

Psiquiatría

Claves para orientar el caso

Reconocer el cuadro

Ánimo, ansiedad, psicosis, neurodesarrollo y cognición.

Evaluar seguridad

Suicidio, agitación, intoxicaciones y abstinencia.

Distinguir diagnósticos

Síntomas, duración, funcionamiento y causas médicas.

Elegir la conducta

Tratamiento inicial, derivación y seguimiento.

Ánimo y riesgo suicida

Síndrome, evolución y seguridad determinan la conducta inicial.

Primer episodio depresivo

Reconocer y evaluar

- El episodio depresivo combina ánimo deprimido o anhedonia con síntomas persistentes y deterioro del funcionamiento.
- Investigar manía/hipomanía previa, consumo, duelo, enfermedad médica y fármacos antes de asumir depresión unipolar.
- Evaluar suicidio en toda consulta. Un estresor o un duelo no excluyen depresión mayor.

Depresión: tres decisiones

Síndrome

Ánimo deprimido o anhedonia con síntomas persistentes y deterioro.

Diagnóstico diferencial

Explorar bipolaridad, consumo, enfermedad médica y duelo.

Seguridad

Evaluar suicidio; un estresor no excluye depresión.

Conducta y seguimiento

- En cuadros leves, intervenciones psicosociales y psicoterapia con seguimiento; en moderados/graves, combinar psicoterapia y antidepresivo según preferencias y disponibilidad.
- ISRS como sertralina son opciones habituales; iniciar prudentemente, explicar latencia de respuesta y efectos adversos.
- Revisar a corto plazo riesgo y adherencia; evaluar respuesta tras dosis y duración adecuadas antes de cambiar.
- Mantener tratamiento al menos seis meses después de remisión, individualizando.
- Psicosis, catatonía, incapacidad para alimentarse o riesgo suicida alto requieren especialista urgente; terapia electroconvulsiva puede ser eficaz en cuadros graves.

Síntomas y PHQ-9

- **Criterios clínicos:** En el marco DSM, al menos 5 de 9 síntomas durante ≥ 2 semanas, incluyendo ánimo deprimido o anhedonia; deben causar deterioro y descartarse sustancias u otra causa.
- **Nueve dominios:** Ánimo; interés; sueño; apetito/peso; energía; culpa/inutilidad; concentración/decisión; enlentecimiento o agitación observable; muerte o suicidio.
- **PHQ-9:** Pregunta estos nueve dominios durante las últimas 2 semanas: 0 nunca, 1 varios días, 2 más de la mitad, 3 casi diariamente; suma 0-27.
- **Interpretación:** 0-4 mínimo; 5-9 leve; 10-14 moderado; 15-19 moderadamente grave; 20-27 grave. Es tamizaje y seguimiento, no diagnóstico aislado.
- **Ítem de muerte:** Cualquier respuesta positiva exige explorar riesgo suicida, aunque la suma total sea baja.
- **Primera revisión:** Habitualmente dentro de 2 semanas de iniciar antidepressivo; antes, aproximadamente 1 semana, si tiene 18-25 años o mayor riesgo suicida. Adaptar intensidad al riesgo.

Presentaciones que cambian la conducta

- **Melancólica:** Anhedonia marcada o falta de reactividad, junto con síntomas vegetativos y psicomotores característicos; no se identifica solamente por tristeza intensa.
- **Atípica:** Reactividad del ánimo con hipersomnia, aumento de apetito, pesadez corporal o sensibilidad al rechazo; no obliga a elegir un IMAO.
- **Psicótica:** Delirios o alucinaciones durante el episodio, por ejemplo culpa delirante, ruina o nihilismo: evaluación especializada urgente; puede requerir antidepressivo más antipsicótico o terapia electroconvulsiva.
- **Evaluación médica:** Hemograma, TSH y otros exámenes se solicitan según clínica y riesgo; anemia, hipotiroidismo, fármacos y consumo pueden imitar o agravar depresión.

Ejemplo de inicio farmacológico en adultos

- **Sertralina:** En depresión adulta, inicio habitual 50 mg por vía oral una vez al día; individualizar en fragilidad, hepatopatía, interacciones o mala tolerancia.
- **Seguimiento:** Explicar que la mejoría aparece durante semanas. Vigilar activación, efectos adversos y suicidio desde el comienzo; confirmar adherencia, dosis y tiempo antes de declarar falta de respuesta.

Referencias: [1](#), [2](#), [3](#), [4](#), [5](#), [6](#), [7](#), [8](#). Bibliografía al final.

Trastorno depresivo recurrente

Reconocer y evaluar

- Se caracteriza por episodios depresivos separados por recuperación; confirmar historia longitudinal y descartar episodios de exaltación que cambien el diagnóstico a bipolaridad.
- Registrar número, duración, gravedad, síntomas residuales, desencadenantes y tratamientos previos.
- Recaída es reaparición del episodio antes de recuperación sostenida; recurrencia es un nuevo episodio después de ella.
- Persistencia de síntomas puede deberse a adherencia insuficiente, dosis inadecuada, consumo, comorbilidad o diagnóstico incorrecto.

Conducta y seguimiento

- Tratar el episodio actual y planificar prevención.
- La mantención prolongada se favorece con episodios múltiples, graves, psicóticos, riesgo suicida o recaídas al suspender, pero no significa automáticamente medicación de por vida para cualquier segundo episodio.
- Combinar psicoeducación, psicoterapia y hábitos de sueño.
- Definir señales tempranas y plan de acceso rápido.
- Si se decide retirar, reducir progresivamente y vigilar discontinuación y recaída.
- Derivar ante resistencia después de ensayos adecuados o sospecha bipolar.
- Los síntomas cognitivos, funcionales y sociales deben recuperarse junto con la puntuación de una escala.

Recurrencia y mantención

Episodio actual

Tratar síntomas y recuperar funcionamiento.

Prevención

Más episodios, gravedad y recaídas favorecen mantención prolongada.

Retirada

Reducir progresivamente y vigilar discontinuación o recurrencia.

Persistencia y duelo

- **Depresión persistente:** Ánimo depresivo crónico, ≥ 2 años en adultos o ≥ 1 año en niños/adolescentes en el marco DSM; puede coexistir con episodios mayores.
- **Duelo:** Las oscilaciones vinculadas a la pérdida no excluyen depresión comórbida. No imponer que toda persona se recupere en un año.
- **Recuperación:** Revisar síntomas residuales, capacidad laboral/educativa, relaciones y autocuidado; una mejor puntuación no equivale necesariamente a recuperación funcional.

Referencias: [1](#), [2](#), [3](#), [4](#), [5](#), [7](#). Bibliografía al final.

Trastorno bipolar

Reconocer y evaluar

- En DSM-5, bipolar I se define por al menos un episodio maníaco: elevación/irritabilidad y aumento de energía durante al menos una semana, o cualquier duración si exige hospitalización, con deterioro marcado o psicosis.
- Hipomanía dura al menos cuatro días y no produce deterioro grave ni psicosis; bipolar II requiere hipomanía y depresión mayor sin manía.
- Diferenciar de TDAH crónico, consumo de estimulantes, hipertiroidismo y personalidad: la bipolaridad es episódica.
- Menor necesidad de dormir es más específica que insomnio con cansancio.

Manía e hipomanía · DSM-5

Manía

≥ 1 semana, o cualquier duración si requiere hospitalización.
Deterioro marcado; puede haber psicosis.

Hipomanía

≥ 4 días. Cambio observable sin deterioro marcado, hospitalización por el episodio ni psicosis.

Bipolar I

Al menos una manía; no exige haber presentado depresión mayor.

Bipolar II

Hipomanía y depresión mayor, sin historia de manía.

Conducta y seguimiento

- Manía requiere valoración urgente y estabilizador/antipsicótico según gravedad; litio, valproato y ciertos antipsicóticos tienen indicaciones diferentes.
- Lamotrigina no trata manía aguda. Requiere titulación lenta y ajuste si se combina con valproato; una erupción cutánea exige evaluación inmediata, especialmente durante el escalamiento.
- En depresión bipolar evitar antidepresivo como monoterapia; cualquier uso combinado requiere valoración especializada.
- Con litio controlar función renal, TSH, calcio, litemia e interacciones con AINE, diuréticos e IECA.

- Evitar valproato en embarazo o planificación de embarazo por riesgo teratogénico y del neurodesarrollo; en personas con capacidad de gestar, preferir alternativas y requerir evaluación especializada de prevención del embarazo si su uso es indispensable. Si ya lo utiliza, revisión especializada, anticoncepción eficaz y planificación de alternativa; un embarazo requiere evaluación urgente sin suspensión autónoma.
- Psicoeducar sobre sueño, adherencia y pródromos; revisar suicidio.
- **Depresión bipolar:** Opciones especializadas incluyen quetiapina; lamotrigina puede emplearse en situaciones seleccionadas de depresión y prevención de recaídas. La elección depende de fase, respuesta previa y seguridad; no todos los estabilizadores ni antipsicóticos son intercambiables.

Fenomenología y monitorización del litio

- **Manía:** Además del cambio de ánimo y energía, ≥ 3 síntomas (≥ 4 si solo hay irritabilidad) en DSM-5, la mayor parte del día casi cada día; también se aplica el conteo a hipomanía: grandiosidad, menor necesidad de sueño, verborrea, fuga de ideas, distractibilidad, aumento de actividad y conductas de riesgo; documentar cambio respecto del funcionamiento basal.
- **Antes de litio:** Peso, función renal y electrolitos, calcio, TSH y hemograma; ECG cuando existe riesgo cardiovascular. Revisar embarazo e interacciones.
- **Litemia:** Tomar la muestra aproximadamente 12 horas después de la última dosis, registrando ambos horarios. Medir a la semana de iniciar o modificar dosis y semanalmente hasta estabilización. Objetivo habitual inicial de mantención: 0,6-0,8 mmol/L; otros objetivos requieren individualización.
- **Controles:** Litemia cada 3 meses el primer año; después cada 6 meses, o cada 3 si existen factores de riesgo. Función renal, TSH y calcio cada 6 meses.
- **Toxicidad:** Vómitos/diarrea, temblor grueso, ataxia, confusión o deterioro renal: suspender temporalmente y evaluar urgentemente litemia, función renal e hidratación. Ante sospecha de toxicidad no esperar 12 horas para la muestra; un nivel aparentemente normal no la excluye.
- **Interacciones:** Deshidratación, AINE, IECA y algunos diuréticos pueden elevar litio; evitar automedicación. Carbamazepina presenta interacciones importantes; selección del estabilizador es especializada.
- **Toxicidad grave:** Reposición isotónica cuando corresponde y evaluación toxicológica/renal urgente. Compromiso neurológico importante, arritmia grave, función renal y evolución de niveles pueden determinar hemodiálisis; no decidir por una cifra aislada.

Litio: tres momentos del control

1

Antes de iniciar

Función renal, electrolitos, TSH, calcio y contexto clínico; revisar embarazo e interacciones.



2

Tras iniciar o ajustar

Litemia a la semana; muestra 12 horas después de la última dosis. Repetir hasta estabilización.



3

Durante mantención

Litemia y controles renales, tiroideos y de calcio. Deshidratación o síntomas tóxicos obligan a reevaluación urgente.

Curso que cambia el diagnóstico y el tratamiento

- **Características mixtas:** Síntomas depresivos durante manía/hipomanía, o síntomas de activación durante depresión. El especificador DSM-5 exige ≥ 3 síntomas del polo opuesto; aumenta la complejidad y obliga a evaluar suicidio.
- **Ciclación rápida:** ≥ 4 episodios afectivos en 12 meses, separados por remisión o cambio de polaridad. No equivale a cambios emocionales de una hora a otra.
- **Ciclotimia:** Oscilaciones prolongadas con síntomas hipomaniacos y depresivos subumbrales; DSM-5 exige ≥ 2 años en adultos o ≥ 1 en niños/adolescentes. Diferenciar de bipolar II, que sí incluye depresión mayor.

CLAVES EUNACOM

Si un supuesto episodio hipomaniaco incluye psicosis, no cumple la definición de hipomanía: reevaluar manía y sus causas.

Referencias: [1](#), [2](#), [4](#), [5](#), [7](#), [9](#), [10](#), [11](#). Bibliografía al final.

Trastornos del ánimo en niños y adolescentes

Reconocer y evaluar

- En niños, depresión puede expresarse como irritabilidad, pérdida de interés, síntomas somáticos, descenso escolar y retraimiento, además de tristeza.
- Entrevistar al menor y cuidadores, reservando espacio confidencial según edad y explicando sus límites.
- Explorar acoso, violencia, consumo, trastornos del desarrollo y suicidio.
- Una rabieta o irritabilidad crónica aislada no establece bipolaridad; se requiere evaluar episodios claros de cambio de ánimo/energía.
- Los instrumentos de tamizaje orientan, sin reemplazar evaluación clínica.

Depresión en menores

Expresión

Irritabilidad, retraimiento, síntomas somáticos y descenso escolar.

Entrevista

Niño, cuidadores y espacio confidencial apropiado.

Diferencial

Explorar acoso, violencia, desarrollo, consumo y suicidio.

Conducta y seguimiento

- Intervenciones familiares, escolares y psicoterapia son centrales.
- Depresión moderada/grave, persistente o con riesgo requiere salud mental especializada y puede beneficiarse de un ISRS con evidencia pediátrica, como fluoxetina, junto a vigilancia de activación e ideación suicida, especialmente al inicio.
- No se deben evitar todos los fármacos por principio si la gravedad los justifica.
- Establecer plan de seguridad y seguimiento temprano.
- Psicosis, manía, intento suicida o rechazo alimentario importante requieren evaluación urgente.
- Proteger continuidad educativa y trabajar con el entorno sin culpabilizar a la familia.

Depresión pediátrica: medicación y control

- **Fluoxetina:** En depresión moderada/grave seleccionada por especialista, NICE utiliza 10 mg por vía oral al día; puede aumentarse a 20 mg tras una semana si corresponde. Considerar menor dosis en bajo peso.
- **Vigilancia:** Contacto frecuente, por ejemplo semanal durante las primeras cuatro semanas, para valorar activación, hostilidad, suicidio y tolerancia; combinar con intervención psicológica y familiar.
- La indicación depende de edad, gravedad, evidencia y autorización local del medicamento; las dosis pediátricas no se deducen de la pauta adulta.

Referencias: [1](#), [2](#), [3](#), [4](#), [5](#), [12](#). Bibliografía al final.

Trastorno de adaptación

Reconocer y evaluar

- En DSM-5, los síntomas emocionales o conductuales aparecen en relación temporal con un estresor identificable, habitualmente dentro de tres meses, con malestar o deterioro que no se explica mejor por otro trastorno.
- El cuadro suele resolverse dentro de seis meses tras terminar el estresor o sus consecuencias, aunque puede persistir si continúan.
- Distinguir de respuesta esperable, duelo, depresión mayor y TEPT.
- Un gatillante no excluye depresión mayor; si cumple sus criterios debe diagnosticarse apropiadamente.

Respuesta a un estresor · DSM-5

Adaptación

Inicio habitualmente dentro de 3 meses del estresor.

Duración

Suele resolver dentro de 6 meses después de finalizar el estresor o sus consecuencias.

Diferencial

Si cumple depresión mayor o TEPT, diagnosticar el trastorno correspondiente.

Conducta y seguimiento

- Intervención breve orientada a problemas, apoyo, psicoterapia y recuperación de redes suelen ser suficientes.
- Abordar el estresor factible -laboral, familiar, enfermedad- y desarrollar estrategias de afrontamiento.
- Los fármacos no son tratamiento automático y dependen de síntomas/comorbilidades.
- Evaluar suicidio aun en un trastorno considerado «reactivo», pues puede haber crisis grave.
- Planificar control para confirmar evolución y reconsiderar diagnóstico si empeora o persiste.
- No inferir que conservar esperanza descarta depresión ni que todo duelo debe concluir en una fecha fija.

Referencias: [1](#), [13](#), [7](#). Bibliografía al final.

Intento de suicidio en niños y adolescentes

Reconocer y evaluar

- Toda autolesión o intento requiere evaluación médica de lesiones o intoxicación y valoración psicosocial, independiente de la aparente letalidad.
- Entrevistar al adolescente en privado y con cuidador seguro: intención, planificación, medios disponibles, expectativa de morir, rescate, intentos previos, consumo, trauma, acoso y trastornos mentales.
- Diferenciar autolesión sin intención suicida, sin minimizar su riesgo futuro.
- La negación posterior de intención no basta para cerrar evaluación.

Conducta y seguimiento

- Estabilizar ABC, tratar tóxicos según sustancia y evitar procedimientos de descontaminación rutinarios.
- Asegurar supervisión, restringir acceso a fármacos y otros medios y solicitar salud mental urgente.
- Hospitalización se decide por riesgo inmediato, gravedad clínica y posibilidad real de cuidado seguro; no es una regla mecánica basada solo en una etiqueta.
- Si hay alta, debe existir plan de seguridad escrito, adulto responsable y seguimiento próximo verificable. Si persisten preocupaciones de seguridad tras la evaluación, NICE recomienda atención inicial de seguimiento dentro de 48 horas; esto no justifica alta con riesgo inmediato.
- No usar «contratos de no suicidio» como protección suficiente.
- Investigar maltrato y no entregar al menor a un entorno inseguro.

Intento suicida en menores

1

Estabilizar

ABC y tratamiento dirigido de lesiones o intoxicación.



2

Proteger

Supervisión, restricción de medios y salud mental urgente.



3

Disposición

Hospitalizar según riesgo y cuidado disponible; alta exige plan y seguimiento verificable.

Referencias: [5](#), [14](#), [15](#), [16](#). Bibliografía al final.

Ideación suicida

Reconocer y evaluar

- Preguntar directamente por deseo de morir, pensamientos suicidas, plan, intención, preparación y acceso a medios no induce suicidio.
- Valorar intentos previos, agitación, desesperanza, insomnio, psicosis, consumo y pérdidas, junto a apoyos y motivos para vivir.
- Ninguna escala predice con certeza una conducta futura; una puntuación no decide por sí sola el alta.
- La ideación pasiva también exige exploración, especialmente si cambia rápidamente o coexiste intoxicación.

Ideación: evaluar y actuar

Pensamiento

Deseo de morir, ideación y cambios recientes.

Factibilidad

Plan, intención, preparación y medios disponibles.

Contexto

Intentos previos, consumo, psicosis, pérdidas, apoyos y motivos para vivir.

Conducta y seguimiento

- Con plan factible, intención, acceso a medios, psicosis imperativa o incapacidad de garantizar seguridad, mantener acompañamiento y derivar a urgencia; no dejar sola a la persona durante la transición.
- En riesgo manejable ambulatoriamente, elaborar plan de señales de alarma, estrategias, contactos de apoyo y acceso urgente, restringir medios y programar control temprano.
- Tratar trastorno de base y reevaluar dinámicamente.
- Registrar razonamiento clínico, acuerdos y responsables.
- No prometer confidencialidad absoluta cuando existe peligro inminente; explicar los límites y compartir solo lo necesario para protección.

Plan de seguridad acordado con la persona

- **Señales propias:** Identificar pensamientos, emociones, conductas y situaciones que anuncian una crisis.
- **Estrategias personales:** Anotar acciones concretas que reduzcan intensidad sin depender inicialmente de otra persona.
- **Red:** Distinguir lugares/personas que ayudan a distraerse y personas a quienes pedir ayuda explícita.
- **Ayuda profesional:** Registrar equipo tratante y acceso a urgencia. Ante peligro inmediato, acudir a urgencias o activar SAMU 131.
- **Entorno:** Acordar con alguien responsable la restricción de medicamentos, armas u otros medios disponibles, y comprobar que se realizó.

- **Continuidad:** Entregar copia accesible, acordar quién contactará y cuándo, y revisar el plan en cada cambio de riesgo. No sustituye evaluación ni supervisión necesarias.

CLAVES EUNACOM

Una escala o una promesa de no hacerse daño no reemplazan la evaluación clínica ni un plan seguro.

Referencias: [5](#), [14](#), [15](#), [16](#). Bibliografía al final.

Ansiedad, trauma y protección

El foco del temor, el contexto y el curso ayudan a distinguir los cuadros.

Trastorno de pánico con o sin agorafobia

Reconocer y evaluar

- Una crisis de pánico es un episodio abrupto de miedo intenso con palpitaciones, disnea, sudor, temblor, mareo o temor a morir, que alcanza máximo en minutos.
- En DSM-5, el trastorno de pánico requiere ataques inesperados recurrentes y al menos un mes de preocupación persistente o cambio conductual.
- La agorafobia implica temor a situaciones donde escapar o recibir ayuda sería difícil y puede diagnosticarse separadamente.
- En primer episodio, evaluar arritmia, hipoglicemia, hipertiroidismo, enfermedad cardiopulmonar y sustancias según contexto.

Pánico: crisis y trastorno · DSM-5

Crisis

Inicio abrupto y máximo en minutos.

Trastorno

Ataques inesperados recurrentes y ≥ 1 mes de preocupación o cambio conductual.

Agorafobia

Temor a dificultad para escapar o recibir ayuda; puede diagnosticarse aparte.

Conducta y seguimiento

- Durante la crisis, acompañar, explicar y favorecer respiración pausada; no usar bolsa de papel.
- Benzodiacepina puede considerarse excepcionalmente por tiempo breve tras evaluar riesgos.
- Para prevención, terapia cognitivo-conductual con exposición interoceptiva e ISRS en quienes lo requieren, empezando a dosis bajas por activación inicial.
- Evitar mantenimiento crónico con benzodiacepinas.
- Revisar evitación y funcionalidad, no solo frecuencia de crisis.
- Dolor torácico con factores de riesgo, síncope, desaturación o focalidad no debe etiquetarse ansiedad sin estudio.

Crisis de pánico y agorafobia: criterios útiles

- **Ataque de pánico (DSM-5):** Aumento abrupto de miedo o malestar con ≥ 4 síntomas: palpitaciones, sudor, temblor, disnea, ahogo, dolor torácico, náuseas, mareo, frío/calor, parestesias, desrealización/despersonalización, temor a perder control o a morir.
- **Agorafobia (DSM-5):** Temor en ≥ 2 ámbitos: transporte público, espacios abiertos, lugares cerrados, filas/multitudes o estar solo fuera de casa. Se evitan, necesitan acompañante o se soportan con ansiedad intensa durante ≥ 6 meses.

Inicio de ISRS en pánico adulto

- **Sertralina:** Inicio habitual 25 mg por vía oral al día; aumentar a 50 mg tras una semana según tolerancia. Los ajustes posteriores dependen de respuesta y contexto.
- Comenzar más bajo que en depresión ayuda a limitar activación inicial. Explicar que no actúa como rescate inmediato durante una crisis.

CLAVES EUNACOM

Síncope, desaturación, focalidad o dolor torácico de riesgo requieren evaluación médica aunque exista ansiedad.

Referencias: [13](#), [17](#), [7](#), [8](#). Bibliografía al final.

Trastorno obsesivo-compulsivo (TOC)

Reconocer y evaluar

- Obsesiones son pensamientos, imágenes o impulsos intrusivos y repetidos; compulsiones son actos o rituales mentales para neutralizar malestar.
- En DSM-5, consumen tiempo (habitualmente >1 hora diaria) o causan malestar/deterioro significativo; no se exige siempre superar una hora si ya hay repercusión clínica.
- Puede existir insight variable, incluso escaso; no siempre la persona reconoce plenamente lo irracional.
- Diferenciar de preocupación realista, rumiación depresiva, psicosis y personalidad obsesiva.
- Preguntar por rituales encubiertos, evitación y acomodación familiar; obsesiones agresivas indeseadas no equivalen por sí mismas a intención de daño.
- **Ejemplos:** Temor intrusivo a contaminación con lavado reiterado; duda con comprobación repetida; pensamiento de daño con ritual mental para neutralizarlo. La neutralización es excesiva o no se relaciona de forma realista con lo temido.

TOC: ciclo clínico

Obsesión

Pensamiento, imagen o impulso intrusivo y repetido.

Compulsión

Acto o ritual mental para neutralizar malestar.

Impacto

Tiempo, evitación y deterioro; insight variable.

Conducta y seguimiento

- La exposición con prevención de respuesta es psicoterapia específica y puede ser suficiente en cuadros seleccionados.
- ISRS se utilizan según gravedad, a menudo con dosis mayores y ensayos más prolongados que en depresión; la respuesta puede tardar hasta 12 semanas. Controlar tolerancia, riesgo y adherencia durante ese tiempo, sin posponer atención ante empeoramiento.
- Benzodiacepinas no son tratamiento central.
- Resistencia requiere confirmar diagnóstico y ensayo adecuado antes de potenciación especializada o clomipramina, que tiene más efectos adversos.
- No reforzar comprobaciones ni ofrecer tranquilidad ritualizada indefinidamente.
- Medir interferencia cotidiana y acordar reducción gradual de rituales con participación familiar.

Referencias: [13](#), [18](#), [7](#). Bibliografía al final.

Trastornos fóbicos (fobia social y específica)

Reconocer y evaluar

- La fobia específica produce temor persistente y desproporcionado ante un objeto o situación; la ansiedad social se centra en escrutinio y evaluación negativa.
- Hay evitación, sufrimiento o deterioro sostenido, durante seis meses o más según DSM-5.
- Diferenciar de timidez sin limitación, agorafobia, pánico inesperado, TEPT y condiciones del neurodesarrollo.
- En fobia a sangre o inyecciones puede haber respuesta vasovagal con síncope, a diferencia de la activación simpática típica de otras fobias.

Fobias: qué se teme

Específica

Objeto o situación concreta.

Social

Escrutinio y evaluación negativa.

Relevancia clínica

Persistencia, evitación, sufrimiento o deterioro; distinguir timidez sin limitación.

Conducta y seguimiento

- La exposición gradual dentro de terapia cognitivo-conductual es primera opción.
- En fobia específica no se indican fármacos de rutina.
- Ansiedad social generalizada o intensa puede requerir ISRS junto a psicoterapia.
- La prescripción repetida de benzodiacepinas para evitar toda ansiedad puede mantener dependencia y evitación.
- Enseñar habilidades y establecer metas de participación académica, laboral y social.
- Para síncope vasovagal se pueden trabajar técnicas de tensión muscular.
- El diagnóstico no depende de tener o no amigos; importa el miedo, su persistencia y efecto funcional.

Referencias: [13](#), [17](#), [7](#). Bibliografía al final.

Trastorno de ansiedad generalizada

Reconocer y evaluar

- En DSM-5: ansiedad y preocupación excesivas, difíciles de controlar, sobre múltiples ámbitos la mayoría de los días durante al menos seis meses, con ≥ 3 de los siguientes: inquietud, fatiga, irritabilidad, tensión muscular, alteración del sueño o concentración; en niños basta uno. Debe existir malestar o deterioro.
- Se distingue del pánico episódico y de la preocupación restringida a una obsesión.
- Puede coexistir con crisis de pánico: su presencia no excluye el diagnóstico.
- Revisar cafeína, estimulantes, abstinencia, hipertiroidismo, enfermedades médicas y depresión.

Ansiedad generalizada · DSM-5

Tiempo

Preocupación excesiva la mayoría de días durante ≥ 6 meses.

Contenido

Múltiples ámbitos; difícil de controlar.

Acompañantes

Tensión, fatiga, irritabilidad, sueño y concentración; puede coexistir pánico.

Conducta y seguimiento

- Ofrecer psicoeducación, higiene del sueño y terapia cognitivo-conductual; ISRS o IRSN son opciones cuando síntomas e interferencia lo justifican.
- Evaluar respuesta durante varias semanas con dosis tolerada y mantener tras mejoría para reducir recaídas.
- Benzodiacepinas no son solución de mantenimiento por dependencia, sedación y caídas; limitar eventual uso a situaciones y duración definidas.
- Promover actividad física y estrategias para tolerar incertidumbre.
- Si existe riesgo suicida, consumo problemático o resistencia, ampliar evaluación y derivar.
- Un examen normal por sí solo no demuestra una causa ansiosa.

Referencias: [13](#), [17](#), [7](#). Bibliografía al final.

Trastornos ansiosos en niños

Reconocer y evaluar

- Los miedos varían con desarrollo; son patológicos cuando exceden lo esperable, persisten y afectan escuela, vínculos o autonomía.
- Ansiedad de separación incluye temor intenso a separarse y a daño de figuras de apego; el rechazo escolar es una manifestación que requiere explicar.
- Explorar acoso, dificultades de aprendizaje, TEA, depresión, trauma y síntomas físicos.

- Obtener información de niño, familia y escuela evitando asumir que toda ansiedad proviene de crianza inadecuada.

Conducta y seguimiento

- Psicoeducación y terapia cognitivo-conductual adaptada a la edad, con exposición gradual y participación familiar, son centrales.
- Evitar tanto coerción como acomodación ilimitada de la evitación.
- Coordinar retorno escolar progresivo con apoyos definidos.
- Casos moderados/graves pueden requerir ISRS con especialista y control de activación y suicidio; benzodiacepinas no son tratamiento habitual pediátrico.
- Si hay regresión abrupta, abuso sospechado, psicosis o imposibilidad de alimentación, priorizar evaluación.
- Medir mejoría por recuperación de actividades y capacidad de tolerar separaciones, no por ausencia total de miedo.

Ansiedad infantil

Intervención

Terapia cognitivo-conductual adaptada y exposición gradual.

Entorno

Participación familiar y retorno escolar con apoyos.

Mayor gravedad

ISRS por especialista cuando corresponde; vigilar activación y suicidio.

Referencias: [13](#). Bibliografía al final.

Trastorno agudo por estrés

Reconocer y evaluar

- En DSM-5, tras exposición a muerte, lesión grave o violencia sexual pueden aparecer intrusiones, ánimo negativo, disociación, evitación e hiperactivación entre tres días y un mes; se requieren ≥ 9 síntomas entre esos dominios, con malestar o deterioro. Antes de tres días, describir la reacción aguda y sus necesidades sin anticipar ese diagnóstico.
- No toda reacción inmediata al estrés es un trastorno; considerar intensidad y deterioro.

- Distinguir de conmoción cerebral, intoxicación, psicosis y duelo.
- Asegurar que el peligro haya terminado y pesquisar riesgo suicida o violencia vigente.
- Una película desagradable sin exposición traumática relevante no basta automáticamente para cumplir criterio de trauma.

Conducta y seguimiento

- Proporcionar primeros apoyos psicológicos, necesidades básicas, información sobre reacciones esperables y contacto de seguimiento.
- Si síntomas persistentes o incapacitantes, ofrecer intervención centrada en trauma por personal capacitado.
- No forzar relato detallado ni realizar debriefing obligatorio.
- Antipsicóticos no son tratamiento sistemático del estrés agudo y benzodiazepinas no se recomiendan como prevención del TEPT.
- Tratar comorbilidades específicas si existen.
- Reevaluar al mes y posteriormente, porque una evolución prolongada puede corresponder a TEPT; favorecer apoyo social y recuperación de rutinas.

Después del trauma

Seguridad

Necesidades básicas, información y seguimiento.

Síntomas persistentes

Intervención centrada en trauma por personal capacitado.

Evitar

Debriefing forzado y benzodiazepinas para prevenir TEPT.

CLAVES EUNACOM

No indicar debriefing forzado ni benzodiazepinas para prevenir TEPT.

Referencias: [19](#), [20](#), [7](#). Bibliografía al final.

Trastorno por estrés postraumático (TEPT)

Reconocer y evaluar

- En DSM-5, el TEPT exige exposición traumática y síntomas de intrusión, evitación, cambios negativos en cogniciones/ánimo e hiperactivación por más de un mes, con interferencia. Desde los 7 años se requieren ≥ 1 síntoma intrusivo, ≥ 1 de evitación, ≥ 2 cambios negativos y ≥ 2 de activación; en menores de 7 años se aplican criterios adaptados.
- Incluye pesadillas, recuerdos involuntarios, hipervigilancia y reactividad intensa; en niños puede expresarse mediante juego repetitivo o regresión.
- Diferenciar de pánico, depresión, trastornos adaptativos y disociación.
- Preguntar de forma cuidadosa, sin exigir detalles innecesarios, y valorar riesgo de suicidio, consumo y violencia continuada.

TEPT: grupos de síntomas · DSM-5

Intrusión

Recuerdos involuntarios y pesadillas.

Evitación

Rechazo de estímulos asociados al trauma.

Ánimo y activación

Cambios negativos, hipervigilancia y reactividad por > 1 mes, con interferencia.

Conducta y seguimiento

- Priorizar psicoterapias centradas en trauma, como terapia cognitivo-conductual específica o EMDR por profesionales entrenados.
- En adultos, ISRS u otros fármacos con evidencia pueden considerarse según preferencias y comorbilidad; benzodicepinas no son tratamiento de base. En menores de 18 años, NICE no recomienda medicación para prevenir o tratar específicamente el TEPT; una comorbilidad puede tener indicación independiente.
- Construir seguridad, regular sueño y coordinar recursos sociales.
- Evitar exposición terapéutica improvisada o revictimización.
- Seguimiento debe incluir funcionamiento y evitación.

Referencias: [19](#), [20](#), [7](#). Bibliografía al final.

Maltrato infantil

Reconocer y evaluar

- Incluye violencia física, sexual y psicológica y negligencia.
- Sospechar ante lesiones incompatibles con desarrollo o relato, demora en consultar, patrones sugestivos, múltiples edades de lesiones o miedo marcado; ninguna lesión aislada reemplaza una valoración integral.
- En lactantes, fracturas, hematomas y lesión intracraneal requieren especial atención.
- Obtener relato espontáneo sin preguntas sugestivas, registrar palabras textuales, examen y circunstancias; no realizar interrogatorios repetidos que contaminen una investigación.

Conducta y seguimiento

- Asegurar protección inmediata, tratar lesiones y activar la red clínica y de protección.
- Cumplir deberes de denuncia aplicables y documentar actuaciones; no esperar certeza absoluta si existe sospecha fundada.
- El estudio de imágenes y laboratorio se adapta a edad y hallazgos con pediatría especializada.
- Mantener trato respetuoso sin confrontar al supuesto agresor poniendo al menor en riesgo.
- La violencia no se explica simplemente por una personalidad o «falta de herramientas».
- Coordinar continuidad de cuidado, apoyo psicológico y seguridad de hermanos u otros niños potencialmente expuestos.

Maltrato: proteger y documentar

Protección

Tratar lesiones y activar red clínica y de protección.

Denuncia

Cumplir deberes legales ante sospecha fundada; no esperar certeza absoluta.

Continuidad

Estudio según edad, apoyo y seguridad de otros niños expuestos.

Sospecha clínica y deber de protección

- **Patrones sugestivos:** Fracturas en distintas etapas, lesiones costales posteriores, quemaduras con patrón o hematomas incompatibles con movilidad del niño exigen evaluación especializada.
- **Trauma craneal:** Lesión intracraneal o hemorragias retinianas pueden integrar trauma abusivo; interpretar con el conjunto clínico, sin convertir un hallazgo aislado en diagnóstico definitivo.
- **Estudio dirigido:** La búsqueda de lesiones ocultas depende de edad y sospecha; no corresponde indicar radiografías de todo el cuerpo indiscriminadamente.
- **Denuncia en Chile:** Artículos 175-176 del Código Procesal Penal: profesionales obligados deben denunciar dentro de 24 horas de conocer un hecho con caracteres de delito. La protección clínica es inmediata.

Referencias: [21](#), [5](#). Bibliografía al final.

Neurodesarrollo y conducta

Interpretar los síntomas según edad, desarrollo y funcionamiento en distintos entornos.

Trastorno del Espectro Autista (TEA)

Reconocer y evaluar

- El TEA combina diferencias persistentes en comunicación/interacción social y patrones restringidos o repetitivos de conducta, intereses o respuesta sensorial desde el desarrollo temprano.
- El lenguaje y capacidad intelectual son variables; puede coexistir discapacidad intelectual.
- No atribuirlo a vacunas ni a vínculo afectivo deficiente.
- M-CHAT-R/F es tamizaje en edades indicadas, no confirmación; evaluación clínica especializada integra desarrollo, observación y herramientas como ADOS-2 cuando corresponda.
- Pérdida de habilidades requiere evaluación pronta.

Conducta y seguimiento

- Iniciar apoyos funcionales sin esperar todas las pruebas: comunicación, participación educativa, habilidades adaptativas, ajustes sensoriales y orientación familiar.
- Metas deben respetar necesidades y bienestar, no eliminar toda conducta repetitiva inocua.
- Tratar problemas asociados de sueño, ansiedad, epilepsia o irritabilidad grave; los fármacos no «curan» el TEA y necesitan indicación específica.
- Facilitar continuidad en adolescencia y adultez y prevenir acoso.
- La evaluación de hipoacusia es fundamental si hay dificultad de lenguaje.
- Mantener enfoque de derechos y consentimiento adaptado a la capacidad individual.

M-CHAT-R/F y signos de alerta

- **Ventana:** M-CHAT-R/F: tamizaje parental de 20 preguntas para 16-30 meses; no confirma TEA y no reemplaza vigilancia del desarrollo.
- **0-2 puntos:** Riesgo bajo; si tiene menos de 24 meses, repetir al cumplirlos. Derivar si la observación clínica preocupa, pese al puntaje.
- **3-7 puntos:** Realizar entrevista de seguimiento de ítems fallados; si quedan ≥ 2 positivos, derivar para evaluación diagnóstica e intervención temprana.
- **8-20 puntos:** Riesgo alto: puede omitirse seguimiento y derivar directamente para evaluación e intervención.
- **Regla de puntuación:** En la mayoría de ítems «no» suma 1; los ítems 2, 5 y 12 se invierten. Utilizar formulario oficial completo, sin improvisar sus preguntas.
- **Perfil:** Atención conjunta reducida, literalidad, resistencia a cambios, rutinas, intereses restringidos y respuestas sensoriales atípicas pueden orientar; ninguna conducta aislada confirma TEA.
- **Terminología:** «Asperger» es una denominación histórica integrada al espectro; el diagnóstico no supone inteligencia normal, discapacidad intelectual ni ausencia de lenguaje en todos los casos.

M-CHAT-R/F: ruta por puntaje

0-2

Riesgo bajo; repetir a los 24 meses si es menor. Derivar si preocupa la clínica.

3-7

Entrevista de seguimiento; ≥ 2 ítems positivos requieren derivación.

8-20

Derivación directa para diagnóstico e intervención temprana.

CLAVES EUNACOM

Un tamizaje negativo no cierra la evaluación si hay regresión o señales clínicas de TEA.

Referencias: [13](#), [22](#), [23](#). Bibliografía al final.

Trastorno específico del aprendizaje escolar

Reconocer y evaluar

- Dificultades persistentes para adquirir lectura, escritura o matemáticas, pese a apoyo dirigido, interfieren con desempeño y no se explican mejor por discapacidad intelectual, déficit sensorial, barreras lingüísticas o escolarización insuficiente.
- El diagnóstico combina historia del aprendizaje, evaluación pedagógica y pruebas estandarizadas apropiadas.
- Revisar visión, audición, sueño, ansiedad y TDAH.
- Un bajo rendimiento global no permite etiquetar «dislexia» sin distinguir qué habilidad está afectada.

Dificultad de aprendizaje

Persistencia

Problemas de lectura, escritura o cálculo con interferencia.

Diferencial

Revisar audición, visión, enseñanza, lenguaje y capacidad intelectual.

Comorbilidades

Explorar TDAH, ansiedad y otras dificultades del desarrollo.

Conducta y seguimiento

- Plan de enseñanza explícita y adaptaciones escolares, coordinación con familia y seguimiento de progreso son esenciales.
- No hay un medicamento que corrija directamente el trastorno; tratar comorbilidades cuando existan.
- Promover autoestima y evitar castigos por tareas que exceden habilidades actuales.
- Revisar respuesta a intervención y necesidades de apoyo conforme cambian exigencias escolares.
- Derivar a evaluación especializada si el perfil es complejo o existe regresión.
- El esfuerzo o inteligencia aparente no excluyen una dificultad específica, y un buen apoyo temprano reduce fracaso escolar y malestar emocional.

Referencias: [13](#), [24](#). Bibliografía al final.

Discapacidad intelectual

Reconocer y evaluar

- Limitaciones de funciones intelectuales y de conducta adaptativa iniciadas durante el desarrollo.
- **Adaptación:** Evaluar dominios conceptual (aprendizaje), social (comunicación y relaciones) y práctico (autocuidado y vida diaria).
- Un cociente intelectual aislado menor de 70 no establece por sí solo el diagnóstico ni su gravedad; considerar evaluación estandarizada, contexto cultural y apoyos necesarios.
- Buscar etiología genética, prenatal/perinatal, metabólica o ambiental y evaluar audición, visión y trastornos asociados.

Conducta y seguimiento

- Ofrecer apoyos educativos, comunicación accesible, habilidades para vida diaria y orientación familiar; asegurar participación en decisiones según capacidades.
- Investigar cambios de conducta como posible dolor, abuso, enfermedad o dificultades comunicativas antes de atribuirlos al diagnóstico.
- Neuroimagen, genética y pruebas metabólicas se indican de forma dirigida.
- Evitar lenguaje despectivo y pronósticos rígidos.
- Coordinar transición a servicios adultos, sexualidad, protección frente a explotación y oportunidades de autonomía.
- Favorecer autonomía, inclusión y apoyos proporcionales a cada actividad.

Discapacidad intelectual y parálisis cerebral

- La parálisis cerebral es un trastorno del movimiento y la postura del desarrollo; puede coexistir con dificultades cognitivas, sensoriales o epilepsia.
- La limitación motora no permite inferir inteligencia. Adaptar las pruebas a las posibilidades de comunicación y movimiento; la etiología no se reduce a hipoxia durante el parto.

Intelecto y adaptación

Diagnóstico

Dificultades intelectuales y adaptativas durante el desarrollo.

Apoyos

Dominios conceptual, social y práctico; el cociente intelectual no basta.

Parálisis cerebral

Trastorno motor que no determina por sí solo capacidad intelectual.

Referencias: [13](#). Bibliografía al final.

Trastorno por déficit atencional

Reconocer y evaluar

- **DSM-5:** ≥ 6 síntomas de inatención y/o ≥ 6 de hiperactividad-impulsividad hasta los 16 años; desde 17 años, ≥ 5 en el dominio correspondiente. Persisten ≥ 6 meses y son inadecuados para el desarrollo.
- Algunos síntomas están presentes antes de los 12 años y en ≥ 2 entornos; deben interferir con el funcionamiento. Presentaciones: inatenta, hiperactiva-impulsiva o combinada.
- Recoger antecedentes del paciente, familia y escuela. Las escalas apoyan, pero inquietud o notas bajas aisladas no confirman el diagnóstico.
- Descartar sueño insuficiente, ansiedad, depresión, trauma, dificultades de aprendizaje y problemas sensoriales. La presentación inatenta no implica necesariamente hipoactividad.

TDAH · claves del criterio DSM-5

Síntomas

≥ 6 por dominio hasta los 16 años; ≥ 5 desde los 17.

Persistencia

≥ 6 meses; algunos síntomas antes de los 12 años.

Contexto

≥ 2 entornos, con interferencia. No basta una escala ni un síntoma aislado.

Diferencial

Sueño, aprendizaje, ansiedad, depresión, trauma y problemas sensoriales.

Conducta y seguimiento

- Intervenciones parentales y escolares, organización del entorno y habilidades son centrales.
- Añadir medicación según edad, gravedad, repercusión y respuesta a las intervenciones, con objetivos y controles definidos.
- Revisar antecedentes cardiovasculares personales y familiares antes de prescribir.
- Reevaluar adherencia y funcionamiento; abordar comorbilidades.
- En preescolares priorizar intervenciones conductuales y evaluación especializada.
- Diferenciar de hipomanía: en TDAH el patrón es crónico y no un episodio nuevo con menor necesidad de sueño.

Selección y control del tratamiento

- Metilfenidato es una opción inicial habitual cuando está indicado; atomoxetina y otras alternativas se eligen por respuesta, tolerancia, edad y comorbilidades.
- **Controles:** Presión, pulso, talla, peso, apetito y sueño. ECG si historia/examen sugieren riesgo, no automáticamente en todo niño.
- Modafinilo no es tratamiento inicial habitual del TDAH infantil. Síntomas de atención recién aparecidos obligan a buscar otra causa.

Referencias: [13](#), [24](#), [25](#), [26](#). Bibliografía al final.

Trastorno del lenguaje

Reconocer y evaluar

- El trastorno del desarrollo del lenguaje afecta comprensión y/o expresión más allá de lo esperable para edad y contexto lingüístico.
- Diferenciar de articulación, fluidez, hipoacusia, TEA y discapacidad intelectual.
- Revisar hitos, antecedentes familiares y oportunidades comunicativas sin culpar al bilingüismo.
- La regresión del lenguaje o pérdida de interacción necesita estudio neurológico y del desarrollo.
- Evaluar audición aunque parezca escuchar algunos sonidos.

Lenguaje: evitar la espera pasiva

Definir

Comprensión, expresión, articulación y fluidez.

Descartar

Hipoacusia, TEA y discapacidad intelectual.

Alarma

Regresión o pérdida de interacción requiere evaluación pronta.

Conducta y seguimiento

- Derivar oportunamente a fonoaudiología y evaluación del desarrollo; ofrecer interacción cara a cara, lectura compartida y apoyo escolar.
- Adaptar instrucciones a capacidad de comprensión.
- No esperar simplemente a que «hable cuando sea mayor» ante señales de alarma, como ausencia de palabras significativas hacia 18 meses o frases de dos palabras hacia dos años, interpretadas clínicamente.
- Intervención temprana mejora participación y aprendizaje.
- Evitar pruebas o terapias sin objetivo medible; reevaluar comprensión, expresión y función social.
- Si existen crisis, regresión o focalidad, la urgencia aumenta.

Referencias: [13](#). Bibliografía al final.

Trastorno de conducta disocial

Reconocer y evaluar

- Patrón persistente de transgresión de derechos y normas importantes: agresión a personas/animales, destrucción, engaño, robo o violaciones graves de reglas.
- Debe diferenciarse de oposicionismo, conductas aisladas, trauma, trastornos del ánimo y condiciones del neurodesarrollo.
- Explorar contexto familiar, exposición a violencia, pares, consumo, dificultades escolares y riesgo para terceros.
- Evitar descripciones morales de «niño malo»; se evalúan comportamientos, consecuencias y necesidades.

Conducta disocial

Derechos

Agresión a personas o animales.

Normas

Destrucción, engaño, robo o transgresiones graves.

Contexto

Buscar trauma, consumo, violencia y dificultades escolares; evitar etiquetas morales.

Conducta y seguimiento

- Intervenir tempranamente con estrategias familiares y escolares, entrenamiento parental y programas comunitarios/multisistémicos cuando están disponibles.
- Tratar TDAH, consumo u otros trastornos coexistentes y activar protección si existe maltrato.
- No hay un fármaco de rutina para resolver el patrón completo; manejo de agresividad grave requiere especialista y vigilancia de efectos adversos.
- Diseñar límites consistentes sin castigos violentos.
- Riesgo inmediato de daño requiere evaluación urgente y plan de seguridad.
- La asociación con personalidad antisocial en adultez es un riesgo, no un destino inevitable.

Umbrales y evolución

- **DSM-5:** ≥ 3 de 15 conductas en los últimos 12 meses, con ≥ 1 en los últimos 6 meses y deterioro significativo. Las categorías son agresión, destrucción, engaño/robo y transgresión grave de normas.
- **Edad:** Precisar si alguna conducta comenzó antes de los 10 años. Desde los 18 años, no diagnosticar este cuadro si se cumplen criterios de personalidad antisocial.

Referencias: [13](#), [24](#), [25](#), [27](#). Bibliografía al final.

Trastorno de conducta oposicionista desafiante

Reconocer y evaluar

- En DSM-5, patrón de irritabilidad, discusiones/desafío y conducta vengativa durante al menos seis meses, desproporcionado para edad y contexto, que deteriora relaciones o funcionamiento.
- No equivale a rabietas normales del desarrollo ni al trastorno disocial, donde hay transgresión grave de derechos.
- Evaluar relación con diferentes cuidadores, escuela y situaciones; buscar TDAH, dificultades comunicativas, ansiedad, trauma o estrés familiar.
- El diagnóstico no debe basarse en desobediencia aislada o conflicto con una sola exigencia inapropiada.

Oposicionismo clínico · DSM-5

Patrón

Irritabilidad, desafío o venganza por ≥ 6 meses.

Impacto

Desproporcionado para edad y contexto; deteriora funcionamiento.

Diferenciar

Rabietas normales, TDAH, ansiedad, trauma y trastorno disocial.

Conducta y seguimiento

- Entrenamiento a cuidadores, refuerzo positivo, rutinas, instrucciones claras y consecuencias previsibles son intervenciones centrales.
- Coordinar escuela y familia y fortalecer regulación emocional.
- No indicar antipsicóticos automáticamente ni culpar a una «mala disciplina» como explicación única.
- Tratar comorbilidades y reducir factores estresantes.
- Establecer metas concretas y controles para medir frecuencia, intensidad y recuperación tras conflictos.
- Violencia importante, crueldad, riesgo suicida o sospecha de abuso obliga a ampliar evaluación.
- Mantener alianza terapéutica con el niño y no solo con los adultos que consultan.

Cuándo el oposicionismo supera lo esperable

- **DSM-5:** ≥ 4 síntomas de irritabilidad, desafío/discusión o venganza durante ≥ 6 meses, en interacción con al menos una persona que no sea un hermano.
- **Frecuencia:** Antes de los 5 años, la mayoría de los días; desde los 5, al menos semanalmente, considerando edad, cultura e intensidad. Para venganza, ≥ 2 episodios en 6 meses. La repercusión sigue siendo necesaria.
- **Ocho manifestaciones:** Pierde calma, se molesta fácilmente, está enojado/resiente; discute, desafía, molesta deliberadamente o culpa a otros; conducta vengativa. Interpretar las manifestaciones dentro del patrón y contexto, no como lista aislada.

Referencias: [13](#), [24](#), [25](#). Bibliografía al final.

Trastorno de somatización en niños

Reconocer y evaluar

- Dolor abdominal, cefalea, fatiga u otros síntomas pueden relacionarse con estrés y mecanismos funcionales, pero siempre requieren historia y examen apropiados.
- Indagar impacto escolar, sueño, alimentación, trauma y ansiedad.
- Buscar banderas de alarma propias del síntoma: pérdida de peso, fiebre persistente, focalidad, sangrado o despertar nocturno significativo.
- Una enfermedad orgánica y síntomas funcionales pueden coexistir.
- El síntoma es experimentado como real; no implica simulación.

Síntomas físicos infantiles

Evaluar

Historia, examen y repercusión escolar, sueño y alimentación.

Alarmas

Pérdida de peso, fiebre, focalidad, sangrado o síntomas nocturnos relevantes.

Comprender

Síntomas reales; causa orgánica y mecanismos funcionales pueden coexistir.

Conducta y seguimiento

- Explicar una formulación biopsicosocial comprensible y coordinar un profesional referente para evitar exploraciones repetidas sin indicación.
- Establecer retorno gradual a actividad y escuela, estrategias de afrontamiento y psicoterapia cuando corresponda.
- Trabajar con cuidadores para apoyar funcionamiento sin reforzar incapacidad.
- Tratar ansiedad o depresión comórbida, sin prescribir psicofármacos solo porque estudios iniciales sean normales.
- Programar controles y criterios de reevaluación si cambian síntomas.
- Evitar decir «no tiene nada» o enfrentar innecesariamente lo físico y lo psicológico.

Referencias: [13](#). Bibliografía al final.

Psicosis y otros trastornos

Diferenciar experiencias, curso temporal y causas médicas antes de cerrar el diagnóstico.

Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos

Reconocer y evaluar

- Psicosis incluye delirios, alucinaciones y desorganización con alteración del juicio de realidad; puede ocurrir por sustancias, delirium, trastornos del ánimo o enfermedades neurológicas.
- Esquizofrenia requiere síntomas característicos, deterioro y duración longitudinal apropiada; no es una herencia autosómica dominante simple.
- Evaluar síntomas negativos, cognición, funcionamiento, riesgo y consumo.
- Inicio atípico, fiebre, convulsiones, fluctuación o signos neurológicos exigen estudio orgánico.
- La presencia de insight parcial no descarta una experiencia psicótica.

Psicosis: antes de etiquetar

Síndrome

Delirios, alucinaciones o desorganización.

Alternativas

Sustancias, delirium, ánimo o enfermedad neurológica.

Alarma orgánica

Fiebre, convulsiones, focalidad, fluctuación o inicio atípico.

Conducta y seguimiento

- En primer episodio, derivar oportunamente a programa especializado/GES, iniciar tratamiento según gravedad y coordinar familia, rehabilitación y continuidad.
- Elegir antipsicótico por eficacia previa, efectos metabólicos, prolactina, QT y síntomas extrapiramidales; monitorizar peso, presión, glicemia y lípidos.
- Evitar polifarmacia rutinaria.
- Formulaciones de larga acción se consideran con decisión compartida; clozapina requiere indicación y monitorización en resistencia.
- Agitación se aborda primero con desescalamiento y seguridad, usando fármacos si es necesario.
- Catatonia precisa manejo específico; no se resuelve automáticamente aumentando antipsicóticos.

Duración, curso y diagnósticos cercanos

- **Esquizofrenia, DSM-5:** ≥ 2 síntomas durante ≥ 1 mes de fase activa (menos si el tratamiento es eficaz): delirios, alucinaciones, lenguaje desorganizado, conducta muy desorganizada/catatónica o síntomas negativos. Al menos uno debe ser delirios, alucinaciones o lenguaje desorganizado. El trastorno continuo dura ≥ 6 meses y causa deterioro.
- **CIE-11:** Esquizofrenia requiere ≥ 2 síntomas característicos, con al menos uno nuclear, presentes la mayor parte del tiempo durante ≥ 1 mes. No exige el umbral de seis meses del DSM.
- **Duración en DSM-5:** Psicosis breve, ≥ 1 día y < 1 mes con recuperación; esquizofreniforme, 1 a < 6 meses; esquizofrenia, ≥ 6 meses. Excluir causas médicas, sustancias y cuadros afectivos antes de clasificar.
- **Trastorno delirante, DSM-5:** Delirio ≥ 1 mes sin cumplir la fase activa de esquizofrenia; función relativamente preservada fuera de su impacto. Puede ser persecutorio, celotípico, erotomaniaco, somático o grandioso.
- **Esquizoafectivo, DSM-5:** Coinciden un episodio afectivo mayor y la fase activa de esquizofrenia; además hay ≥ 2 semanas de delirios/alucinaciones sin episodio afectivo mayor. Los episodios afectivos ocupan la mayor parte del curso activo y residual.
- **Psicosis afectiva:** Si aparece exclusivamente durante manía o depresión mayor, considerar trastorno del ánimo con síntomas psicóticos.
- **Psicosis posparto:** Urgencia: proteger a madre y bebé, asegurar supervisión y excluir causas médicas; frecuente asociación con bipolaridad.
- **Primer episodio:** Iniciar evaluación y tratamiento oportunos; no esperar seis meses para atender una psicosis por no poder asignar todavía un diagnóstico longitudinal definitivo.

Duración de psicosis · marco DSM-5

Breve

≥ 1 día y < 1 mes; retorno al funcionamiento previo.

Esquizofreniforme

1 a < 6 meses; no se exige deterioro funcional para el diagnóstico.

Esquizofrenia

≥ 6 meses de trastorno continuo; ≥ 1 mes activo, o menos si tratado eficazmente; deterioro funcional.

La duración orienta después de excluir causas médicas, sustancias y psicosis afectiva.

Síntomas negativos, catatonía y tratamiento

- **Síntomas negativos:** Aplanamiento afectivo, alogia, avolición, anhedonia y retraimiento social; distinguir de depresión, sedación y síntomas extrapiramidales.
- **Subtipos históricos:** Paranoide, desorganizado, residual y simple describen clasificaciones antiguas; no predicen por sí solos tratamiento ni destino funcional.
- **Catatonía:** Estupor o agitación no dirigida, mutismo, negativismo, posturas y otros signos motores requieren valoración urgente; benzodiacepinas o terapia electroconvulsiva pueden indicarse por especialista.
- **Antipsicóticos:** Típicos y atípicos pueden usarse según indicación; no equivalen respectivamente a tratamiento agudo y crónico. Ambos requieren vigilancia de efectos adversos.
- **Monitorización:** Peso, cintura, pulso/presión, glicemia o HbA1c, lípidos, prolactina y examen motor basal; ECG según riesgo o contexto hospitalario.
- **Resistencia:** Confirmar adherencia y ensayos adecuados; clozapina tras fracaso de dos antipsicóticos apropiados, con monitorización hematológica y clínica especializada.
- **Continuidad:** Combinar medicación, intervención familiar, psicoterapia y rehabilitación; inyectables de larga acción tienen intervalos diferentes, no todos mensuales.

Describir el síntoma antes de nombrar el trastorno

- **Delirio:** Creencia sostenida con convicción pese a evidencia contraria, valorada en su contexto cultural. No confundir con el síndrome confusional denominado delirium.
- **Alucinación:** Experiencia perceptiva sin estímulo externo correspondiente. Una ilusión es la interpretación errónea de un estímulo real.

- **Pensamiento:** Separar contenido (p. ej., persecución) de forma (p. ej., asociaciones laxas o incoherencia).
- **Insight:** La conciencia de enfermedad puede ser parcial y cambiar; no descarta por sí sola psicosis. Siempre explorar atención, orientación, ánimo, consumo y riesgo.

Clozapina: alarmas que no deben esperar

- **Fiebre u odinofagia:** Considerar neutropenia; evaluación y hemograma urgentes según protocolo de clozapina.
- **Taquicardia persistente, disnea o dolor torácico:** Descartar miocarditis, especialmente al inicio.
- **Constipación:** Preguntar activamente y tratar. Dolor, distensión o vómitos pueden indicar hipomotilidad intestinal grave y requieren urgencia. Mantener controles hematológicos y metabólicos.

CLAVES EUNACOM

Fiebre, convulsiones, focalidad o conciencia fluctuante con psicosis obligan a investigar causas médicas.

Referencias: [28](#), [29](#), [13](#), [30](#), [7](#), [31](#), [32](#), [33](#). Bibliografía al final.

Agitación psicomotora y hospitalización

Primera evaluación y desescalamiento

- **Seguridad:** Pedir apoyo, retirar estímulos peligrosos y mantener distancia y salida accesible. Un interlocutor, lenguaje breve, tono calmado y opciones simples. Evitar confrontación y acumulación de personas.
- **Evaluación simultánea:** ABC, signos vitales, saturación y glicemia; buscar hipoxia, dolor, hipoglicemia, intoxicación, abstinencia, delirium y causas neurológicas.
- **Contexto:** Revisar fármacos, embarazo, edad y fragilidad. Adaptar comunicación y ambiente sensorial en TEA o discapacidad; no atribuir automáticamente la conducta al diagnóstico previo.
- **Objetivo:** Recuperar calma suficiente para evaluar y tratar, conservando respiración y capacidad de interacción cuando sea posible.

Agitación: prioridades clínicas

1

Asegurar y valorar

Ayuda, entorno seguro, signos vitales, saturación y glicemia; buscar urgencia médica.



2

Desescalar

Interlocutor único, calma, distancia, opciones simples y reducción de estímulos.



3

Tratar y reevaluar

Elegir según causa y riesgo; medicación cuando corresponde. Si es parenteral, vigilancia respiratoria y cardiovascular.

La evaluación médica y las medidas de seguridad se realizan de forma simultánea.

Elección del tratamiento y vigilancia

- **Vía oral:** Preferirla cuando la persona coopera; elección y dosis dependen de causa y riesgos. En psicosis/manía suele requerirse antipsicótico; en abstinencia alcohólica, benzodiacepina.
- **Delirium:** Tratar causa; las benzodiacepinas pueden empeorarlo si no corresponde a abstinencia u otra indicación específica.
- **Tranquilización parenteral:** Solo con indicación, personal entrenado y vigilancia respiratoria, cardiovascular y del nivel de conciencia; revisar respuesta antes de repetir dosis y evitar acumulación de sedantes.
- **Restricción:** Contención física/mecánica es excepcional ante riesgo que no responde o no permite medidas menos restrictivas. Debe ser proporcional, breve, vigilada y documentada; nunca castigo ni sustituto de personal.

Derechos y hospitalización en Chile

- **Ley 21.331:** Hospitalización psiquiátrica excepcional, terapéutica y por el tiempo necesario. No se justifica solo por discapacidad, falta de vivienda o conflicto social.
- **Involuntaria:** Exige riesgo cierto e inminente para vida o integridad propia/de terceros, sin alternativa ambulatoria menos restrictiva y eficaz, junto con los requisitos legales documentados. Un diagnóstico por sí solo no basta.
- **Decreto 9:** Distingue hospitalización involuntaria de urgencia, administrativa y judicial. La de urgencia la dispone un médico cuando no puede obtenerse consentimiento ni completarse la vía administrativa, cumpliendo requisitos y comunicaciones establecidas.
- Registrar evaluación, razones, medidas previas, tratamiento, plazo, vigilancia y comunicaciones a autoridad y red pertinente. Mantener información comprensible y participación de la persona siempre que sea posible.

Referencias: [54](#), [55](#), [56](#), [57](#). Bibliografía al final.

Trastornos disociativos

Reconocer y evaluar

- Alteraciones de integración de memoria, identidad, percepción o conciencia; pueden incluir amnesia disociativa y despersonalización/desrealización con juicio de realidad conservado.
- Evaluar temporalidad, trauma, consumo, epilepsia, síncope, delirium y trastornos del sueño.
- No presumir fingimiento ante una presentación inusual.
- En síntomas neurológicos funcionales, el diagnóstico requiere signos positivos de incompatibilidad con enfermedad neurológica conocida, no solo exámenes normales o aparente indiferencia.

Disociación y diferencial

Experiencia

Alteraciones de memoria, identidad, percepción o conciencia.

Exclusión dirigida

Epilepsia, síncope, tóxicos, delirium y trastornos del sueño.

Síntoma funcional

Signos positivos; exámenes normales o indiferencia no bastan.

Conducta y seguimiento

- Priorizar seguridad, orientación y técnicas de anclaje al presente; explicar el diagnóstico sin invalidar experiencias.
- Psicoterapia y tratamiento de comorbilidades son el eje, con enfoque informado por trauma.
- No forzar recuerdos ni usar técnicas sugestivas que generen falsas memorias.
- Amnesia aguda o alteración de conciencia exige excluir causas médicas urgentes antes de cerrar evaluación.
- El pronóstico depende de etiología, duración y apoyos; no todos los cuadros son breves o benignos.
- Coordinar neurología y salud mental cuando hay episodios paroxísticos o diagnóstico incierto.

Formas clínicas y términos históricos

- **Amnesia y fuga:** Pérdida de recuerdos autobiográficos no explicada por olvido normal; puede asociarse a desplazamiento o deambulación. Excluir causas neurológicas, tóxicas y traumáticas.
- **Identidad:** Discontinuidad del sentido del yo y de la agencia, con lagunas de memoria que exceden el olvido corriente, requiere evaluación especializada.
- **Estupor:** Inmovilidad o escasa respuesta nunca deben etiquetarse disociativas sin descartar urgencias médicas, catatonía e intoxicación.
- **Ganser:** Las respuestas aproximadas son una descripción histórica inespecífica; por sí solas no diagnostican disociación, simulación ni enfermedad de una población concreta.

Dos experiencias que conviene distinguir

- **Despersonalización:** Sensación de extrañeza o separación respecto de uno mismo, como observarse desde fuera.
- **Desrealización:** El entorno se vive irreal, distante o como en un sueño.
- En ambas se conserva el juicio de realidad sobre esa experiencia: la persona sabe que es una sensación, no que el mundo se haya transformado literalmente. Pueden aparecer en pánico, trauma, sustancias u otros cuadros; no constituyen por sí solas un diagnóstico disociativo.

Referencias: [13](#), [34](#). Bibliografía al final.

Trastornos facticios

Reconocer y evaluar

- En trastorno facticio existe falsificación o inducción intencional de síntomas y presentación como enfermo, sin recompensa externa evidente que explique la conducta.
- En simulación hay incentivos externos claros, como evitar una obligación; no es automáticamente un trastorno mental.
- Diferenciar de síntomas funcionales, donde no se presupone producción voluntaria.
- Revisar registros y discordancias de manera respetuosa.
- La forma impuesta a otro constituye una situación de maltrato y riesgo.

Facticio, simulación y función

Facticio

Producción intencional sin recompensa externa evidente.

Simulación

Incentivo externo claro; no equivale automáticamente a trastorno mental.

Funcional

No se presupone producción voluntaria de síntomas.

Conducta y seguimiento

- Prevenir daño por pruebas, procedimientos o tratamientos innecesarios, manteniendo un plan coordinado entre profesionales.
- La confrontación hostil suele empeorar relación y seguimiento; proponer abordaje de necesidades y salud mental sin exigir confesión.
- Documentar hechos observables y evitar acusaciones no demostradas.
- Si un cuidador induce síntomas en un menor o dependiente, asegurar protección y activar protocolos.
- Evaluar autolesión, acceso a fármacos y comorbilidades.
- No inferir el diagnóstico solo porque la presentación no encaje, el paciente consulte mucho o solicite atención.

Referencias: [13](#). Bibliografía al final.

Trastornos somatomorfos

Reconocer y evaluar

- La terminología actual incluye trastorno de síntomas somáticos y ansiedad por enfermedad.
- En el primero hay síntomas junto a pensamientos, ansiedad o conductas desproporcionadas y persistentes; no exige que todo síntoma carezca de causa médica.
- En ansiedad por enfermedad predomina preocupación por padecer una enfermedad con síntomas ausentes o leves.
- Distinguir de delirios somáticos, TOC, depresión y enfermedad no diagnosticada.
- Evaluar proporcionalidad y funcionamiento, no solo cantidad de consultas.

Preocupación por la salud

Síntomas somáticos

Síntomas acompañados de pensamientos o conductas desproporcionadas.

Ansiedad por enfermedad

Temor predominante con síntomas ausentes o leves.

Diferencial

Enfermedad orgánica, TOC, depresión o delirio somático.

Conducta y seguimiento

- Validar sufrimiento, acordar controles programados con referente y limitar pruebas a cambios clínicos o indicaciones justificadas.
- Explicar mecanismos de percepción y estrés, fomentar actividad gradual y ofrecer psicoterapia.
- Tratar comorbilidad ansiosa o depresiva según criterios.
- No prometer certeza absoluta ni alimentar ciclos de tranquilización y exámenes repetidos.
- Mantener evaluación de banderas de alarma nuevas: el diagnóstico funcional no protege de enfermar orgánicamente.
- En dolor persistente, priorizar función y estrategias multimodales, evitando escaladas farmacológicas sin beneficio.

Preocupación corporal y dolor

- **Dismorfia corporal:** Preocupación intensa por defectos ausentes o leves, con comprobación, comparación o camuflaje repetitivos y deterioro; no es mera vanidad.
- **Dismorfia muscular:** Preocupación por ser insuficientemente musculoso puede formar parte del trastorno dismórfico; preguntar por ejercicio compulsivo y sustancias.
- **Tratamiento específico:** Terapia cognitivo-conductual y, cuando corresponde, ISRS; procedimientos cosméticos no resuelven de forma fiable el trastorno subyacente.
- **Dolor persistente:** Integrar mecanismos físicos, emocionales y sociales; una explicación funcional no significa que el dolor sea inventado.

Referencias: [13](#), [18](#). Bibliografía al final.

Trastornos de la personalidad

Reconocer y evaluar

- Son patrones persistentes e inflexibles de experiencia interna y conducta, con inicio temprano y deterioro interpersonal o funcional.
- Deben evaluarse longitudinalmente fuera de crisis agudas, considerando cultura, trauma y neurodesarrollo.
- La clasificación categorial DSM en grupos A, B y C ayuda al estudio, pero no describe toda la complejidad.
- En personalidad límite destacan inestabilidad, miedo al abandono, impulsividad y autolesión; no equivale a bipolaridad, cuyo cambio ocurre en episodios diferenciados.

Conducta y seguimiento

- La psicoterapia estructurada es tratamiento central; terapia dialéctico-conductual y otras modalidades tienen indicación según cuadro.
- Fármacos se reservan a síntomas/comorbilidades concretos, evitando polifarmacia y sedación como manejo principal.
- Mantener límites claros, continuidad y plan de crisis.
- Toda expresión suicida requiere evaluación, sin descartarla como «manipulación».
- Evitar etiquetas morales y predicciones inmutables: muchos pacientes mejoran con tratamiento.
- Ante descompensación, buscar consumo, depresión, violencia o pérdidas y coordinar apoyos; no diagnosticar por un único conflicto asistencial.

Personalidad: tratamiento longitudinal

Eje

Psicoterapia estructurada y continuidad.

Fármacos

Síntomas o comorbilidades específicas; evitar polifarmacia.

Crisis

Evaluar toda expresión suicida y acordar plan de seguridad.

Perfiles tradicionales para el diagnóstico diferencial

- **Grupo A:** Paranoide: desconfianza persistente, interpretación hostil y rencor. Esquizoide: poco interés en vínculos. Esquizotípico: ideas/percepciones inusuales y conducta excéntrica.
- **Grupo B:** Antisocial: vulneración reiterada de derechos y escaso remordimiento. Límite: inestabilidad de identidad/relaciones, temor al abandono, impulsividad e ira. Histriónico: expresividad y búsqueda de atención. Narcisista: grandiosidad, necesidad de admiración y dificultades de empatía.
- **Grupo C:** Evitativo: desea vínculos pero teme rechazo. Dependiente: necesidad marcada de cuidado, dificultad para decidir, sumisión y temor a separación. Obsesivo-compulsivo: perfeccionismo, orden y control rígidos.
- **Distinciones:** Personalidad obsesivo-compulsiva no equivale a TOC. Personalidad evitativa no equivale al escaso deseo de vínculo del perfil esquizoide.
- **Clasificaciones:** CIE-11 usa un modelo dimensional de gravedad y rasgos; los grupos tradicionales sirven como referencia histórica, sin sustituir evaluación longitudinal.

Referencias: [13](#), [35](#). Bibliografía al final.

Trastornos de la conducta alimentaria

Reconocer y evaluar

- Anorexia nerviosa combina restricción con peso significativamente bajo, temor intenso a engordar o conductas que impiden recuperar peso, y alteración de vivencia corporal/autoevaluación o falta de reconocimiento de la gravedad. Amenorrea no es requisito.
- Bulimia implica atracones y conductas compensatorias recurrentes, habitualmente con peso normal; trastorno por atracones carece de compensación regular.
- TCA restrictivo puede ser grave sin bajo IMC absoluto si la pérdida fue rápida.
- Evaluar pulso, presión/ortostatismo, temperatura, ECG, electrolitos, fósforo, función renal, purgas y suicidio.

TCA: patrón, peso y compensación

Anorexia

Restricción y bajo peso, temor a engordar o conductas que impiden recuperarlo, con alteración de vivencia corporal o reconocimiento.

Bulimia

Atracones y compensación $\geq$ 1/semana por $\geq$ 3 meses; criterios DSM-5.

Trastorno por atracones

Atracones con malestar, $\geq$ 1/semana por $\geq$ 3 meses; sin compensación regular.

Restricción grave

Puede existir con IMC normal. Estabilidad, pérdida rápida e ingesta orientan la urgencia.

Conducta y seguimiento

- El tratamiento es multidisciplinario y nutricional, con terapia familiar especialmente útil en adolescentes.
- Bradicardia marcada, inestabilidad, alteraciones electrolíticas, deshidratación, rechazo alimentario o riesgo suicida requieren evaluación hospitalaria.
- Prevenir síndrome de realimentación mediante plan y monitorización, sin prolongar inanición por temor.
- ISRS pueden ayudar en bulimia o comorbilidad, pero no sustituyen recuperación nutricional en anorexia; evitar bupropión ante anorexia o bulimia actual o previa por riesgo convulsivo.
- No tratar peso o apariencia como único indicador de mejoría; evaluar conductas y función.

Complicaciones y otras presentaciones

- **Purgas:** Hipopotasemia, alcalosis, erosión dental y aumento parotídeo; hematemesis tras vómitos sugiere desgarro de Mallory-Weiss; dolor torácico intenso, disnea o enfisema subcutáneo obliga a descartar rotura esofágica (Boerhaave), una urgencia.
- **Restricción:** Puede causar hipotermia, bradicardia, alteraciones hematológicas/hepáticas y pérdida ósea; menstruación presente no excluye anorexia.
- **Hospitalización:** Decidir por estabilidad médica, trayectoria de pérdida, ingesta y seguridad; ningún IMC aislado sirve de regla universal.
- **Rumiación:** Regurgitación repetida de alimentos, tras excluir causas gastrointestinales; requiere evaluación y tratamiento específico.

- **Conductas alimentarias:** Masticar y escupir merece exploración clínica; etiquetas como «gourmet» no constituyen por sí solas diagnósticos formales.
- **Salud ósea:** Considerar densitometría por bajo peso prolongado o fracturas. NICE propone considerarla tras un año de bajo peso en menores y dos años en adultos, antes si hay dolor óseo o fracturas recurrentes; recuperar nutrición es central.

Atracón, bulimia y restricción

- **Atracón:** Ingesta claramente excesiva para el contexto en un período delimitado, junto a pérdida de control.
- **Bulimia, DSM-5:** Atracones y compensación inapropiada ≥ 1 vez por semana durante ≥ 3 meses; autoevaluación excesivamente ligada a peso/figura. No aparece exclusivamente durante anorexia.
- **Trastorno por atracones, DSM-5:** Atracones ≥ 1 vez por semana durante ≥ 3 meses, malestar marcado y ≥ 3 características asociadas (rapidez, plenitud incómoda, comer sin hambre, ocultarlo o malestar posterior), sin compensación regular.
- **Restricción evitativa:** En ARFID, la ingesta insuficiente provoca consecuencias nutricionales o funcionales, sin que el motor principal sea el temor a engordar. Puede relacionarse con textura, bajo interés o miedo a consecuencias como atragantarse.

CLAVES EUNACOM

El peso normal no excluye un trastorno alimentario grave; valorar ingesta, trayectoria de pérdida y estabilidad médica.

Referencias: [36](#), [37](#), [38](#). Bibliografía al final.

Sexualidad humana y sus alteraciones

Reconocer y evaluar

- La sexualidad comprende deseo, excitación, vínculos, identidad y prácticas, con amplia diversidad no patológica.
- Orientación sexual e identidad de género no son trastornos mentales.
- Evaluar solo cuando hay malestar propio, deterioro, riesgo o falta de consentimiento, distinguiendo efectos de estigma y violencia.
- Entrevista respetuosa y confidencial explora salud física, relaciones, medicamentos, trauma y consumo, sin asumir pareja, prácticas o metas reproductivas.

Sexualidad y diversidad

Diversidad

Orientación e identidad no son trastornos mentales.

Consulta

Malestar propio, deterioro, riesgo o falta de consentimiento.

Evaluación

Salud, vínculos, medicamentos, trauma y consumo sin supuestos sobre prácticas.

Conducta y seguimiento

- Ofrecer información sobre consentimiento, prevención de ITS, anticoncepción y acceso a atención pertinente.
- Las conductas coercitivas o explotación requieren protección de la persona afectada y evaluación del riesgo.
- No recomendar terapias de conversión.
- Una preferencia sexual atípica no equivale por sí sola a trastorno parafílico; se requiere valorar malestar/deterioro o daño/riesgo a terceros según criterios.
- Derivar a profesionales con formación específica ante dificultades complejas.
- En discapacidad o edad avanzada, no presumir ausencia de sexualidad ni incapacidad automática de consentir.

Referencias: [13](#). Bibliografía al final.

Disfunción sexual

Reconocer y evaluar

- Las disfunciones pueden afectar deseo, excitación, erección, orgasmo, eyaculación o generar dolor.
- Confirmar persistencia, contexto y malestar, sin patologizar variaciones normales.
- Revisar diabetes, enfermedad vascular, hipogonadismo cuando hay sospecha, síntomas genitourinarios, depresión, conflictos y fármacos, especialmente antidepresivos.
- La disfunción eréctil puede preceder enfermedad cardiovascular.

- Dolor con penetración requiere examen cuidadoso y descartar infección, atrofia, endometriosis o hipertonía del piso pélvico.

Conducta y seguimiento

- Tratar causas, ajustar medicación de forma consensuada y ofrecer educación, terapia sexual o de pareja según preferencia.
- Inhibidores de PDE5 son opción para disfunción eréctil tras evaluar seguridad cardiovascular; están contraindicados con nitratos.
- No indicar testosterona sin deficiencia documentada y evaluación.
- Para síntomas genitourinarios, lubricantes, hidratantes y terapia local pueden ayudar según contexto.
- Evitar procedimientos dolorosos sin consentimiento y metas basadas solo en penetración.
- La recuperación se valora según bienestar y objetivos de la persona, no por una norma externa.

Disfunción sexual

Causa

Tratar enfermedades y ajustar medicamentos de forma consensuada.

Apoyo

Educación y terapia sexual o de pareja según preferencias.

Seguridad

PDE5 contraindicado con nitratos; testosterona solo con deficiencia evaluada.

Referencias: [13](#), [39](#). Bibliografía al final.

Alcohol, sustancias y toxicología

Separar intoxicación, abstinencia y tratamiento a largo plazo.

Consumo perjudicial de alcohol

Reconocer y evaluar

- El consumo perjudicial produce daño físico o mental; patrones de riesgo pueden existir antes de dependencia.
- Cuantificar frecuencia, cantidad, episodios intensos y situaciones peligrosas, sin basarse en etiquetas como «bebedor social».
- El AUDIT orienta la pesquisa; interpretar junto a la entrevista.
- Investigar conducción, violencia, fármacos, embarazo, enfermedades hepáticas y salud mental.
- No hay un umbral que garantice ausencia total de riesgo; algunas personas deben evitar alcohol completamente.
- Preguntar por abstinencia previa antes de recomendar interrupción no supervisada.

Conducta y seguimiento

- Realizar intervención breve y entrevista motivacional, vinculando consumo con problemas concretos y acordando objetivos medibles.
- Ofrecer seguimiento y acceso a tratamiento si hay pérdida de control, daño o dificultad para reducir.
- Promover reducción de daños y abstinencia cuando esté indicada, sin esperar a que la persona «toque fondo».
- Solicitar exámenes según clínica; marcadores hepáticos normales no excluyen problema.
- Si hay dependencia fisiológica, organizar desintoxicación segura y apoyo psicosocial, porque suspender bruscamente puede causar convulsiones o delirium.

AUDIT: dominios, puntuación e interpretación

- **Instrumento:** Diez preguntas sobre los últimos 12 meses: tres de consumo, tres de dependencia y cuatro de consecuencias.
- **Consumo:** Frecuencia, cantidad habitual y frecuencia de consumo intenso; cuantificar la bebida estándar usada en el formulario, sin equiparar automáticamente una copa a una unidad.
- **Dependencia:** Pérdida de control, incumplimiento de obligaciones y consumo matinal.
- **Consecuencias:** Culpa, lagunas de memoria, lesiones y preocupación de terceros.
- **Puntuación:** Ítems 1-8: 0-4; ítems 9-10: 0, 2 o 4. Total 0-40; usar las opciones completas del formulario oficial.
- **Interpretación OMS:** ≥ 8 suele indicar consumo riesgoso/perjudicial; 16-19 orienta a intervención más intensiva y ≥ 20 obliga a investigar dependencia. Ajustar interpretación a población y contexto, sin diagnosticar solo por corte.

AUDIT: dominios

Consumo

Frecuencia, cantidad y episodios intensos.

Dependencia

Control, obligaciones y consumo matinal.

Consecuencias

Culpa, amnesia, lesiones y preocupación de terceros.

Referencias: [40](#), [41](#), [42](#), [43](#). Bibliografía al final.

Dependencia de alcohol

Reconocer y evaluar

- El trastorno por consumo de alcohol implica pérdida de control, prioridad del consumo y persistencia pese al daño; tolerancia y abstinencia pueden estar presentes.
- Abstinencia comienza con temblor, ansiedad, sudor y taquicardia; puede progresar a convulsiones o delirium tremens.
- Diferenciar de hipoglicemia, traumatismo, sepsis y encefalopatía hepática.
- Evaluar antecedentes de abstinencia grave, comorbilidades, cantidad reciente y soporte domiciliario.

Conducta y seguimiento

- Abstinencia moderada/grave requiere benzodiacepinas según evaluación y monitorización; lorazepam puede ser preferible si existe deterioro hepático relevante.
- Administrar tiamina tempranamente en pacientes de riesgo, antes o junto a carbohidratos sin retrasar glucosa urgente por hipoglicemia.
- Corregir electrolitos y nutrición.
- Antipsicóticos no sustituyen benzodiacepinas para prevenir convulsiones.
- Después, combinar intervenciones psicosociales con naltrexona o acamprosato cuando estén indicados y sean seguros; considerar contraindicaciones hepáticas, renales y uso de opioides.
- Planificar prevención de recaídas y continuidad, pues desintoxicación aislada no constituye tratamiento completo.

Alcohol: más allá de desintoxicar

Abstinencia

Benzodiacepinas monitorizadas según gravedad.

Nutrición

Tiamina temprana; no retrasar glucosa ante hipoglicemia.

Continuidad

Apoyo psicosocial y fármacos de prevención de recaídas cuando corresponda.

Abstinencia y prevención de recaídas

- **Gravedad:** Convulsiones, confusión fluctuante, alucinaciones con compromiso global o inestabilidad autonómica requieren manejo hospitalario; buscar enfermedad concomitante.
- **Benzodiacepinas:** Esquema guiado por síntomas solo con personal entrenado y monitorización suficiente. No usar diazepam intramuscular como pauta estándar por absorción impredecible.
- **Disulfiram:** Puede considerarse en personas seleccionadas, informadas y supervisadas; valorar riesgos hepáticos/cardíacos, interacciones y contraindicaciones. No sustituye apoyo psicosocial.
- **Naltrexona:** Descartar uso o dependencia de opioides y valorar función hepática antes de indicarla.
- **Acamprosato:** Valorar función renal. Elegir tratamiento de mantenimiento según objetivo, comorbilidades y disponibilidad.

Wernicke y abstinencia complicada

- **Wernicke:** Riesgo por déficit de tiamina; confusión, ataxia o alteraciones oculomotoras pueden aparecer incompletas. No esperar la tríada. Indicar tiamina parenteral hospitalaria.
- **Tratamiento, complemento británico:** La guía oficial de alcohol propone tiamina 300-500 mg IV tres veces al día durante 3-5 días, con revisión diaria y continuación según respuesta/protocolo. Esta pauta terapéutica no equivale a profilaxis oral.
- **Hipoglicemia:** Administrar glucosa urgente sin demora; tiamina antes o simultáneamente cuando sea posible. Corregir déficit de magnesio si existe.
- **Abstinencia grave:** Antecedentes de delirium tremens o convulsiones, enfermedad importante, embarazo o falta de apoyo seguro favorecen manejo hospitalario. La escala CIWA-Ar apoya el seguimiento en pacientes capaces de responder; no sustituye juicio clínico ni sirve igual en delirium o paciente no comunicativo.

Alcohol: dos cuadros que pueden coexistir

Abstinencia

Temblor y activación autonómica tras reducir consumo; puede evolucionar a convulsiones o delirium.

Wernicke

Déficit de tiamina: confusión, alteración ocular o ataxia. La tríada completa no es necesaria.

Prioridad compartida

Evaluación médica, glucosa si hipoglicemia, tiamina según riesgo/sospecha y búsqueda de causas concomitantes.

CLAVES EUNACOM

En una persona de riesgo, sospechar Wernicke sin esperar la tríada completa: requiere tiamina parenteral.

Referencias: [40](#), [41](#), [42](#), [43](#), [44](#). Bibliografía al final.

Dependencia de otras drogas

Reconocer y evaluar

- Evaluar sustancia, vía, dosis, policonsumo, pérdida de control, deterioro y sobredosis previas.
- Opioides pueden causar miosis, depresión respiratoria y compromiso de conciencia; estimulantes, agitación, hipertermia, dolor torácico y arritmias.
- La abstinencia de benzodiacepinas puede ser grave y convulsiva; no suspenderlas abruptamente después de uso sostenido.
- Un test toxicológico tiene limitaciones y no reemplaza el síndrome clínico.
- Valorar psicosis, suicidio, embarazo e infecciones transmitidas por sangre.

Sustancias: reconocer urgencias

Opioides

Miosis, depresión respiratoria y compromiso de conciencia.

Estimulantes

Agitación, hipertermia, dolor torácico o arritmias.

Benzodiacepinas

Abstinencia potencialmente convulsiva; evitar retirada brusca.

Conducta y seguimiento

- Ante sobredosis priorizar ventilación y soporte; naloxona en intoxicación opioide con depresión respiratoria, repitiendo según respuesta y duración del opioide.
- Hipertermia o dolor torácico por estimulantes requieren urgencia; desescalamiento y benzodiacepinas son herramientas según cuadro.
- Para tratamiento longitudinal, entrevista motivacional, intervenciones psicosociales, reducción de daños y medicamentos específicos cuando existen -por ejemplo terapia agonista para opioides- mediante programas adecuados.
- No tratar todas las sustancias con el mismo esquema.
- Acordar plan ante recaída y sobredosis y facilitar acceso sin estigmatización.

Dependencia, motivación y abstinencias

- **Dependencia:** Craving, pérdida de control, prioridad del consumo y persistencia pese al daño; tolerancia o abstinencia aisladas durante tratamiento médico no bastan automáticamente.
- **Motivación:** Precontemplación, contemplación, preparación, acción y mantenimiento ayudan a adaptar la conversación; no son etapas obligatorias ni justifican negar reducción de daños.
- **Cannabis y cocaína:** Cannabis puede agravar cognición y precipitar psicosis en personas vulnerables; cocaína y pasta base pueden causar infarto, ACV, hipertermia y arritmias.
- **Benzodiacepinas:** La retirada brusca puede producir ansiedad, insomnio, convulsiones y delirium; planificar reducción gradual supervisada.
- **Antidepresivos:** La discontinuación puede causar mareo, síntomas seudogripales, náuseas, sensaciones eléctricas, ansiedad y alteración del sueño próximos a la reducción; prevenir con reducción gradual y reevaluar reinicio y reducción más lenta si es grave, distinguiéndola de recaída.

- **Cafeína y tabaco:** Retirar cafeína gradualmente si provoca cefalea/fatiga. Tratamiento del tabaco puede incluir reemplazo nicotínico, vareniclina o bupropión según contraindicaciones; no son fármacos universales para adicciones.
- **Conceptos:** Craving = deseo intenso de consumir. Tolerancia = menor efecto con la misma cantidad o necesidad de mayor cantidad. Abstinencia = síndrome al reducir/suspender. Intoxicación = síndrome agudo por exposición.
- **Pérdida de control:** Consumo mayor al previsto, intentos fallidos de reducir y mucho tiempo dedicado al consumo/recuperación ayudan a identificar un trastorno por consumo; dependencia física por sí sola no lo confirma.

Referencias: [40](#), [15](#), [45](#), [46](#), [3](#). Bibliografía al final.

Consumo perjudicial de drogas en niños y adolescentes

Reconocer y evaluar

- En adolescentes, consumo se relaciona con aprendizaje, accidentes, violencia y vulnerabilidad mental; explorar contexto sin asumir dependencia por cualquier uso.
- Entrevista confidencial con límites explícitos y herramientas como CRAFFT ayudan a detectar riesgo.
- Indagar alcohol, cannabis, estimulantes, fármacos obtenidos sin receta y combinación de sustancias; preguntar por motivos, pares, familia, escuela, trauma y suicidio.
- Cannabis puede precipitar problemas cognitivos o psicóticos, especialmente en personas vulnerables, sin permitir atribuir todo bajo rendimiento al consumo.

Conducta y seguimiento

- Realizar intervención motivacional adaptada al desarrollo, involucrar adultos protectores cuando sea apropiado y coordinar salud, familia y escuela.
- Derivar a tratamiento especializado ante dependencia, policonsumo, psicosis, fracaso de intervención breve o daño relevante.
- La red GES incluye consumo perjudicial/dependencia en menores de 20 años según condiciones de acceso.
- Asegurar manejo urgente de intoxicación o abstinencia grave.
- Reducir daños, prevenir sobredosis y mantener continuidad; respuestas exclusivamente punitivas pueden alejar de la atención.
- Revisar consentimiento y protección si hay explotación o violencia.

CRAFFT 2.1 en adolescentes y jóvenes

- **Población:** Instrumento de 12-21 años; la parte A pregunta días de uso de alcohol, cannabis y otras sustancias durante los últimos 12 meses.
- **Ruta:** Si las tres respuestas son cero, preguntar de todos modos por viajar en vehículo con conductor bajo efectos; si alguna es positiva, completar seis preguntas.
- **Seis dominios:** CAR: vehículo/conductor bajo efectos. RELAX: relajarse. ALONE: consumir solo. FORGET: amnesia. FAMILY/FRIENDS: petición de reducir. TROUBLE: problemas relacionados.
- **Interpretación:** Cada «sí» suma 1, total 0-6. ≥ 2 indica necesidad de evaluación más profunda; cualquier conducción riesgosa exige intervención preventiva, aun con puntaje menor.

CRAFFT 2.1

Parte A

Días de alcohol, cannabis y otras sustancias durante 12 meses.

Preguntas

Vehículo, relajarse, solo, olvidar, familia/amigos y problemas.

Interpretación

Cada sí suma 1; ≥ 2 requiere evaluación más profunda. Conducción riesgosa exige intervenir.

Referencias: [40](#), [15](#), [45](#). Bibliografía al final.

Intoxicaciones y síndromes por psicofármacos

Primera respuesta

- **Estabilización:** Vía aérea, ventilación, circulación, temperatura, glicemia y ECG según cuadro; identificar sustancia, dosis, hora, mezclas y riesgo suicida.
- **Descontaminación:** Carbón activado no se usa rutinariamente: considerar ingesta tóxica reciente adsorbible y vía aérea protegida, con toxicología. No es eficaz para alcoholes (etanol/metanol), glicoles, litio ni hierro; evitar en cáusticos, hidrocarburos y alto riesgo de aspiración o convulsión sin vía aérea protegida. El lavado gástrico se restringe a situaciones excepcionales.
- **Sedantes:** Compromiso de conciencia y ventilación orienta a hipnóticos; buscar policonsumo aunque las pupilas sean normales.
- **Opioides:** Miosis, hipoventilación y compromiso de conciencia: ventilar y administrar naloxona titulada según protocolo; vigilar recurrencia por duración del opioide.
- **Flumazenilo:** Uso restringido en intoxicación benzodiazepínica seleccionada; puede precipitar convulsiones o abstinencia, especialmente en dependencia o ingestas mixtas/proconvulsivantes.

Toxidromes excitatorios

- **Simpaticomimético:** Agitación, midriasis, sudoración, taquicardia, hipertensión e hipertermia; soporte, sedación apropiada y enfriamiento. Dolor torácico o convulsiones requieren urgencia.
- **Anticolinérgico:** Piel/mucosas secas, midriasis, delirium, retención urinaria, íleo y taquicardia; diferenciar del simpaticomimético por sequedad.

- **Tricíclicos:** QRS ancho, arritmias o hipotensión por toxicidad de canales de sodio requieren bicarbonato intravenoso y manejo monitorizado; su objetivo no es simplemente aumentar excreción renal.
- **Serotoninérgico:** Clonus, hiperreflexia, temblor, cambios mentales, hipertermia y síntomas autonómicos/GI; retirar agentes y brindar soporte urgente.
- **Neuroléptico maligno:** Rigidez, hipertermia, alteración mental, inestabilidad autonómica y elevación de CK tras bloqueo dopaminérgico o retirada dopaminérgica: suspensión y manejo hospitalario especializado.

Toxidromes: pistas diferenciales

Simpaticomimético

Midriasis, agitación y sudoración.

Anticolinérgico

Midriasis, delirium y sequedad.

Serotoninérgico

Clonus e hiperreflexia con alteraciones autonómicas.

Neuroléptico maligno

Rigidez, hipertermia y elevación de CK.

Todos requieren evaluación y soporte según gravedad.

Exposiciones que requieren antídoto dirigido

- **Colinérgico:** Miosis, broncorrea, salivación, diarrea, fasciculaciones y debilidad; proteger al equipo, descontaminar y asegurar ventilación.
- **Organofosforados:** Atropina controla manifestaciones muscarínicas, especialmente broncorrea/broncoespasmo; no revierte por sí sola la debilidad nicotínica. Añadir una oxima, como pralidoxima, según exposición y protocolo. No es un tratamiento adrenérgico ni un promotor de excreción.
- **Paracetamol:** Puede ser inicialmente paucisintomático; cuantificar exposición y concentración en tiempo apropiado, evaluar hepatotoxicidad e indicar N-acetilcisteína según protocolo toxicológico.
- **Metanol:** Acidosis y trastornos visuales sugieren toxicidad: urgencia toxicológica: fomepizol inhibe alcohol deshidrogenasa; etanol es alternativa bajo monitorización cuando no está disponible. Corregir acidosis y valorar hemodiálisis según gravedad. No autoadministrar alcohol.
- **Cierre:** Tras estabilización, evaluación de intención suicida, acceso a sustancias y entorno seguro; un antídoto no reemplaza soporte ni seguimiento.

Referencias: [15](#), [5](#), [47](#), [48](#), [49](#). Bibliografía al final.

Delirium, cognición y herramientas terapéuticas

Atención, nivel de alerta y evolución temporal orientan el diagnóstico.

Delirium

Reconocer y evaluar

- Delirium es un síndrome agudo y fluctuante de inatención y alteración de conciencia/cognición.
- El hipoactivo puede parecer depresión y el hiperactivo, psicosis; la fluctuación y falta de atención son pistas principales.
- Considerar infección, hipoxia, trastornos metabólicos, fármacos, abstinencia, dolor, retención y enfermedad neurológica.
- Evaluar glicemia y constantes de inmediato y obtener estado basal de un informante.
- En psicosis primaria la conciencia suele estar más conservada.

Conducta y seguimiento

- Tratar causa y establecer ambiente orientador, sueño, hidratación, movilidad y apoyo sensorial.
- Evitar contenciones, sondas y sedantes innecesarios.
- Benzodiacepinas se reservan principalmente a abstinencia o indicaciones específicas; pueden empeorar otros delirium.
- Antipsicóticos solo ante agitación con peligro o sufrimiento grave no controlable por medidas ambientales, en dosis baja y tiempo corto con vigilancia de contraindicaciones.
- La resolución puede tardar y requiere reevaluar cognición posterior.
- Un cambio brusco en paciente psiquiátrico conocido no debe atribuirse automáticamente a su enfermedad de base.

4AT: pesquisa reproducible

- **Alerta:** Normal o somnolencia de menos de 10 segundos al despertar, luego alerta: 0; alteración marcada de alerta: 4.
- **AMT4:** Preguntar edad, fecha de nacimiento, lugar y año actual: sin errores 0; un error 1; ≥ 2 errores o no evaluable 2.
- **Atención:** Meses en orden inverso desde diciembre: ≥ 7 correctos 0; inicia pero logra < 7 o rechaza 1; imposible evaluarlo 2.
- **Cambio agudo:** Evidencia de cambio significativo o fluctuación del funcionamiento mental surgido en las últimas 2 semanas, con evidencia en las últimas 24 horas: 4; sin ella: 0. Puede estar transitoriamente normal al examinarlo.
- **Resultado:** Suma 0-12: ≥ 4 sugiere delirium, 1-3 posible deterioro cognitivo. Cero no lo excluye si la clínica es sugestiva; confirmar causa y contexto.

4AT: cuatro componentes

Alerta

Normal 0; claramente alterada 4.

Orientación

AMT4: sin errores 0, uno 1, ≥ 2 o no evaluable 2.

Atención

Meses inversos: ≥ 7 correctos 0, menos/rechazo 1, no evaluable 2.

Cambio agudo

Cambio/fluctuación en 2 semanas con evidencia en últimas 24 h: 4; ausente: 0. Total ≥ 4 sugiere delirium.

CLAVES EUNACOM

El delirium puede ser hipoactivo y coexistir con demencia. La inatención y el cambio respecto del estado basal orientan.

Referencias: [50](#), [15](#). Bibliografía al final.

Trastornos neurocognitivos

Reconocer y evaluar

- Los trastornos neurocognitivos implican declive adquirido en memoria, atención, lenguaje, función ejecutiva, percepción o cognición social.
- Es mayor cuando compromete independencia y leve cuando esta se conserva con mayor esfuerzo.
- Diferenciar evolución crónica de delirium y valorar depresión, sueño, sustancias y fármacos.
- Entrevistar a informante y explorar actividades instrumentales; pruebas cognitivas se interpretan según escolaridad, idioma y visión/audición.
- Alzheimer, enfermedad vascular, cuerpos de Lewy y frontotemporal tienen perfiles orientadores distintos.

Conducta y seguimiento

- Buscar causas modificables con examen, laboratorio dirigido y neuroimagen según contexto.
- Establecer apoyo, seguridad, planificación anticipada y cuidado del cuidador.

- Terapia farmacológica depende de etiología y etapa, no del puntaje de un test aislado.
- Síntomas conductuales requieren primero buscar dolor, infección y factores ambientales; antipsicóticos tienen riesgos y no se indican rutinariamente.
- Respetar autonomía y evaluar capacidad para cada decisión.
- Progresión rápida, focalidad, convulsiones o inicio muy temprano requieren neurología prioritaria.
- Coordinar acceso GES de Alzheimer y otras demencias cuando corresponda.

Perfiles que orientan etiología

- **Alzheimer:** Curso habitualmente insidioso y progresivo, con alteración de memoria episódica prominente en la presentación típica.
- **Vascular:** Relación con eventos vasculares, signos focales o predominio ejecutivo; puede coexistir con patología degenerativa.
- **Cuerpos de Lewy:** Fluctuaciones cognitivas, alucinaciones visuales, parkinsonismo y trastorno conductual del sueño REM; especial precaución con antipsicóticos.
- **Frontotemporal:** Cambios tempranos de conducta, personalidad o lenguaje, a veces con memoria relativamente preservada al inicio.
- **Tratamiento:** Priorizar intervenciones no farmacológicas y decisiones individualizadas. La GPC MINSAL de Alzheimer 2021 sugiere no usar anticolinesterásicos y, en Alzheimer moderado/severo, no usar memantina (recomendaciones condicionales). Las orientaciones GES 2023 remiten a protocolos locales para prescripción; no equivale a una contraindicación farmacológica universal.

Deterioro cognitivo: perfiles

Alzheimer

Memoria episódica e inicio insidioso típico.

Vascular

Eventos vasculares, focalidad o predominio ejecutivo.

Lewy

Fluctuaciones, alucinaciones, parkinsonismo y sueño REM.

Frontotemporal

Conducta, personalidad o lenguaje tempranos.

Referencias: [51](#), [13](#), [52](#), [53](#). Bibliografía al final.

Psicofármacos y psicoterapias: uso seguro

Antidepresivos: mecanismos y selección

- **ISRS:** Fluoxetina, sertralina, paroxetina y citalopram inhiben recaptación de serotonina; no son agonistas directos de sus receptores.
- **Efectos adversos:** Náuseas, molestias gastrointestinales, disfunción sexual y activación inicial; revisar interacciones, suicidio y síntomas de viraje.
- **IRSN:** Venlafaxina y duloxetina actúan sobre serotonina y noradrenalina; mirtazapina y bupropión pertenecen a mecanismos diferentes.
- **Mirtazapina:** Puede aumentar apetito y sedación; menor frecuencia relativa de disfunción sexual no significa ausencia de riesgo.
- **Tricíclicos:** Riesgos anticolinérgicos, sedación, hipotensión y cardiotoxicidad en sobredosis; elegir según indicación y seguridad, evitando uso rutinario en pacientes vulnerables.
- **IMAO:** Requieren manejo especializado por interacciones y riesgo de crisis hipertensiva o toxicidad serotoninérgica; no combinarlos indiscriminadamente con otros antidepresivos.
- **Bupropión:** Inhibe recaptación de noradrenalina y dopamina. Puede ser activador y aumentar riesgo convulsivo; está contraindicado en trastorno convulsivo y anorexia/bulimia actual o previa.

Antidepresivos: seguridad

ISRS

Inhiben recaptación de serotonina; vigilar síntomas digestivos, sexuales y activación.

Tricíclicos

Efectos anticolinérgicos, hipotensión y cardiotoxicidad en sobredosis.

IMAO

Interacciones importantes; selección y cambios especializados.

Inicio, retirada y etapas de vida

- **Respuesta:** El beneficio suele desarrollarse durante semanas; controlar respuesta, tolerancia y adherencia antes de declarar resistencia.
- **Embarazo y lactancia:** Balancear enfermedad no tratada y exposición farmacológica; no suspender abruptamente ni cambiar un tratamiento eficaz por reglas generales. Sertralina puede ser opción en lactancia según evaluación.

- **Infancia:** Algunos cuadros moderados/graves requieren medicación con evidencia y seguimiento especializado; no se contraindica todo tratamiento por edad.
- **Benzodiacepinas:** Ajustar indicación y dosis a edad, fragilidad, vía y sustancias concomitantes; vigilar sedación y respiración. Alcohol y opioides aumentan depresión respiratoria; el uso sostenido exige retirada gradual.

Psicoterapias

- **Cognitivo-conductual:** Trabaja relaciones entre pensamientos, emociones y conductas; exposición tiene indicaciones específicas en ansiedad y TOC.
- **Psicodinámica:** Explora patrones emocionales y relacionales; duración y objetivos dependen del problema y modalidad.
- **Familiar y sistémica:** Aborda interacciones y apoyos del entorno, especialmente útil en cuadros del desarrollo y adolescencia.
- **Elección:** Indicación, evidencia, preferencias, accesibilidad y objetivos guían la elección; ninguna modalidad garantiza ser siempre breve, económica o superior.

Referencias: [1](#), [3](#), [30](#), [13](#), [37](#). Bibliografía al final.

Fuentes clínicas

- 01 [MINSAL · Guía clínica depresión en personas de 15 años y más, 2013](#)
- 02 [MINSAL · Guía clínica trastorno bipolar, 2013](#)
- 03 [NICE · NG222 Depression in adults, 2022; complemento internacional](#)
- 04 [NICE · CG185 Bipolar disorder; complemento internacional](#)
- 05 [MINSAL · Prevención de la conducta suicida en establecimientos educacionales, 2019](#)
- 06 [Kroenke y colaboradores · Validación original PHQ-9, 2001; complemento internacional](#)
- 07 [SAMHSA · Comparación de criterios DSM-IV y DSM-5, 2016; referencia diagnóstica](#)
- 08 [ISP · Sertralina, información del registro sanitario F-2556/24](#)
- 09 [NHS SPS · Monitorización del litio](#)
- 10 [ISP · Advertencias de seguridad del valproato, Resolución 2667/2016](#)
- 11 [EXTRIP · Depuración extracorpórea en intoxicación por litio](#)
- 12 [NICE · NG134 Depresión en niños y jóvenes; complemento internacional](#)
- 13 [OMS · Descripciones clínicas y requisitos diagnósticos de CIE-11, 2024; complemento internacional](#)
- 14 [Chile · Ley 21.331, derechos en la atención de salud mental](#)
- 15 [American Heart Association · Situaciones especiales de reanimación, toxicología; complemento internacional](#)
- 16 [NICE · NG225 Autolesión; complemento internacional](#)
- 17 [NICE · CG113 Generalised anxiety and panic disorder; complemento internacional](#)
- 18 [NICE · CG31 OCD and body dysmorphic disorder; complemento internacional](#)
- 19 [MINSAL · Orientaciones para el manejo del trastorno por estrés agudo, 2019](#)
- 20 [NICE · NG116 Post-traumatic stress disorder, 2018; complemento internacional](#)
- 21 [Chile · Código Procesal Penal, artículos 175-176](#)
- 22 [Autores M-CHAT-R/F · Puntuación oficial; complemento internacional](#)

- 23 [M-CHAT-R/F · Versión español Chile, 2017](#)
- 24 [NICE · NG87 Attention deficit hyperactivity disorder, 2018; complemento internacional](#)
- 25 [SAMHSA · Criterios DSM-5 en niños y adolescentes, 2016; referencia diagnóstica](#)
- 26 [AAP · Guía de TDAH en niños y adolescentes, 2019; complemento internacional](#)
- 27 [SAMHSA · Criterios del trastorno de conducta, DSM-5](#)
- 28 [MINSAL · Guía de práctica clínica esquizofrenia, 2017](#)
- 29 [NICE · CG178 Psychosis and schizophrenia in adults; complemento internacional](#)
- 30 [NICE · CG192 Antenatal and postnatal mental health; complemento internacional](#)
- 31 [MHRA · Clozapina e hipomotilidad intestinal grave](#)
- 32 [OMS · CIE-11: requisitos diagnósticos clínicos, 2024](#)
- 33 [SAMHSA TIP 42 · Criterios DSM-5 de esquizofrenia](#)
- 34 [American Psychiatric Association · Trastornos disociativos](#)
- 35 [American Psychiatric Association · Trastornos de la personalidad](#)
- 36 [NICE · NG69 Eating disorders, 2017; complemento internacional](#)
- 37 [FDA/DailyMed · Ficha de bupropión; complemento internacional](#)
- 38 [American Psychiatric Association · Trastornos de la conducta alimentaria](#)
- 39 [European Association of Urology · Disfunción eréctil; complemento internacional](#)
- 40 [MINSAL · Guía clínica consumo perjudicial y dependencia de alcohol y otras drogas en menores de 20 años, 2013](#)
- 41 [NICE · CG115 Alcohol-use disorders, 2011; complemento internacional](#)
- 42 [NICE · CG100 Alcohol-related physical complications; complemento internacional](#)
- 43 [OMS · AUDIT, manual para atención primaria, 2001; complemento internacional](#)
- 44 [Gobierno británico · Alcohol en hospitales: Wernicke y tiamina; complemento internacional](#)
- 45 [Autores CRAFFT · Formulario clínico CRAFFT 2.1, 2020; complemento internacional](#)
- 46 [MINSAL · Trastornos por consumo de alcohol y otras drogas: descripción clínica](#)
- 47 [Royal Children's Hospital · Uso selectivo de carbón activado; guía pediátrica](#)
- 48 [Royal Children's Hospital · Intoxicación por paracetamol; guía pediátrica](#)
- 49 [EXTRIP · Intoxicación por metanol](#)
- 50 [Autores 4AT · Guía oficial de aplicación; complemento internacional](#)
- 51 [MINSAL · Recomendaciones para enfermedad de Alzheimer y otras demencias](#)
- 52 [MINSAL · GPC demencia tipo Alzheimer, recomendaciones GRADE 2021](#)
- 53 [MINSAL · Orientaciones técnicas GES Alzheimer y otras demencias, 2023](#)
- 54 [MINSAL · Boletín de agitación psicomotora, 2025](#)
- 55 [Chile · Ley 21.331 de derechos en atención de salud mental](#)
- 56 [Chile · Decreto 9, Reglamento de hospitalización psiquiátrica](#)
- 57 [NICE · NG10 Violencia y agresión; complemento internacional](#)