **Somática:** Identificar los problemas físicos asociados con el incidente, nuevos o reactivados. Si se tratara de una pérdida física personal, conocer los efectos sobre el funcionamiento del organismo.
- **Interpersonal:** Identificar las actitudes adoptadas en relación con personas significativas del entorno familiar y social.
- **Cognoscitiva:** Identificar los pensamientos y creencias usuales, los sueños y fantasías, las expectativas o metas vitales perturbadas a causa del incidente. Esto último es esencial pues transmite el significado del incidente para el afectado.

### C. Funcionamiento del afectado previo a la crisis:

Se trata de obtener una historia breve del desarrollo para identificar aspectos personales que puedan relacionarse con la crisis. Los principales datos se refieren a:

- Etapa de desarrollo evolutivo.
- Fortalezas y debilidades, excedentes y déficit en el funcionamiento.
- Conflictos irresueltos o asuntos inconclusos que pudieran desencadenarse por el incidente.
- Grado de satisfacción e insatisfacción general, incluyendo tensiones previas.
- Medios para enfrentar y resolver problemas.
- Ajuste entre estilo de vida y sistemas del entorno y metas.
- Valores y creencias religiosas.
- Recursos y soporte social.

## 2. Diagnóstico diferencial

No aplica

ELABORADO POR SERVICIO:	REVISADO POR DEPARTAMENTO:	VIGENCIA
PSICOLOGIA	APOYO AL TRATAMIENTO	Noviembre 2011 Octubre 2013

 <b>PERÚ</b> Ministerio de Salud	HONADOMANI San Bartolomé	HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO "SAN BARTOLOME"	
GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA LA INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN CRISIS Y PRIMEROS AUXILIOS PSICOLÓGICOS		Departamento: Apoyo al Tratamiento	
CODIGO CIE 10: <b>SECCION V</b>		Versión: I - 2011	Servicio: Psicología

## VI. EXÁMENES AUXILIARES

Los Instrumentos de evaluación deben explorar aspectos como la depresión, personalidad, mecanismos de afrontamiento, cogniciones y estilo de vida. Entre ellos podemos mencionar a los siguientes:

- Ψ Test de Personalidad:
  - 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).
  - Test de Figura Humana de Karen Machover, para conocer a nivel proyectivo sus principales rasgos de personalidad.
  - Inventario Caracterológico de Eysenck o Gaston Berger para conocer la estructura temperamental y el nivel de Neuroticismo del paciente
- Ψ Test de Inteligencia
- Ψ Test de Organicidad
- Ψ Test de Valoración de la Depresión:
  - Escala de Ansiedad Estado Rasgo de Stai.
  - Inventario de Depresión de Beck.
  - Escala de Riesgo Suicida.
- Ψ Entre otros podemos mencionar:
  - Test de Completamiento de Frases Incompletas de Sacks. Para conocer sus actitudes y experiencias en las diferentes áreas de la vida del paciente.
  - Cuestionario para Crisis de A. Slaikeu y R. Striegel-Moore.

## VII. MANEJO SEGÚN NIVEL DE COMPLEJIDAD Y CAPACIDAD RESOLUTIVA

### 1. Medidas Generales y Preventivas.

En el primer y segundo nivel de atención, se privilegiarán las acciones preventivas promocionales orientadas a fortalecer los factores protectores y el desarrollo de habilidades sociales (Asertividad, toma de decisiones, desarrollo) y resiliencia entre otros.

En el tercer nivel de atención en sus espacios hospitalarios la actividad psicoeducativa es importante para aclarar las dudas e interrogantes que tiene el paciente con participación de la familia. Asimismo, acompañar en el proceso ya que las reacciones pueden variar a lo largo de los días, por lo que se recomienda evaluar diariamente a este tipo de pacientes.

### 2. Terapéutica.

#### A. Primeros Auxilios Psicológicos (Slaikeu,1996).

Esta intervención se refiere al primer contacto de auxilio psicológico que tiene el afectado con un promotor de la salud, agente de la comunidad o un profesional de la salud capacitados. Idealmente, está a cargo del profesional de salud mental.

Los primeros auxilios psicológicos pueden durar minutos u horas y generalmente contemplan una sola sesión. Dada la multiplicidad de factores que pueden desencadenar una crisis y las circunstancias en que se halle el afectado, la intervención puede ser desarrollada en ambientes institucionales, comunitarios o laborales, o a través de una línea telefónica.

ELABORADO POR SERVICIO:	REVISADO POR DEPARTAMENTO:	VIGENCIA
PSICOLOGIA	APOYO AL TRATAMIENTO	Noviembre 2011 Octubre 2013

 <b>PERÚ</b> Ministerio de Salud	HONADOMANI San Bartolomé	HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO "SAN BARTOLOME"	
GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA LA INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN CRISIS Y PRIMEROS AUXILIOS PSICOLÓGICOS		Departamento: Apoyo al Tratamiento	
CODIGO CIE 10: <b>SECCION V</b>		Versión: I - 2011	Servicio: Psicología

- A.1. **Objetivo general:**  
Restablecer la capacidad de afrontamiento del afectado, protegiendo su integridad física, emocional y fortaleciendo las redes de soporte familiar y social.
- A.2. **Objetivos Específicos:**
- Proporcionar apoyo emocional.
  - Reducir la mortalidad, evitando daño físico del afectado o de otros.
  - Promover el soporte familiar.
  - Facilitar los enlaces con otras fuentes de ayuda en la comunidad.
- A.3. **Criterios de Inclusión y Exclusión:**
- Criterios de inclusión**  
Personas en situación de crisis circunstanciales o madurativas.
  - Criterios de exclusión**  
Estado de agitación.  
Estado de intoxicación por sustancias psicoactivas.  
Riesgo suicida.  
Síndrome psicótico agudo.
- A.4. **Procedimiento:**  
Esta intervención, tomando la propuesta de Slaikeu, sigue en gran medida el modelo de resolución de problemas.

Se considera los siguientes componentes que transcurren como fases durante la entrevista:

- Establecimiento de contacto personal:** El afectado está dominado por emociones y sentimientos de desvalimiento, experimentando ansiedad, ira o depresión. La actitud de escucha, aceptación, comprensión y apoyo del asistente, contribuye a disminuir la intensidad emocional y así reorientar las energías al enfrentamiento de la situación. Es conveniente transmitir que la crisis es una reacción posible ante determinadas situaciones. Escuchar al afectado cómo experimenta la crisis permite además evaluar la intensidad de su desamparo y el efecto en sus capacidades y funcionamiento. Se debe tratar en lo posible de determinar un espacio físico que garantice la privacidad de la atención, especialmente cuando se trate de intervenciones en la comunidad.
- Examen de las dimensiones del problema:** Se requiere información para identificar el problema y evaluarlo temporalmente: contexto y factor precipitante en el pasado reciente; la percepción actual del problema y la expectativa o previsión del futuro.

Asimismo, se evalúa el nivel de funcionamiento, atendiendo a las dimensiones individuales: cognoscitiva, afectiva, somática, interpersonal y conductual, detectando las fortalezas y debilidades para enfrentar el problema. Un objetivo central de la intervención es la preservación de la vida, evitando o disminuyendo el potencial daño físico del afectado o de otros.

Según la vía de referencia del afectado, se debe considerar la evaluación de las tendencias suicidas u homicidas para tomar las medidas preventivas. Así también la canalización a un médico en caso de angustia emocional extrema. De ser posible se identifican necesidades y conflictos, estableciendo una jerarquía de ellos, para determinar cuáles necesitan ser abordados de inmediato.

ELABORADO POR SERVICIO:	REVISADO POR DEPARTAMENTO:	VIGENCIA
PSICOLOGIA	APOYO AL TRATAMIENTO	Noviembre 2011 Octubre 2013

 <b>PERÚ</b> Ministerio de Salud	HONADOMANI San Bartolomé	HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO "SAN BARTOLOME"	
GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA LA INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN CRISIS Y PRIMEROS AUXILIOS PSICOLÓGICOS		Departamento: Apoyo al Tratamiento	
CODIGO CIE 10: <b>SECCION V</b>		Versión: I - 2011	Servicio: Psicología

- c. **Análisis de posibles soluciones:** Con la participación del afectado se identifica las soluciones alternativas, analizando los pro y contra, así como los obstáculos para alcanzarlas, lo que deriva en una jerarquización de soluciones. Esto contribuye a que la persona experimente sentimientos de control. Se facilita información sobre los mecanismos de respuesta ante una crisis, sobre alternativas de manejo inmediato, e información sobre instituciones públicas y de apoyo en la comunidad. Será relevante el considerar la dimensión ética de la situación provocadora de la crisis y/o de las reacciones.
- d. **Ejecución de la acción concreta:** Este componente se desarrolla según el estado de la persona; si está muy afectada su capacidad de decisión, se asumirá un papel directivo, adoptando las decisiones del caso y comprometiendo en ello a otra persona familiar o responsable; si está menos comprometido, el rol es el de facilitador, brindando información conveniente; cualquier paso del afectado que se aproxime a la meta de solución del problema es estimulado. Se incluye, si es el caso, la recomendación de terapia para crisis.
- e. **Cierre de la atención:** Se recapitula la sesión, resaltando los recursos con que cuenta el afectado.

A.5. Recomendaciones al Afectado:

Tanto si el afectado está en capacidad de llevar a cabo las acciones para resolver el problema o si se compromete a un tercero, dependiendo del caso, se brindan las recomendaciones de acuerdo a la situación que provocó la crisis.

A.6. Informes de Resultados o Procesos:

Se anotarán en los registros según el procedimiento de referencia.

**B. Terapia para Crisis (Bellak,1993; Slaikeu,1996; Ruiz, 1999).**

Esta intervención, como psicoterapia breve o focal, es de segunda instancia en la atención de las crisis y se desarrolla en un número de sesiones limitado. Es conveniente que el inicio de la terapia coincida con el periodo de desorganización de la crisis misma, el cual dura aproximadamente seis semanas, para aprovechar la recuperación que indefectiblemente ocurrirá en ese periodo, como potencial de crecimiento al integrar el incidente al psiquismo personal.

1. Objetivo General:

Resolver el estado de crisis, favoreciendo el crecimiento personal, integrando la experiencia de crisis incrementando los recursos de afrontamiento.

2. Objetivos Específicos:

- Restablecer el ajuste personal.
- Asimilar la experiencia de crisis integrándola a la trama de la vida.
- Incrementar los recursos personales de afrontamiento y el uso de las fuentes de ayuda en la comunidad.
- Prevenir conductas desadaptativas posteriores a la crisis.

ELABORADO POR SERVICIO:	REVISADO POR DEPARTAMENTO:	VIGENCIA
PSICOLOGIA	APOYO AL TRATAMIENTO	Noviembre 2011 Octubre 2013

 <b>PERÚ</b> Ministerio de Salud	HONADOMANI San Bartolomé	HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO "SAN BARTOLOME"	
GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA LA INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN CRISIS Y PRIMEROS AUXILIOS PSICOLÓGICOS		Departamento: Apoyo al Tratamiento	
CODIGO CIE 10: <b>SECCION V</b>		Versión: I - 2011	Servicio: Psicología

### 3. Criterios de Inclusión y de Exclusión:

#### Criterios de Inclusión:

- Persona con cualesquiera de los diagnósticos, eventos vitales y/o estadios madurativos que se asocian a una situación de crisis.
- Motivación del afectado y/o del familiar para resolver la crisis.

#### Criterios de Exclusión:

- Estado de agitación.
- Estado de intoxicación por sustancias psicoactivas.
- Retardo mental moderado, severo o profundo.
- Riesgo suicida.
- Síndrome psicótico agudo.

### 4. Procedimientos:

Se adopta el modelo de terapia multimodal para crisis propuesto por Slaikeu, basado en Lazarus. La intervención se realiza durante seis sesiones en promedio, de cincuenta minutos de duración cada una, con una frecuencia variable según la situación, siendo el mínimo una vez por semana. Si el afectado se encontrara en psicoterapia se recomienda su suspensión mientras dure la terapia para crisis. El tratamiento involucra cuatro componentes o tareas, para ello es conveniente que los hallazgos de la valoración según el perfil CASIC se traduzcan en tareas. Cada tarea incluye actividades para el afectado y estrategias terapéuticas.

#### a. Protección de la integridad física:

Para el afectado consiste en la preservación de la vida y el mantenimiento de la salud física. Incluye orientación con relación a técnicas de autocontrol emocional (respiración, relajación, etc.).

#### b. Identificación y expresión de afectos:

Para el afectado la tarea es identificar y expresar sentimientos relacionados con la crisis.

La estrategia reside en conocer cómo se siente el afectado acerca de distintos aspectos de la crisis; ofrecer información sobre los sentimientos y su influencia en el funcionamiento psicológico global y alentar modos apropiados para expresarlos.

Antes de poder expresar los sentimientos es necesario identificarlos. Estos a veces son reprimidos por miedo a lo que ellos puedan significar al afectado, por ejemplo el temor a perder el control. Se debe tener en cuenta que los sentimientos también son reflejo de procesos del pensamiento; en ese sentido los sentimientos pueden funcionar como claves para identificar situaciones ambientales que afligen al afectado. Los sentimientos y emociones dominantes en situaciones de crisis son la depresión y tristeza, que se relacionan con la evaluación cognoscitiva de pérdida de algo positivo; la ansiedad con amenaza y peligro, y la ira con injusticia.

La escucha activa es fundamental, conocer los sucesos y cómo se sintió y siente con respecto a los mismos. Para algunos casos basta la escucha y actitud empática para expresar los sentimientos. Otros afectados necesitan que se les de una suerte de "permiso" para poder admitir lo que sienten. Otros necesitan confirmación de que sus emociones intensas no son signo de psicopatología, o que al expresarlos no perderán el control.

ELABORADO POR SERVICIO:	REVISADO POR DEPARTAMENTO:	VIGENCIA
PSICOLOGIA	APOYO AL TRATAMIENTO	Noviembre 2011 Octubre 2013

 <b>PERÚ</b> Ministerio de Salud	HONADOMANI San Bartolomé	HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO "SAN BARTOLOME"	
GUÍA DE PRÁCTICA CLINICA PARA LA INTERVENCION PSICOLOGICA EN CRISIS Y PRIMEROS AUXILIOS PSICOLOGICOS		Departamento: Apoyo al Tratamiento	
CODIGO CIE 10: <b>SECCION V</b>		Versión: I - 2011	Servicio: Psicología

- c. **Dominio Cognoscitivo de la Experiencia:**  
El aspecto fundamental de este componente es la comprensión de los mecanismos por los cuales los acontecimientos externos se tornan en crisis personales.

Se consideran tres focos para las actividades que debe realizar el afectado:

- Comprensión basada en la realidad del incidente de la crisis. El afectado debe saber lo que pasó y por qué. Este proceso puede ser doloroso. A veces será necesario emplear la confrontación por la tendencia a la evitación.
- Comprensión del significado del incidente para el afectado. Descubrir la relación, conflictiva o no, entre el incidente, sus expectativas, metas, sueños, asuntos inconclusos y creencias, incluyendo las irracionales. Lograr el insight acerca del por qué el incidente se experimenta como una crisis.
- Reconstrucción, reestructuración o reemplazo de cogniciones, imágenes y sueños destruidos por el incidente. El afectado busca el significado en el acontecimiento; se esfuerza por obtener dominio sobre el acontecimiento e intenta autoafirmarse y restaurar su autoestima en el proceso de adaptación. La reestructuración positiva es clave del potencial de crecimiento en la crisis.

El procedimiento se concentra en la reflexión sobre el incidente de crisis y las circunstancias que lo rodean; incluye el análisis de la relación y del impacto del incidente de crisis con los pensamientos y creencias, expectativas, planes y metas; asuntos inconclusos y autoimagen del afectado. Se apoya también en técnicas para el cambio o adopción de una nueva autoimagen y del cambio de creencias y planes.

- d. **Ajustes Conductuales e Interpersonales Necesarios:**  
La tarea para el afectado es lograr cambios en el desempeño de sus diferentes roles y en las relaciones con los demás a la luz del incidente de crisis.

El procedimiento incluye reflexionar sobre los cambios que puedan requerirse en cada área; asignación de tareas si es el caso y coordinación con la red social para facilitar los cambios, incorporando de ser necesario a otros miembros de la familia en el tratamiento. El cambio conductual que conlleva un sentido de dominio, influye en la mejoría del ánimo y de la autoimagen. Se debe tener en cuenta que algunos problemas requieren atención inmediata y otros pueden esperar. Ciertos problemas demandan recuperación de posiciones o territorios perdidos; otros demandan la exploración de nuevas posibilidades.

Estas cuatro tareas se dan simultáneamente, debiéndose controlar el cumplimiento de los objetivos inicialmente propuestos en cada una.

Las actividades sugeridas para cada una de las sesiones es la siguiente:

- a) **Primera Sesión:**  
Estructura: Entrevista al paciente, a la familia y luego al paciente y familia conjuntamente.  
Acciones:

ELABORADO POR SERVICIO:	REVISADO POR DEPARTAMENTO:	VIGENCIA
PSICOLOGIA	APOYO AL TRATAMIENTO	Noviembre 2011 Octubre 2013

 <b>PERÚ</b> Ministerio de Salud	HONADOMANI San Bartolomé	HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO "SAN BARTOLOME"	
GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA LA INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN CRISIS Y PRIMEROS AUXILIOS PSICOLÓGICOS		Departamento: Apoyo al Tratamiento	
CODIGO CIE 10: <b>SECCION V</b>		Versión: I - 2011	Servicio: Psicología

- Establecimiento de la relación terapéutica.
- Evaluación según el esquema CASIC con el paciente.
- Evaluación de la crisis con la familia, incluyendo sus actitudes.
- Protección la integridad física del afectado.
- Identificación y expresión de afectos.
- Formulación del plan de tratamiento, identificando áreas, métodos y técnicas de intervención.
- Planteamiento del encuadre y plan de tratamiento.
- Orientación a la familia.

b) Segunda Sesión:

Estructura: Dependiendo del estado del paciente, entrevista breve a la familia.

Acciones:

- Continuación con la evaluación del afectado, buscando identificar el foco asociado a la experiencia de crisis.
- Desarrollo de la terapia teniendo en cuenta los cuatro componentes señalados, dando prioridad a la identificación y expresión de afectos y a las áreas de mayor dificultad.

c) Tercera Sesión:

Estructura: Entrevista al paciente y luego a la familia y paciente conjuntamente.

Acciones:

- Desarrollo de la terapia teniendo en cuenta los cuatro componentes señalados, dando prioridad al dominio cognoscitivo de la experiencia y a las áreas de mayor dificultad.
- Mención de la cercanía de finalización de la intervención.
- Evaluación del soporte familiar recibido.

d) Cuarta Sesión:

Estructura: Dependiendo del estado del paciente, entrevista con la familia

Acciones:

- Desarrollo de la terapia teniendo en cuenta los cuatro componentes señalados, dando prioridad a los ajustes conductuales e interpersonales relacionados con la experiencia.
- Abordar el término de la terapia, la separación del terapeuta y las eventuales recaídas.

e) Quinta Sesión:

Estructura: Entrevista a la familia y paciente conjuntamente y luego al paciente.

Acciones:

- Evaluar los ajustes conductuales e interpersonales realizados.
- Evaluación del proceso y de los logros.
- Reforzar el dominio cognoscitivo alcanzado y los cambios logrados por el afectado y la familia.
- Cierre del proceso.
- Recomendaciones.

ELABORADO POR SERVICIO:	REVISADO POR DEPARTAMENTO:	VIGENCIA
PSICOLOGIA	APOYO AL TRATAMIENTO	Noviembre 2011 Octubre 2013

 <b>PERÚ</b> Ministerio de Salud	HONADOMANI San Bartolomé	HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO "SAN BARTOLOME"	
GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA LA INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN CRISIS Y PRIMEROS AUXILIOS PSICOLÓGICOS		Departamento: Apoyo al Tratamiento	
CODIGO CIE 10: <b>SECCION V</b>		Versión: I - 2011	Servicio: Psicología

#### B.5. Recomendaciones al Paciente:

Según el caso, se sugiere:

- Práctica de conductas saludables para encarar el futuro y favorecer el crecimiento personal.
- Psicoterapia para abordar otros problemas.
- Derivación a otro especialista si fuera necesario.

#### B.6. Informes de Resultados o Procesos:

Anotaciones en las hojas de evolución que forma parte de la historia clínica del paciente.

#### B.7. Seguimiento:

Se realiza en la sexta y última sesión, aproximadamente después de un mes de la quinta sesión. Se entrevista al paciente y al familiar conjuntamente. Se evalúa el mantenimiento de los logros, cambios y se formulan las recomendaciones del caso.

### 3. Efectos adversos o colaterales del Tratamiento.

Cuando se empleen técnicas de relajación muscular progresiva es necesario cuidar la aparición de estados de hiperventilación y que el paciente no tenga dolencias cardíacas, afecciones en zonas de la columna vertebral o alguna contraindicación médica específica; otra situación que requiere atención especial, son los estados de gestación.

En estos casos podría recurrirse a terapia de relajación imaginal.

La resistencia ante un tipo específico de terapia puede complicar el proceso terapéutico.

Es recomendable una evaluación permanente de la autoaplicación de las técnicas terapéuticas, qué hace el paciente fuera de la sesión terapéutica, a fin de identificar variables intervinientes que pueden facilitar la aparición de eventos adversos o modificar los resultados esperados.

### 4. Signos de Alarma a ser tomados en cuenta

Aparición de riesgo suicida o la intensificación de los síntomas psicopatológicos preexistentes ya que puede complicarse el curso de la enfermedad en individuos que tienen patologías médicas, así como el incumplimiento terapéutico que puede generar ideas de culpa y frustración.

Además se debe tener en cuenta el incremento de manifestaciones psicofisiológicas como la sudoración excesiva, tartamudeo y temblor de partes del cuerpo y evaluarlas para descartar efectos de algún déficit fisiológico.

### 5. Criterios de alta

#### Criterios de término de la intervención:

Para el caso de primeros auxilios psicológicos, al ser una intervención inmediata y única, el término está dado por el restablecimiento de la capacidad de afrontamiento.

Tratándose de la terapia para crisis se espera resolver la situación de crisis durante seis sesiones en promedio. Los indicadores a considerar son:

- Ψ Control del riesgo de auto o heteroagresión
- Ψ Recuperación de la amplitud de intereses, desconcentrándose de la situación de crisis.

ELABORADO POR SERVICIO:	REVISADO POR DEPARTAMENTO:	VIGENCIA
PSICOLOGIA	APOYO AL TRATAMIENTO	Noviembre 2011 Octubre 2013

 <b>PERÚ</b> Ministerio de Salud	HONADOMANI San Bartolomé	HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO "SAN BARTOLOME"	
GUÍA DE PRÁCTICA CLINICA PARA LA INTERVENCION PSICOLOGICA EN CRISIS Y PRIMEROS AUXILIOS PSICOLOGICOS		Departamento: Apoyo al Tratamiento	
CODIGO CIE 10: <b>SECCION V</b>		Versión: I - 2011	Servicio: Psicología

#### 6. Pronostico.

El pronóstico depende de la disposición del atendido para asumir nuevas formas de pensamiento y de comportamiento (Slaikau, 1996).

#### VIII. COMPLICACIONES

- Tendencias suicidas u homicidas (deseos, pensamientos y planes).
- Complicaciones médicas.
- Aparición de síntomas psicóticos.
- Implicancias legales
- Abandono familiar

#### IX. CRITERIOS DE REFERENCIA Y CONTRA REFERENCIA

El paciente con complicaciones al tratamiento se referirá a un establecimiento especializado de alta complejidad resolutive.

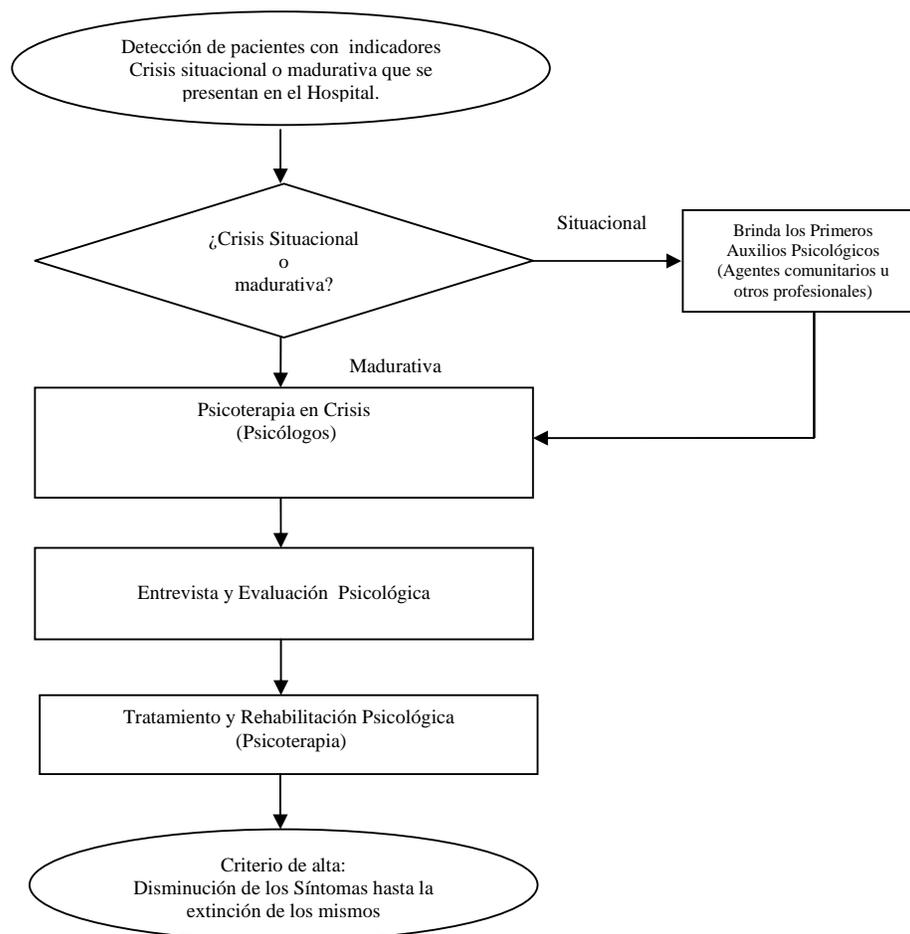
Se realizará la Contrarreferencia del paciente a un establecimiento del primer nivel de atención cercano a su jurisdicción, cuando el paciente se encuentre estable y sus controles sean llevados allí

#### X. FLUXOGRAMA / ALGORITMO

**Ver siguiente página**

ELABORADO POR SERVICIO:	REVISADO POR DEPARTAMENTO:	VIGENCIA
PSICOLOGIA	APOYO AL TRATAMIENTO	Noviembre 2011 Octubre 2013

 <b>PERÚ</b> Ministerio de Salud	HONADOMANI San Bartolomé	HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO "SAN BARTOLOME"	
GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA LA INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN CRISIS Y PRIMEROS AUXILIOS PSICOLÓGICOS		Departamento: Apoyo al Tratamiento	
CODIGO CIE 10: <b>SECCION V</b>	Versión: I - 2011	Servicio: Psicología	



ELABORADO POR SERVICIO:	REVISADO POR DEPARTAMENTO:	VIGENCIA
PSICOLOGIA	APOYO AL TRATAMIENTO	Noviembre 2011 Octubre 2013

 <b>PERÚ</b> Ministerio de Salud	HONADOMANI San Bartolomé	HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO "SAN BARTOLOME"	
GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA LA INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN CRISIS Y PRIMEROS AUXILIOS PSICOLÓGICOS		Departamento: Apoyo al Tratamiento	
CODIGO CIE 10: <b>SECCION V</b>	Versión: I - 2011		Servicio: Psicología

## XI. INDICADORES DE EVALUACION

**N° de pac con Dx de crisis y primeros auxilios psicológicos tratados de acuerdo a Guía x 100**  
**N° total de pacientes Diagnosticados con crisis y primeros auxilios psicológico**

## XII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Bellak, L. (1993). *Manual de Psicoterapia Breve Intensiva y de Urgencia*. México: Ed. Manual Moderno.

Bellock, A., Sandin, B., Ramos, f. (1995). *Manual de Psicopatología*. Tomo 2. Madrid: Ed. Mc Graw Hill – Interamericana de España.

Butcher, J. y col. (1996). *Intervención de Crisis y Psicoterapia de Urgencia*. En: Weiner, I. Métodos en Psicología Clínica. México: Ed. Limusa.

Cavenar, J. y col.(1983). *Crisis Intervention*. In: *Psychiatric Emergencias*. Philadelphia. Lippincott.

Engel, B. (1999). *Teorías de la personalidad*. Madrid: Ed. Mc Graw Hill – Interamericana de España.

Freemann, A., Reinecke, M.A. (1995). *Terapia Cognitiva Aplicada a la Conducta Suicida*. España: Descleé De Brouwer.

García, J. Primeros Auxilios Psicológicos. Modelo para Intervenir en Crisis. Enfoque Terapéutico de Urgencia y Breve. [www.uaq.mx/psicologia/investigación/psicgarcia](http://www.uaq.mx/psicologia/investigación/psicgarcia). Obtenido el 22 Setiembre 2003

Kaplan, H. y col. (1996). *Sinopsis de Psiquiatría*. Buenos Aires: Ed. Medica Panamericana S.A.

Karasu, B. (1997). *Psicoanálisis y Psicoterapia Psicoanalítica*. En: Kaplan, H. y Sadock, B., Tratado de Psiquiatría. 6ta. Edición. Buenos Aires: InterMédica.

Mohl, P. (1997). *Psicoterapia Breve*. En: Kaplan, H. y Sadock, B., Tratado de Psiquiatría. 6ta. Edición. Buenos Aires: InterMédica.

Okun, B. (2001). *Ayudar de forma Efectiva – Couseling*. Barcelona: Ed. Paidos Ibérica.

ELABORADO POR SERVICIO:	REVISADO POR DEPARTAMENTO:	VIGENCIA
PSICOLOGIA	APOYO AL TRATAMIENTO	Noviembre 2011 Octubre 2013

 <b>PERÚ</b>	<b>Ministerio de Salud</b>	HONADOMANI San Bartolomé	HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO "SAN BARTOLOME"	
GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA LA INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN CRISIS Y PRIMEROS AUXILIOS PSICOLÓGICOS			Departamento: Apoyo al Tratamiento	
CODIGO CIE 10: <b>SECCION V</b>		Versión: I - 2011		Servicio: Psicología

Olivares, J. (2001). *Psicología: Técnicas de Modificación de conducta*. Madrid: Ed. Biblioteca Nueva.

OPS (2002). *Protección de la Salud Mental en Situaciones de Desastres y Emergencias. Serie Manuales y Guías sobre Desastres*. Nro. 1. Washington DC.

Real Academia de la Lengua Española (2004). *Diccionario de la Lengua Española*. Tomo 4. Vigésima segunda edición. Madrid: EDIMUSA.

Ruiz, J. y col. (1999). *Psicoterapia Cognitiva de Urgencia*. ESMD-UBEDA.htm. Obtenida el 23/02/04.

Slaikeu, K. (1996). *Intervención en Crisis - Manual para práctica e investigación*. México: Ed. Manual Moderno S.A.

ELABORADO POR SERVICIO:	REVISADO POR DEPARTAMENTO:	VIGENCIA
PSICOLOGIA	APOYO AL TRATAMIENTO	Noviembre 2011 Octubre 2013

 <b>PERÚ</b> Ministerio de Salud	HONADOMANI San Bartolomé	HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO "SAN BARTOLOME"	
GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA LA INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN CRISIS Y PRIMEROS AUXILIOS PSICOLÓGICOS		Departamento: Apoyo al Tratamiento	
CODIGO CIE 10: <b>SECCION V</b>		Versión: I - 2011	Servicio: Psicología

### XIII. ANEXO

#### GLOSARIO

**AFRONTAMIENTO.-** Esfuerzos conductuales y cognitivos que utiliza el individuo para hacer frente a las situaciones estresantes, así como para reducir el estado de malestar inducido por el estrés.

**AMENAZA.-** Factor externo de origen natural o producido por la actividad humana que puede causar daños a lo expuesto a su acción.

**APOYO SOCIAL.-** Se define como los recursos que nos aportan las demás personas: emocionales (soporte), instrumentales (ayuda material) e informativo (orientación).

**CATÁSTROFES.-** También se les puede denominar "desastres masivos", en los cuales, las consecuencias destructivas están más extendidas, afectan a un mayor número de personas y a bienes materiales, por lo tanto, suponen un gran esfuerzo y coordinación por parte de las instituciones públicas y/o privadas que se dedican al auxilio y protección de los sujetos afectados de todo el territorio nacional.

**COGNITIVO.-** Perteneciente al pensamiento y al condicionamiento. Cubre todos los modos de conocimiento: la percepción, el recuerdo, la imaginación, la creación, el juicio, el razonamiento. La cognición es un proceso consciente.

**CRISIS.-** Estado temporal de trastorno y desorganización, caracterizado principalmente por una incapacidad del individuo para manejar situaciones particulares, al colapsar su repertorio habitual de afronte.

**DEBILIDAD.-** En psicoterapia, se refiere a los eventos internos de la persona que constituyen áreas vulnerables en su personalidad.

**DESASTRES.-** Alteraciones intensas en las personas, los bienes, los servicios y el ambiente, causados por un suceso natural o provocado por la actividad humana que exceden la capacidad de respuesta de la comunidad afectada.

**DISONANCIA.-** Experiencia que tiene lugar cuando dos partes o aspectos de la experiencia no se mezclan ni se unen, dando lugar a discrepancias e incomodidad. Puede haber disonancia entre dos conductas, entre conductas y emociones, o entre experiencias internas y externas.

**EMERGENCIA.-** Evento que afecta a una persona o comunidad, que requiere una atención inmediata, sin que se pierda la capacidad de respuesta con los recursos propios.

**EMPATÍA.-** Capacidad de percibir el mundo del mismo modo que el otro, desde su propio marco de referencia, aproximándose a su experiencia emocional.

**ESTRÉS.-** Es la relación particular entre el individuo y el entorno que es evaluado por éste como amenazante o desbordante de sus recursos y que pone en peligro su bienestar. Lazarus y Folkman (1980). A diferencia de la crisis se presenta de modo continuo y en el diario vivir.

ELABORADO POR SERVICIO:	REVISADO POR DEPARTAMENTO:	VIGENCIA
PSICOLOGIA	APOYO AL TRATAMIENTO	Noviembre 2011 Octubre 2013

 <b>PERÚ</b> Ministerio de Salud	HONADOMANI San Bartolomé	HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO "SAN BARTOLOME"	
GUÍA DE PRÁCTICA CLINICA PARA LA INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN CRISIS Y PRIMEROS AUXILIOS PSICOLÓGICOS		Departamento: Apoyo al Tratamiento	
CODIGO CIE 10: <b>SECCION V</b>		Versión: I - 2011	Servicio: Psicología

**ESTRESOR.-** Estímulo o situación que provoca una respuesta de estrés, percepción subjetiva o cognición amenazadora. Puede ser de diversos tipos: social o biológico, interno o externo, positivo o negativo.

**FORTALEZA.-** En psicoterapia, se refiere a los recursos de afrontamiento que posee el individuo.

**METAS.-** Objetivos planteados entre paciente y terapeuta para el proceso de intervención.

**OPORTUNIDAD.-** Eventos externos que favorecen el desarrollo de un individuo.

**PSICOTERAPIA BREVE.-** Modelo de intervención psicoterapéutica donde la variable tiempo, duración del proceso y número de sesiones es limitado.

**RELACION TERAPEUTICA.-** Aceptación auténtica y empática que establecen paciente y terapeuta, con la finalidad de buscar la mejoría del primero a través de un trabajo conjunto.

**TERAPIA DIRECTIVA.-** Forma de terapia en la que el terapeuta dirige el curso, los objetivos, y el proceso que sigue la terapia, indicando formas de actuación al paciente.

**TERAPIA MULTIMODAL DE LA CONDUCTA.-** Modelo de intervención psicoterapéutica de enfoque holístico, propuesta por A. Lazarus, quien señala que cuanto más perturbado esté el cliente serán mayores los excesos y las deficiencias específicas que habrá en todo el CASIC (BASIC-ID, por sus siglas en inglés), basa su modelo en la realización y en la autodeterminación en lugar de en la patología, pone énfasis en el carácter único de cada persona, sus métodos se basan en el desempeño.

**URGENCIA.-** Un evento que requiere una atención inmediata.

**VALORACIÓN.-** Evaluación integral (CASIC) del funcionamiento psicológico de una persona.

**TRANSLABORAR Ó ELABORAR.-** Ayudar a la persona en la exploración del suceso de la crisis y su reacción ante el mismo. Es el proceso que se da durante la terapia para crisis comprende experiencias facilitadoras que incluyen: reflexión sobre el suceso y su significado para la persona en crisis, la expresión de sentimientos, el mantener el grado mínimo de bienestar físico durante la crisis, además de realizar adaptaciones interpersonales y de conducta apropiadas a la situación.

ELABORADO POR SERVICIO:	REVISADO POR DEPARTAMENTO:	VIGENCIA
PSICOLOGIA	APOYO AL TRATAMIENTO	Noviembre 2011 Octubre 2013