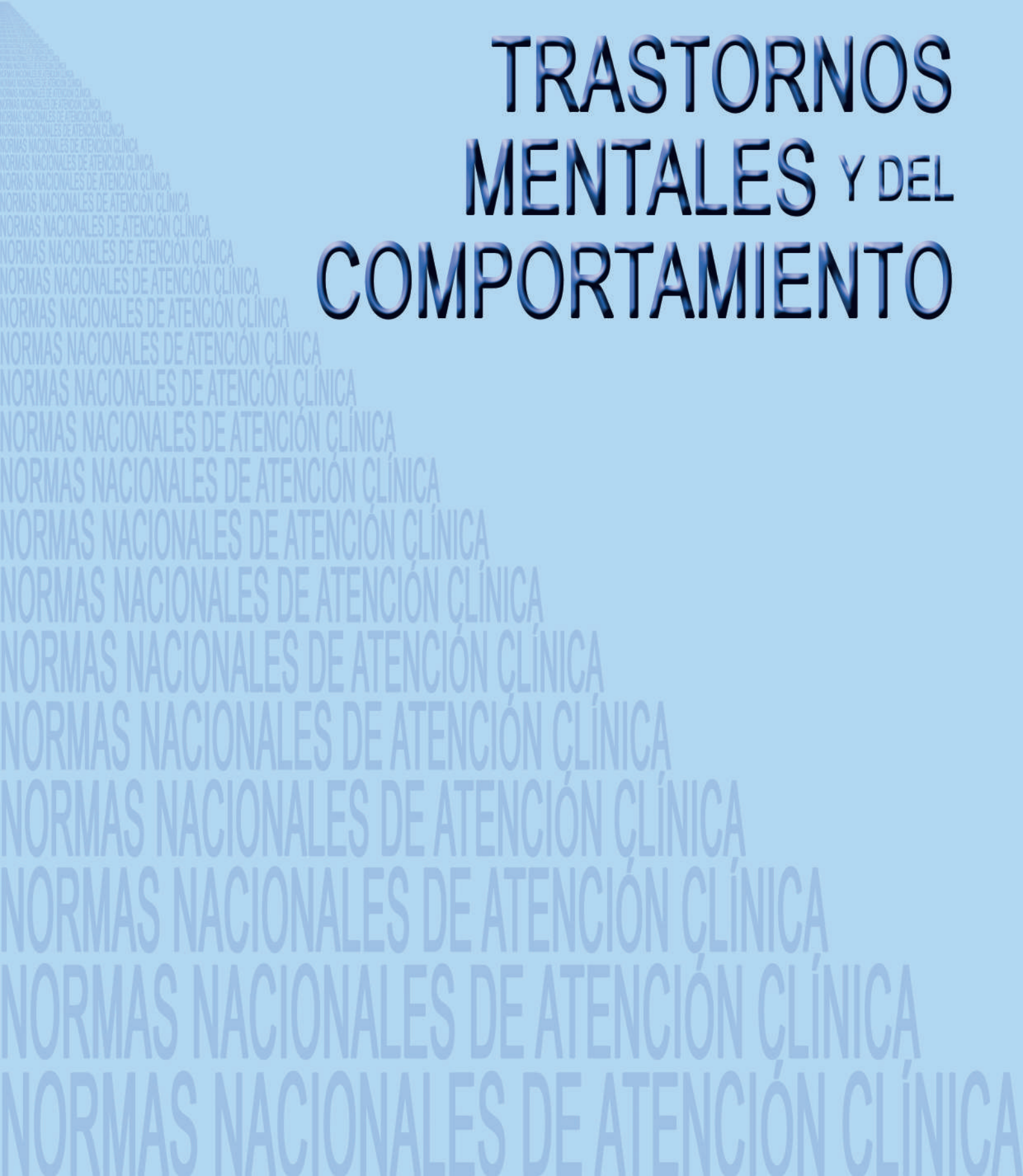


UNIDAD 8

TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO



CONTENIDO

I. ASPECTOS Y ACTIVIDADES DE APLICACIÓN FUNDAMENTAL

1. Prevención de estilos de vida no saludables	00
2. Nivel de resolución para el diagnóstico y tratamiento de trastornos mentales y del comportamiento	00
3. Pautas para la entrevista	00
4. Principios para el uso racional de psicofármacos	00

II. NORMAS DE ATENCIÓN CLÍNICA

1. Trastornos mentales orgánicos	00
2. Psicosis	00
3. Trastornos por uso de alcohol	00
4. Trastornos por uso de tabaco	00
5. Trastornos debido al uso de otras sustancias psicoactivas	00
6. Trastornos por ansiedad	00
7. Trastornos depresivos	00
8. Conducta suicida	00
9. Trastornos somatomorfos	00
10. Trastornos de la conducta alimentaria	00
11. Trastornos de la conducta en la infancia y en la adolescencia	00
12. Trastornos por déficit de atención e hiperactividad	00
13. Atención de la salud mental en situación de desastre	00

III. FICHAS TÉCNICAS

1. Mini-Examen Cognoscitivo (MEC)	00
2. Evaluación Cognitiva Montreal	00
3. Escala de Hamilton para la depresión	00
4. Test sobre consumo de alcohol (AUDIT)	00
5. EDAN en salud mental	00

I. ASPECTOS Y ACTIVIDADES DE APLICACIÓN FUNDAMENTAL

1. PREVENCIÓN DE ESTILOS DE VIDA NO SALUDABLES

ANTECEDENTES

La concepción biologicista del proceso salud-enfermedad —sintetizada en la creencia de que los servicios de salud, la tecnología médica, los medicamentos y los recursos humanos en salud altamente especializados, son la base fundamental del estado de salud de una población— ha sido la causante de los constantes fracasos del control de las enfermedades y de la irracional distribución de los muchos o escasos recursos del sector salud.

Los conocimientos científicos actuales sobre la determinación y la causalidad del proceso salud-enfermedad son contundentes al demostrar que las variables sociales poseen mayor importancia que las biológicas. Así, en 1974 se presenta el famoso informe de los **campos de salud** presentado por Marc Lalonde, Ministro de Salud y Bienestar Nacional del Canadá, donde se identifican cuatro determinantes de la salud de la población, que se señalan en el siguiente cuadro:

CAMPOS DE SALUD DE LALONDE

CAMPO DE LA SALUD	INFLUENCIA EN LA SALUD (en porcentajes)
Estilos de vida.	43%
Factores biológicos.	27%
Medio ambiente.	19%
Servicios de salud.	11%
TOTAL	100%

Basados en este tipo de evidencias es que la OMS/OPS recomiendan que las políticas de salud a nivel mundial deben dar énfasis a la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad. Asimismo el actual modelo boliviano de Salud Familiar, Comunitaria Intercultural (SAFCI), prioriza las acciones de promoción de la salud y la prevención de la enfermedad. De ahí que en estas Normas Nacionales de Atención Clínica (NNAC) se debe también dar énfasis a la prevención de la enfermedad en todas las actividades de atención que realice el equipo de salud, haciendo énfasis en confrontar los estilos de vida no saludables, que también se denominan factores de riesgo personales.

Se entiende por **estilo de vida** a la manera o forma como las personas satisfacen una necesidad. En cambio la **calidad** o **nivel de vida** se refiere a la capacidad de compra de un satisfactor que tienen los individuos. En muchos casos los estilos están supeditados a la calidad de vida pero igualmente en otros casos son independientes de ésta y más bien están condicionados por la educación o información que se posea. Por la importancia de la comprensión de estos dos conceptos se presenta el siguiente ejemplo: una persona tiene una necesidad, hambre, para satisfacerla puede recurrir a ingerir alimentos frescos, naturales y de temporada, o bien puede saciar su hambre consumiendo “comida chatarra”, también puede saciar su hambre adquiriendo “pan blanco” o bien “pan moreno”, ambos del mismo precio. En el primer caso puede o no estar ligada su decisión a su condición económica (calidad de vida); en el segundo caso se observa, más nítidamente, que su decisión alimentaria está ligada a un estilo alimentario condicionado por la información o conocimiento que tenga sobre alimentación saludable, al margen de su calidad o nivel de vida.

Por lo tanto, la educación sobre estilos de vida es determinante para que las personas tengan o no factores de riesgo que incrementen su probabilidad de enfermar o morir, por lo que el equipo de salud debe interactuar responsablemente con el usuario/usuario identificando sus estilos de vida no saludables o factores de riesgo individuales con el objeto de modificar conductas negativas para su salud.

En este sentido el equipo de salud debe concientizar y recomendar a los usuarios/ usuarias sobre las siguientes medidas preventivas relacionadas con el control de los estilos de vida no saludables más perniciosos.

MEDIDAS PREVENTIVAS RELACIONADAS CON ESTILOS DE VIDA NO SALUDABLES

Los siguientes estilos de vida no saludables, independientemente de la patología o problema, deben ser indefectiblemente tratados en forma rutinaria en cada entrevista o consulta con usuarios/ usuarias del Sistema Nacional de Salud:

- NO consumir tabaco y evitar consumo de alcohol.
- Realizar ejercicios físicos por lo menos 30 minutos al día, no utilizar medios de transporte para distancias cortas, evitar el uso de ascensores y en lo posible subir y bajar gradas a pie.
- Consumir alimentos frescos y naturales, y cotidianamente frutas y verduras de la temporada.
- Evitar el consumo de grasas de origen animal y comida chatarra.
- Acostumbrarse al consumo menor a seis gramos de sal al día. No utilizar salero. Los alimentos salados, como charque y otros, deben lavarse en abundante agua antes de la preparación para su consumo.
- Controlarse el peso mensualmente. Existen dos indicadores importantes que se debe enseñar a medir e interpretar a los usuarios/ usuarias:
 - El **Índice de Masa Corporal** (IMC), cuyo valor idealmente no debe sobrepasar en rango de 24,9. La fórmula para obtener el IMC es la siguiente: **IMC = Peso (Kg.) / Estatura (m)²**.
 - La **Circunferencia de Cintura** (CC), con la que se evalúa el riesgo de enfermar patologías relacionadas con la obesidad como IAM/AVC, HTA, etc.
- Para medir la circunferencia de cintura se localiza el punto superior de la cresta iliaca y alrededor del abdomen se coloca la cinta métrica y paralela al piso. Según el sexo de la persona los datos se interpretan de la siguiente manera:
 - En mujeres existe riesgo de padecer enfermedades asociadas a la obesidad a partir de los 82 cm, mientras que si sobrepasa los 88 cm el riesgo es muy elevado. En cambio, en hombres hay riesgo a partir de los 94 cm, mientras que éste se convierte en riesgo elevado a partir de los 102 cm.

MEDIDAS PREVENTIVAS EN ADOLESCENTES

- Orientación al adolescente:
 - Reconocimiento y manejo de sus emociones y sentimientos.
 - Planteamiento de metas a corto y mediano plazo.
- Apoye al o la adolescente en:
 - Fortalecer sus habilidades sociales, afectivas y cognitivas.
 - Mejorar su autoestima y autovaloración.
 - Formación de grupos de pares.
 - Capacitar en temas de interés para ellas o ellos.
 - Uso adecuado y saludable del tiempo libre.
 - Consensuar y programar la visita de seguimiento.
- Pregunte si existe algún tema pendiente para aclaración de dudas o profundización de la información.
- Además de las anteriores medidas preventivas, en los adolescentes debe hacerse énfasis en los siguientes aspectos:
 - Trastornos de la alimentación como la anorexia y la bulimia.
 - Violencia intrafamiliar y escolar.
 - Violencia sexual.
 - Ejercicio responsable de la sexualidad.
 - Orientación para posponer inicio de relaciones sexuales.
 - Uso del condón para prevención de ITS, VIH y el embarazo.

2. NIVEL DE RESOLUCIÓN PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO

El nivel I de atención: realiza actividades de promoción de la salud mental y estilos de vida saludables. Reconoce factores de riesgo dentro de la población, detecta y diagnostica trastornos mentales y del comportamiento, para lo cual efectúa diagnósticos diferenciales o diagnóstico de comorbilidad; puede utilizar exámenes laboratoriales (que están a su acceso) si estos son requeridos. Habiéndose establecido el diagnóstico realiza tratamiento según corresponda, empleando los recursos disponibles en el área de influencia: intervenciones sociales, educación y otras medidas. En caso de utilizar medicamentos psicotrópicos de primera línea debe basarse en las recomendaciones del apartado 4 “Principios para el uso de psicofármacos” (incluido en esta unidad) y en la norma nacional para su prescripción. De ser necesario deriva a niveles de mayor complejidad y efectúa el seguimiento de los mismos.

El nivel II de atención: detecta y diagnostica trastornos mentales y del comportamiento con la utilización de otros medios, incluyendo diagnósticos diferenciales o diagnóstico de comorbilidad con apoyo de exámenes laboratoriales o de gabinete más específicos. Puede internar al paciente si así lo requiere y realizar medidas terapéuticas como psicoterapia individual, familiar o de grupo, educación, intervenciones sociales y otras. En caso de requerir la utilización de medicamentos psicotrópicos de primera y segunda línea, debe basarse en las recomendaciones del apartado 4 “Principios para el uso de psicofármacos” (incluido en esta unidad); si la signo-sintomatología persistiese pese al tratamiento administrado, o si los síntomas se agravasen, debe referir al paciente a un establecimiento de mayor complejidad.

El nivel III de atención y de especialidad: realiza diagnósticos específicos, prescribe tratamiento con medicamentos psicotrópicos de primera, segunda o tercera línea de acuerdo al diagnóstico específico y otras medidas terapéuticas como psicoterapia individual, familiar o de grupo, educación, intervenciones sociales y otras.

3. PAUTAS PARA LA ENTREVISTA

En la práctica clínica, la entrevista es el proceso por el cual se recogen los datos esenciales para el diagnóstico, se discuten las opciones terapéuticas y se analiza el pronóstico.

La relación que se establece durante la entrevista tiene fines no sólo diagnósticos, sino también terapéuticos, ya que contiene los ingredientes básicos de la psicoterapia, como son el apoyo y clarificación de la relación médico-enfermo.

Diversos estudios han demostrado que una buena comunicación es una parte esencial para hacer un diagnóstico correcto. Para mejorar la comunicación entre el paciente y el médico es necesario tener en consideración lo siguiente:

- Realizar la entrevista en un lugar adecuado que garantice la privacidad, atención y comodidad tanto del paciente como del médico.
- Escuchar de forma activa. Esto incluye tanto la forma de comunicación verbal como la no verbal (gestos, etc.).
- Actitud empática, con respeto, interés y apoyo, evitando juzgar al enfermo.
- Utilizar un lenguaje claro y conciso evitando tecnicismos.
- El enfermo debe sentir que el médico entiende sus necesidades y que está dispuesto a ayudarlo.
- Terminar la entrevista con un resumen aclaratorio de las expectativas y de la información que el paciente aporta.
- Explorar la posibilidad de la asociación de dos o más enfermedades en el mismo paciente (comorbilidad). Por ejemplo, frecuentemente se asocia el trastorno por angustia a depresión, o las adicciones con trastornos de la personalidad, etc.

Una de las finalidades de la entrevista clínica es la identificación de los síntomas de posibles enfermedades. El problema es el de caracterizar adecuadamente y discernir si existen o no estos síntomas. Por ejemplo, cuando un enfermo dice que se encuentra nervioso, puede ser un síntoma de un trastorno de ansiedad, o bien un simple estado de preocupación por algún problema y que no puede ser considerado patológico.

Por ello es imprescindible delimitar cada síntoma lo máximo posible. Por ejemplo, si el enfermo dice que se encuentra nervioso o ansioso hay que preguntar si es algo que le ocurre de manera continuada, o aparece por episodios bien recortados en el tiempo: “¿qué intensidad tiene?, ¿aparece siempre de manera similar o cambia?, ¿ha notado si existe algo que influya en la aparición y manifestación del síntoma?, ¿en qué contexto aparece con más frecuencia el síntoma?, ¿ha notado si el síntoma aumenta en frecuencia o intensidad?”.

A continuación se darán los pasos fundamentales para el desarrollo de la entrevista y elementos a considerar en la exploración clínica del afronte a la enfermedad.

I. PASOS FUNDAMENTALES PARA DESARROLLAR LA ENTREVISTA MÉDICO PSICOLÓGICA Y EXPRESAR EMPATÍA

“La conversación es uno de los mejores recursos para el desarrollo de empatía” (Spiro, H. 1993).

1. Formular preguntas con final abierto

Las preguntas con final abierto expresan respeto por las reacciones y respuestas del otro. Son una manera de comunicar que se quiere aprender de la otra persona y que se está realmente interesado en su punto de vista. Lo más importante es que al realizar preguntas abiertas, se cede el control a la otra persona, permitiendo que sea ella quien lleve gran parte de la conversación.

2. Avanzar suavemente

Para obtener la información que se busca se debe considerar los significados de las experiencias del paciente, algunas pueden tener un fuerte contenido emocional.

En el desarrollo de la entrevista es necesario referirse al contexto del enfermo para validar sus puntos de vista, profundizando acerca de sus impresiones sobre algunos puntos de importancia clínica de la historia de la enfermedad.

3. Evitar abrir juicios

Las expresiones empáticas tratan de aportar una comprensión más profunda de la conducta, su foco está centrado en las experiencias de cada momento, evita la tendencia a la categorización de la conducta basada en experiencia pasada, respetando la naturaleza cambiante del ser humano, por tanto no se emiten opiniones sobre la conducta que el paciente ha presentado antes y durante la entrevista.

4. Prestar atención al propio cuerpo

La empatía tiene un componente netamente físico. Es así que se produce una “sincronía psicológica”, es decir las emociones de una persona y por tanto las reacciones físicas que esto produce se transmiten de una persona a otra mediante el lenguaje no verbal, como son: la apariencia del entrevistado, sus gestos, actitudes y expresiones emocionales, la entonación y el ritmo de la conversación y la expresividad.

El prestar atención a las propias actitudes permite utilizar nuestras sensaciones para obtener información importante sobre las emociones de los demás. Actitudes de temor, rechazo, burla o crítica podrían afectar el establecimiento de una buena relación médico-paciente.

5. Aprender del pasado

La experiencia de la propia historia contribuye con la valoración de los significados de los eventos que se desarrollan en la actualidad. Se debe separar el pasado del presente para ganar objetividad. Además de tener en cuenta la historia personal de los demás, se debe prestar atención a la nuestra. Comprendernos a nosotros mismos y ser conscientes de nuestros conflictos pasados.

6 Dejar abierta la historia

La empatía nos permite llegar juntos hasta el borde del precipicio y observar las emociones más profundas, por ejemplo desilusión, frustración o dolor, que usualmente son ocultadas por el enojo. Expresamos empatía al sumergirnos en la situación de otra persona, haciendo lo posible por ayudarla pero respetando que es su propia historia.

7. Establecer límites

Escuchar sin juicios el significado más allá de las palabras, sin prejuicios, se debe establecer límites, esto significa buena disposición para mantenerse separado a fin de dar una respuesta objetiva. Es una forma de mantener el foco de la atención sobre el asunto a tratar.

II. EXPLORACIÓN CLÍNICA DEL AFRONTE A LA ENFERMEDAD

La definición de **enfrentamiento a la enfermedad** señala: conducta de resolución de problemas para restablecer el equilibrio perdido a causa de la enfermedad.

1. El impacto psicológico de una enfermedad física

Explorar el significado de la enfermedad para el paciente y su familia, se deben considerar los siguientes factores que influyen en la conducta de afronte:

Factores de la enfermedad	Factores del tratamiento	Factores del paciente
<ul style="list-style-type: none"> ■ Dolor. ■ Amenaza para la vida. ■ Evolución y duración. ■ Evidencia. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Dolor. ■ Efectos secundarios. ■ Desconocimiento del pronóstico. ■ Exigencia de autocuidado. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Vulnerabilidad psicológica. ■ Circunstancias sociales. ■ Otros estrés (crónicos o agudos). ■ Reacciones de los demás.

2. Técnica de exploración clínica de la conducta de afronte a la enfermedad

Objetivos: describir, analizar e interpretar procesos mentales involucrados en la experiencia de padecer una enfermedad a partir del **sistema de creencias** propio del contexto sociocultural del paciente y su familia:

2.1. Abordaje de creencias que sustentan la actitud

Determinar claramente qué es lo que el paciente y su familia creen acerca de las causas y de lo que se trata la enfermedad que padece, evitando abrir juicios.

2.2. Análisis

Determinar los componentes de la conducta individual y del grupo social al que pertenece, respecto a su respuesta al hecho de estar enfermo.

2.3 Interpretación

Interpretar cualitativamente la secuencia **actitudes-emociones-pensamientos** en la historia de la enfermedad actual.

Observando las actitudes propias del enfermo, dirigir la entrevista para averiguar lo que siente y piensa acerca de su situación actual, con lo que además se puede anticipar un probable pronóstico de la adherencia al tratamiento.

3. Adherencia al tratamiento

Se aborda este aspecto para orientar la conducta de afronte al logro de la solución del problema de salud para fomentar y apoyar la decisión de la persona de cumplir con las instrucciones de los profesionales de la salud.

4. Fomentar la resiliencia (capacidad para surgir de la adversidad, adaptarse, recuperarse y tener una vida productiva).

Finalmente, mediante el refuerzo de las conductas de adaptación, buscando salir más fortalecido después de la experiencia de adversidad, se busca lograr las siguientes convicciones en el paciente:

4.1. YO TENGO...

Personas que me quieren y en quienes confío.
Que me ponen límites.
Que me muestran con ejemplo, lo correcto.
Quieren que me desenvuelva solo.
Que me ayudan cuando estoy en peligro.

4.2. YO SOY...

Persona por quien se siente aprecio y cariño.
Feliz cuando hago algo bueno y demuestro mis afectos.
Respetuoso de mí mismo y del prójimo.

4.3. YO ESTOY...

Dispuesto a responsabilizarme de mis actos.
Seguro de que todo me saldrá bien.

4.4. YO PUEDO...

Hablar sobre cosas que asustan o me inquietan.
Buscar la manera de resolver los problemas.
Controlarme cuando tengo ganas de hacer algo peligroso.
Buscar el momento apropiado para hablar con alguien.
Encontrar alguien que me ayude cuando lo necesito.

4. PRINCIPIOS PARA EL USO RACIONAL DE PSICOFÁRMACOS

1. Es necesario disponer de una historia clínica completa, que incluya la valoración de funciones mentales (destacando sexo, estado nutricional, otras enfermedades, tóxicos, lugar de residencia, apoyo familiar y comunitario), que recoja el grado de deterioro psicosocial (limitaciones en la vida familiar, social, laboral o académica) y vulnerabilidad (pobreza, trabajo, vivienda, estigmatización).
2. Establecer el diagnóstico correcto, sobre todo sindrómico de acuerdo a las normas establecidas.
3. El uso racional de psicofármacos ante la necesidad de un paciente pasa por la selección del agente a utilizar, tomado en cuenta la documentación científica existente (ficha técnica, medicación basada en la evidencia), a una dosis óptima de acuerdo a la edad y características del o la paciente (dosis mínima eficaz), proporcionando una correcta información al paciente y a su familia, que mejore el pacto terapéutico y a un precio asequible.
4. Prescribir el fármaco más eficaz, adecuado a la sintomatología a tratar, con el mejor balance beneficio-riesgo, a la dosis óptima, sin asociaciones innecesarias, más eficiente (priorizando el ahorro económico), más efectivo (adecuado a condiciones biológicas, enfermedades concomitantes y a las circunstancias en las que vive el paciente, considerando la posible falta de adherencia al mismo, especialmente por los efectos colaterales y el costo).
5. Una prescripción racional y de calidad de los psicofármacos, sería aquella que maximice la efectividad, minimice los riesgos, atienda a los costos y respete las decisiones del paciente y su familia.
6. Para que el tratamiento con psicofármacos sea efectivo, el uso de los mismos debe ser por el tiempo suficiente y de acuerdo a la evidencia científica; por ejemplo los antidepresivos deben indicarse al menos un año, en casos especiales hasta cinco o más años. Los antipsicóticos en la esquizofrenia, por tiempo indefinido.
7. Tomar en cuenta que estos psicofármacos tienen también efectos colaterales o reacciones adversas, debiendo el personal de salud conocer y reconocer los mismos, informar adecuadamente al paciente y familiares sobre estos y si es necesario contrarrestar con otra medicación.

II. NORMAS DE ATENCIÓN CLÍNICA

1	CIE-10	F10
	NIVEL DE RESOLUCIÓN	I – II – III

TRASTORNOS MENTALES ORGÁNICOS

DEFINICIÓN

Se trata de una serie de trastornos mentales agrupados por tener en común una etiología demostrable, enfermedad o lesión cerebral u otra afección causante de disfunción cerebral. La disfunción puede ser primaria, como en el caso de enfermedades, lesiones o daños que afectan al cerebro de un modo directo o selectivo, o secundaria, como en el caso de las enfermedades sistémicas y de los trastornos que afectan a diversos órganos o sistemas, entre ellos al cerebro.

ETIOLOGÍA

Los cuadros clínicos descritos están originados por un trastorno o enfermedad cerebral o sistémica diagnosticable en sí misma, que condiciona una disfunción transitoria o permanente del cerebro. El factor orgánico que se juzga como causa del trastorno mental ha de ser demostrado o inferido por la historia, examen físico u otras pruebas complementarias; por ejemplo, las epilepsias se constituyen en algunas de las causas más importantes de estos síndromes, frecuentemente éstas se presentan con conducta violenta e impulsividad, el tema correspondiente se desarrolla en el capítulo de neurología.

CLASIFICACIÓN

A. Demencias

- Síndrome adquirido con deterioro cognoscitivo persistente, progresivo, comprometiendo la inteligencia, memoria, lenguaje y personalidad, sin alteración del estado de conciencia. Las principales causas de síndromes demenciales son:
 - Enfermedad de Alzheimer.
 - Demencia vascular.
 - Otras demencias.

B. Delirium

- Síndrome en el que está seriamente comprometido el estado de conciencia, asociado a alteración de la atención, memoria, percepción, pensamiento y conducta agitada o violenta, además de alteración del ciclo sueño-vigilia. El cuadro clínico es agudo, transitorio de intensidad y evolución fluctuante.
- Sinónimos:
 - Estado confusional agudo.
 - Encefalopatía aguda.
 - Insuficiencia cerebral.
 - Síndrome agudo orgánico.
 - Psicosis post-operatoria.
 - Psicosis tóxica.

C. Otros trastornos mentales orgánicos

- Síndromes cuya diferenciación se basa en que las manifestaciones más destacadas se presentan en:
 - La percepción (alucinaciones, como la alucinosis orgánica).
 - La actividad motora (catatónico orgánico).
 - Los contenidos del pensamiento (ideas delirantes – esquizofreniforme orgánico).
 - El humor y de la emociones (depresión, euforia, ansiedad – trastornos afectivos orgánicos).
 - La reacción de miedo (trastorno de ansiedad orgánico).
 - La integración del yo (trastorno disociativo orgánico).
 - La estabilidad del humor y el bienestar corporal (trastorno de labilidad emocional – asténico orgánico).
 - Los rasgos de la personalidad y formas del comportamiento (trastorno orgánico de la personalidad).

DIAGNÓSTICO

CRITERIOS CLÍNICOS

- El diagnóstico se basa en la presencia de alguna alteración de las funciones mentales, como las descritas en la clasificación, causada por enfermedad, disfunción cerebral o sistémica evidente.

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

- Se solicitarán los exámenes necesarios para corroborar la hipótesis diagnóstica de la causa orgánica de acuerdo al nivel de atención y competencia.

TRATAMIENTO

DEMENCIAS

MEDIDAS GENERALES

Nivel I

- Control de los factores de riesgo en relación a: presión arterial, obesidad y glucemia.
- Educación, asesoramiento y apoyo a los familiares, especialmente a los convivientes o encargados del cuidado del enfermo en:
 - Mantener activo al paciente, hacerlo participar de eventos sociales, mantenerlo orientado e informado, alentarle a la realización de tareas simples, ejercicio físico y neurocognitivo.
 - Evaluar la severidad del deterioro cognoscitivo mediante uno de los siguientes instrumentos psicométricos:
 - Mini examen cognoscitivo – Minimental (ver ficha técnica N° 1).
 - Evaluación Cognitiva Montreal – MoCA (ver ficha técnica N° 2).
- Atender la salud de los familiares y cuidadores es fundamental para lograr la mejor calidad de vida de los pacientes.

Nivel II

- Además de lo anterior del nivel I:
 - Control por medicina interna o especialidad específica.
 - Laboratorio: dislipidemias y otros marcadores biológicos de acuerdo a la enfermedad.

MEDIDAS ESPECÍFICAS

Nivel I y II

- La farmacoterapia está destinada al control del insomnio, la ansiedad y la agitación:
- Sedación: iniciar con dosis bajas e incrementar según necesidad en forma lenta, progresiva y prudente para evitar efectos negativos en el alerta y la psicomotricidad.
- De preferencia utilizar antipsicóticos con acción sedante:
 - **1ª elección** risperidona dosis inicial 0,5 mg/día VO, incrementando gradualmente cada semana 0,5 mg, hasta llegar a una dosis máxima de 3 mg/día VO.
 - **2ª elección** haloperidol 0,5 a 5 mg/día (iniciar con dosis bajas incrementando paulatinamente); cuidar efectos colaterales de tipo extrapiramidal.
- Si el paciente presenta agitación, persistencia de insomnio, agresividad, considerar uso de benzodiazepinas: alprazolam 0,5-1 mg VO cada 24 horas, clonazepam 0,25 a 2 mg VO cada 24 horas dividida en dos dosis hasta la remisión de la sintomatología (no mayor a seis semanas), el retiro deberá hacerse en forma gradual.
- Realizar interconsulta con especialidad a la brevedad posible.

Nivel III

Las acciones de nivel I y II, más:

- Tratamiento multidisciplinario: psiquiatría, neurología, geriatría, psicología, terapia física, nutrición.
- Psicofarmacoterapia: memantina 5 a 20 mg/día VO y/o donepezilo 5 a 10 mg/día VO por tiempo indefinido.

- Evaluar la severidad del deterioro cognoscitivo periódicamente mediante uno de los siguientes instrumentos psicométricos:
 - Mini examen cognoscitivo (Minimental).
 - Evaluación Cognitiva Montreal (MoCA).
 - Educación, asesoramiento y apoyo a los familiares, especialmente a los convivientes o encargados del cuidado del enfermo. Atender la salud de los cuidadores es fundamental para lograr la mejor calidad de vida de los pacientes.
- Planificación con nivel I de atención y comité local de salud (CLS), la contrarreferencia del paciente para reinserarlo a su comunidad.

A. DELIRIUM

MEDIDAS GENERALES

Nivel I y II

- Determinación de los factores de riesgo: enfermedades sistémicas, período post-operatorio, infecciones, intoxicaciones, abstinencia alcohólica, baja perfusión y enfermedades del SNC.
- Precautelar la seguridad física del paciente.
- Canalización de vía venosa.
- Administración de oxígeno PRN.
- Evitar el uso de depresores del SNC, en especial benzodiazepinas.
- Referencia inmediata acompañada con personal de salud capacitado en RCP a nivel III.

MEDIDAS ESPECÍFICAS

Nivel III

- Medidas de soporte vital:
 - Control de signos vitales.
 - Administración de oxígeno.
 - Corrección del desbalance.
- El tratamiento básico es la terapia etiológica del proceso fundamental, por la especialidad correspondiente.
- Puede ser necesario en un ambiente hospitalario el uso de psicofármacos hasta que se controle el cuadro:
 - Haloperidol 0,5 a 10 mg/día VO; o risperidona 0,5 a 6 mg/día VO.
- En UTI considerar en caso de etiología alcohólica el uso de benzodiazepinas; en otros casos barbitúricos o droperidol.

B. OTROS TRASTORNOS MENTALES ORGÁNICOS

MEDIDAS GENERALES

Nivel I y II

- Determinación de los factores de riesgo: enfermedades sistémicas, período post-operatorio, infecciones, intoxicaciones, abstinencia alcohólica, baja perfusión y enfermedades del SNC.
- Precautelar la seguridad física del paciente.
- Canalización de vía venosa.
- Administración de oxígeno PRN.
- Evitar el uso de depresores del SNC, en especial benzodiazepinas.
- Referencia inmediata acompañada con personal de salud capacitado en RCP a nivel III.

MEDIDAS ESPECÍFICAS

Nivel III

- El tratamiento básico es la terapia etiológica del proceso fundamental.
- Según el tipo de cuadro clínico, la elección de la medicación psiquiátrica estará en base al predominio de la disfunción mental y de la respuesta farmacológica individual.

- De acuerdo al criterio de especialista, debe aplicar un esquema eligiendo uno o más de los siguientes fármacos, por un período de hasta seis semanas en régimen de hospitalización:
 - Haloperidol: 1 a 30 mg/día VO o parenteral.
 - Risperidona: 0,5 a 6 mg/día VO.
 - Clorpromazina: 100 mg a 1.000 mg.
 - Levomepromazina: ampollas de 25 mg y comprimidos de 100 mg, 25-200 mg VO/día.
 - Clonazepam: 0,5 a 6 mg/día.
 - Diazepam: 5 a 30 mg/día.
 - Carbamazepina y otros anticonvulsivantes (ácido valproico) o estabilizadores del estado de ánimo.
- Luego continuar el tratamiento ambulatorio en nivel I por tiempo indefinido (referencia y contrarreferencia).
- Planificar con nivel I de atención y comité local de salud (CLS), la contrarreferencia del paciente para reinsertarlo a su comunidad con dosis establecidas.

COMPLICACIONES

Dependerán de la evolución natural del trastorno orgánico subyacente o asociado.

CRITERIOS DE REFERENCIA

- Ante el inicio de síntomas psiquiátricos en la evolución de una enfermedad orgánica (exacerbación de síntomas previos), se debe cumplir las medidas generales y específicas para niveles I y II, subsecuentemente referir a nivel III.

CRITERIOS DE CONTRARREFERENCIA

- Una vez estabilizado el paciente y dado de alta del nivel III, será atendido de forma ambulatoria de acuerdo a la organización de la red de referencia en salud mental de cada región.

CRITERIOS DE ALTA HOSPITALARIA

- Estabilización o remisión del trastorno con contrarreferencia del paciente para reinsertarlo a su comunidad con dosis establecidas.

OBSERVACIONES

- Favorecer la adherencia al tratamiento, tanto con el paciente como con su familia.

MEDIDAS PREVENTIVAS HIGIÉNICO DIETÉTICAS Y ORIENTACIÓN EN SERVICIO, FAMILIA Y COMUNIDAD

Medidas específicas de prevención:

- Proporcionar toda la información disponible sobre la enfermedad y las medidas que se deben tomar en la familia para los cuidados del paciente.
- Favorecer en todo paciente que sufra alguna enfermedad sistémica crónica la toma de conciencia sobre el riesgo de las complicaciones psiquiátricas, especialmente en casos de enfermedades cardiovasculares y metabólicas.
- Promover una relación médico-paciente que le permita confiar en el sistema de salud y sus agentes para mejorar calidad y estilo de vida.
- Trabaje en población adolescente y su familia, identificando factores de riesgo propios respecto a patologías o alteraciones de estilos de vida saludables:
 - Tabaquismo, alcoholismo, abuso de drogas, otras adicciones.
 - Conductas adictivas.
 - La posibilidad de comportamientos temerarios.
 - Sedentarismo.
 - Trastornos de alimentación.
 - Violencia intrafamiliar y escolar.
 - Adolescente en riesgo (exposición a situaciones de violencia, alteraciones del comportamiento y del humor, y consumo de sustancias psicoactivas).
 - Familia con comorbilidad psiquiátrica.

PSICOSIS

DEFINICIÓN

Las psicosis comprenden un grupo de enfermedades cuyas características principales incluyen alteraciones graves en la evaluación de la realidad (delirios), perturbaciones en la percepción (alucinaciones) y una grave alteración del comportamiento habitual del sujeto. Por lo general incluye enfermedades crónicas y recurrentes como la esquizofrenia, pero puede presentarse como parte de cuadros afectivos, ansiosos o ser inducidos por el consumo de ciertas sustancias (alcohol, cocaína, marihuana, inhalantes y otros).

DIAGNÓSTICO

CRITERIOS CLÍNICOS

- Discurso incoherente o ilógico.
- Ideas delirantes, creencias falsas acerca de las cuales el paciente está convencido sin lugar a discusión; por ejemplo de ser perseguido, de grandeza, de ser controlado o de que los pensamientos están siendo insertados por un agente externo en la propia mente.
- Alucinaciones auditivas visuales.
- Aislamiento, agitación, conducta desorganizada.
- Cree que los pensamientos están siendo insertados o transmitidos por un agente externo en la propia mente.
- Aislamiento social y abandono de las responsabilidades habituales relacionadas con el trabajo, la escuela, actividades domésticas o sociales.

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

- El diagnóstico es fundamentalmente clínico, ya que no hay ninguna prueba específica de laboratorio o gabinete.
- En caso que se requiera descartar una causa orgánica o comorbilidad, se deberá proceder como en los casos de trastorno mental orgánico.

COMPLICACIONES

- Efectos colaterales debidos a la medicación:
 - Manifestaciones extra piramidales (parkinsonismo).
 - Síndrome neuroléptico maligno.
 - Discinesia tardía.
 - Discrasias sanguíneas (leucopenia, agranulocitosis) (en algunos casos al usar clozapina, clorpromazina).
- Incremento del riesgo de depresión y suicidio.
- Abandono del paciente por familiares y cuidadores.
- Aislamiento social.
- Discapacidad grave y permanente.

TRATAMIENTO

MEDIDAS GENERALES

Nivel I y II

- Explicar a los pacientes y las familias acerca de los aspectos biológicos de la enfermedad mental sin entrar en confrontación con otros aspectos culturales (usos y costumbres) y/o religiosos.
- Explicar a los pacientes y las familias que la modificación de los síntomas psicóticos se observan entre las 3 a 6 semanas después de iniciado el tratamiento y que la duración de éste será prolongado.
- Orientar para evitar discriminación y temores en la población y en especial los familiares de personas con psicosis.
- Es necesario estimular solidaridad (sensibilizar) y compromiso con el tratamiento y rehabilitación de estos pacientes.

- Educación, asesoramiento y apoyo a los familiares, especialmente a los convivientes o encargados del cuidado del enfermo, explicando sobre las complicaciones en caso de recidivas.
- Establecer el diagnóstico diferencial con cualquier trastorno mental orgánico o sistémico.
- Asegurar la cooperación de la familia o la comunidad para el cumplimiento del tratamiento.

MEDIDAS ESPECÍFICAS

Nivel I y II

- Iniciar tratamiento con fármacos antipsicóticos:
 - **1ª elección:** risperidona, iniciar con 1 mg VO/día; aumentar gradualmente a razón de 0,5 mg cada 24 horas, hasta una dosis máxima de 3 mg VO/día.
 - **2ª elección:** haloperidol, iniciar con 2,5 mg VO día, incrementando paulatinamente hasta una dosis máxima de 5 mg VO/día.
- En caso de agitación leve o dificultad para conciliar el sueño utilizar benzodiazepinas:
 - **1ª elección:** clonazepam 2 a 4 mg VO/día.
 - **2ª elección:** diazepam VO 10 a 30 mg.
- A partir de la primera prescripción, seguir la evolución del tratamiento al menos dos semanas hasta el inicio de la respuesta farmacológica, que se manifiesta clínicamente por una reducción de la severidad de los síntomas psicóticos. Si después de un período de seis semanas los síntomas persisten referir a nivel III.
- Realice seguimiento periódico del caso, programando consultas de control al menos una vez al mes.
- Es aconsejable programar el primer control luego de dos semanas de iniciado el tratamiento y hasta el inicio de la respuesta farmacológica, que se manifiesta clínicamente por una reducción de la severidad de los síntomas psicóticos.
- En caso de pacientes derivados del nivel III o de especialidad:
 - Realizar controles ambulatorios periódicos.
 - Mantener la medicación prescrita por nivel III.
 - Vigilar la aparición de complicaciones y recidivas.

MEDIDAS GENERALES

- Nivel III
- Igual que en nivel I y II.
- Evaluar y determinar diagnóstico y la indicación de hospitalización.
- Realizar estudios de función hepática, perfil lipídico, función renal, glucemia.

MEDIDAS ESPECÍFICAS

Psicofarmacoterapia:

- Uso racional de medicación antipsicótica (según los principios del protocolo 1), ya sea con moléculas típicas o atípicas de acuerdo a las características individuales del caso.
- De acuerdo al criterio de especialista, se utilizan los siguientes fármacos según esquema hasta seis semanas en régimen de hospitalización.

ESQUIZOFRENIA

Antipsicóticos, elegir entre:

- Risperidona 1 mg VO/día, aumentar gradualmente hasta 12 mg VO/día.
- Clorpromazina 100 a 1.200 mg/día.
- Haloperidol 1 a 30 mg VO.
- Tioridazina 25 a 100 mg/día.
- Levomepromazina ampollas de 25 mg y comprimidos de 100 mg VO/día.
- Olanzapina 5 a 10 mg VO/día.

Como coadyuvante utilizar benzodicepinas:

- Diazepam VO o parenteral (IV lento): 10 a 30 mg.
- Clonazepam: 2 a 4 mg VO.
- Alprazolam 0,50 a 2 mg VO/día.
- Las asociaciones o potenciación del esquema antipsicóticos debe regirse a criterios sustentados en la evidencia científica.
- La medicación antipsicótica de depósito será prescrita en el nivel III, pudiéndose suministrar en los niveles I y II.

Otras medidas terapéuticas para la asistencia y rehabilitación (que deben ser consideradas y aplicadas de acuerdo a guías específicas).

- Clozapina 100 a 300 mg.
- Haloperidol de depósito 50-150 mg IM cada 21 a 30 días.
- La terapia electroconvulsiva.
- Psicoeducación individual y familiar.
- Psicoterapia individual, familiar y de grupo.
- Terapia ocupacional.
- Terapia física.

PSICOSIS AFECTIVAS

Antipsicóticos, elegir entre:

- Risperidona 1 mg VO/día, aumentar gradualmente hasta 12 mg VO/día.
- Clorpromazina 100 a 1200 mg/día.
- Haloperidol 1 a 30 mg VO.
- Olanzapina 5 a 10 mg VO.
- Quetiapina 100 a 600 mg VO/día.

Estabilizadores del ánimo, elegir entre:

- **1ª opción:** carbonato de litio 300 a 1.200 mg VO (con control de litemia mensual).
- **2ª opción:** puede también asociarse a la primera opción.
 - Lamotrigina 25 mg VO/día hasta 200 mg VO/día.
 - Ácido valproico 500 mg a 1.500 mg VO/día.
 - Carbamazepina 200 a 1200 mg VO/día.
- Como coadyuvante utilizar benzodicepinas:
 - Diazepam VO o parenteral (IV lento): 10 a 30 mg.
 - Clonazepam: 2 a 4 mg VO.
 - Alprazolam 0,50 a 2 mg VO/día.
- Las asociaciones o potenciación del esquema antipsicótico debe regirse a criterios sustentados en la evidencia científica.
- La medicación antipsicótica de depósito será prescrita en el nivel III, pudiéndose suministrar en los niveles I y II.

Psicosis inducidas

Revisar en protocolo de Trastornos debido al uso de otras sustancias psicoactivas.

CRITERIOS DE REFERENCIA

Nivel I y II

- Si después de un período de seis semanas de tratamiento administrado según la norma, los síntomas persisten.
- Si a pesar de iniciado el tratamiento, los síntomas tienden a agravarse.
- Si el paciente presenta síntomas colaterales graves o que persisten luego de dos semanas de iniciado el tratamiento.
- En caso de agitación severa (comportamiento desordenado, violento y socialmente inaceptable).
- En caso de sospecharse de intoxicación: suspender el tratamiento y enviar al servicio médico de nivel III correspondiente.

CRITERIOS DE CONTRARREFERENCIA

- Una vez estabilizado el paciente y dado de alta del nivel III, será atendido en consulta externa, en niveles I ó II, o ambos, para asegurar la adherencia al tratamiento y seguimiento de la evolución.

CRITERIOS DE ALTA HOSPITALARIA

- Estabilización o remisión de la fase aguda psicótica.

OBSERVACIONES

- Favorecer la adherencia al tratamiento, tanto con el paciente como con su familia.

MEDIDAS PREVENTIVAS HIGIÉNICO DIETÉTICAS Y ORIENTACIÓN EN SERVICIO, FAMILIA Y COMUNIDAD

540

Medidas específicas de prevención

Actualmente no se han desarrollado estrategias que puedan prevenir la esquizofrenia, sin embargo el tratamiento precoz y continuo es imprescindible para evitar recaídas, el deterioro y mejorar la calidad de vida del paciente y su familia.

1. Población general adolescente:

- Sensibilización sobre los comportamientos extraños u otros síntomas iniciales de la enfermedad que puedan presentar sus pares para favorecer la detección y tratamientos precoces en consulta médica.

2. Adolescente en riesgo de esquizofrenia (antecedentes familiares de la enfermedad):

- Establecer consultas médicas periódicas para la detección de síntomas o conductas iniciales de la enfermedad.
- Promover una relación médico-paciente que le permita confiar en el sistema de salud y sus agentes para desarrollar estilos de vida saludables, especialmente evitando el consumo excesivo de alcohol y otras drogas.

3. Adolescente parte de la familia de un enfermo esquizofrénico:

- Proporcionar toda la información disponible sobre la enfermedad y las medidas que se deben tomar en la familia para los cuidados del paciente.

TRASTORNOS POR USO DE ALCOHOL

DEFINICIÓN

Son alteraciones físicas, mentales o sociales debidas al consumo de alcohol.

CLASIFICACIÓN

AGUDOS:

- **La intoxicación aguda** es un trastorno transitorio que sigue a la ingesta de alcohol y que causa alteraciones a nivel de la conciencia, del funcionamiento cognitivo, la percepción, el afecto o la conducta.
- **El estado de abstinencia** de alcohol se refiere a un grupo de síntomas que se presentan cuando se suspende o reduce el uso de alcohol después de un consumo diario, en grandes cantidades y prolongado.
- **Delirium por abstinencia alcohólica**, suele seguir al síndrome de abstinencia por alcohol, se caracteriza principalmente por alteraciones de la conciencia, por alteraciones cognitivas y alteraciones en la sensopercepción.

CRÓNICOS:

- **Consumo de riesgo:** patrón de consumo de alcohol que aumenta el riesgo de consecuencias adversas para el bebedor o para los demás (familias, entorno social) aunque el individuo no haya experimentado ningún trastorno.
- **Consumo perjudicial:** es un patrón de consumo que deteriora la salud. El daño puede ser físico o mental, a menudo asociado con consecuencias sociales.
- **La dependencia del alcohol** es un conjunto de fenómenos fisiológicos conductuales y cognitivos en los cuales el consumo de alcohol asume una prioridad mucho más alta para un determinado individuo en comparación con otras conductas que alguna vez tuvieron un valor mayor.

DIAGNÓSTICO

CRITERIOS CLÍNICOS

CUADROS AGUDOS

Intoxicación alcohólica (aguda)

- Aliento alcohólico.
- Cambio psicológico o comportamental des-adaptativo, clínicamente significativo (por ejemplo comportamiento agresivo, labilidad emocional, deterioro de la capacidad de juicio, descuido en su apariencia personal) que aparecen durante la ingestión de alcohol o poco tiempo después.

Estos cambios se acompañan de:

- Lenguaje farfullante (le cuesta articular las palabras).
- Falta de coordinación.
- Marcha inestable (dificultad para mantener el equilibrio).

Abstinencia de alcohol

Los síntomas de abstinencia se inician cuando las concentraciones de alcohol en la sangre disminuyen bruscamente (entre 4 a 12 horas) o después de haber interrumpido o reducido la ingesta de bebidas.

Por lo general presenta dos o más de los siguientes síntomas:

- Sudoración.
- Aumento de pulsaciones por minuto y de presión arterial.

Delirium por abstinencia alcohólica

Se caracteriza por:

- Alteraciones de la conciencia (confusión, desorientación, dificultad para mantener y enfocar la atención).
- Alteraciones cognitivas (déficit de memoria, pensamiento disperso, delirios).
- Alteraciones en la sensopercepción (ilusiones, alucinaciones visuales)

- Puede tornarse grosero, excesivamente confiado o francamente agresivo.
 - En casos más graves:
 - Desorientación (no sabe dónde está, ignora la fecha).
 - Puede progresar y llegar al coma, constituyendo una emergencia médica.
 - En la mayoría de los casos mejora por sí sola.
 - La persona queda dormida para despertar horas después con signos de “resaca” (irritabilidad, dolor de cabeza, mareo, malestar general, sed intensa y otros).
- Temblor distal de las manos.
 - Insomnio.
 - Cefalea.
 - Náuseas, vómitos.
 - Agitación psicomotora.
 - Ansiedad.
 - Crisis epilépticas.
 - Alucinaciones visuales, táctiles o auditivas transitorias, o ilusiones.
- vívidas: insectos, animales pequeños u otros, asociados a terror y agitación).
- Tiende a ser fluctuante a lo largo del día (se acentúa por la noche).
 - Agitación, insomnio, fiebre leve y una importante activación autonómica.

CUADROS CRÓNICOS

Consumo de riesgo

Patrón de consumo de alcohol que aumenta el riesgo de consecuencias adversas para el bebedor o para los demás (familias, entorno social), aunque el individuo no haya experimentado ningún trastorno.

Consumo perjudicial

- Consumo de alcohol en cantidad y frecuencia excesiva.
- Daños causados por el alcohol (accidentes, conflictos interpersonales o familiares, problemas médicos, legales).
- Presencia de intoxicación o abstinencia, evidencia de consumo prologado tal como enfermedad hepática.

Dependencia de alcohol

- Intenso deseo o urgencia por consumir alcohol.
- Dificultad para controlar el consumo de alcohol en términos de su inicio, terminación o niveles de consumo.
- Presencia o antecedentes de síndromes de abstinencia cuando el consumo se interrumpe.
- Tolerancia aumentada porque requiere dosis de alcohol cada vez más altas para lograr efectos originalmente producidos con menores dosis.
- Desinterés progresivo por otros placeres o actividades debido al consumo de alcohol.
- Prioridad al consumo frente a otras actividades y obligaciones.
- Persiste el consumo de alcohol a pesar de consecuencias perjudiciales como daño hepático, estados depresivos, o deficiencia del funcionamiento cognitivo.
- Deterioro paulatino en el funcionamiento laboral o académico, familiar y social.

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

Dependiendo del compromiso físico del estado del paciente y la correspondencia con el nivel de atención:

- Hemograma.
- Bioquímica sanguínea, glicemia, urea, creatinina, electrolitos (Na, K, Ca y Mg).
- Colesterol, triglicéridos HDL, LDL.
- Prueba de función hepática, TP.
- Orina completa.
- Alcholeemia y detección de otras sustancias en sangre.
- Serología para VDRL.
- Niveles de vitamina B1, B12, y ácido fólico.
- ELISA para VIH (previo consentimiento informado).
- Antígeno de superficie para hepatitis B .
- Prueba de embarazo (BHCG).
- Gabinete a considerar de acuerdo al caso individual.

COMPLICACIONES

De acuerdo al tiempo y patrón de consumo y a las características biopsicosociales individuales y al estado de salud física, siendo los más frecuentes: intoxicaciones que pueden llevar a estado de coma y muerte, trastornos amnésicos, trastornos psicóticos, trastornos del estado de ánimo, disfunciones sexuales, síndrome alcohólico fetal, infecciones, daños físicos, traumatismos, conducta disocial, suicidio, violencia, disfunción familiar, problemas laborales, académicos, legales y otros.

TRATAMIENTO

MEDIDAS GENERALES

Nivel I y II

En intoxicación aguda:

- Explicar a los pacientes y familias que esta es una enfermedad compleja e integral por la participación del cerebro y otros órganos, la vulnerabilidad genética, los rasgos de la personalidad, los estilos de vida y las características del contexto familiar y sociocultural.
- Informar sobre los daños a la salud física y mental por el consumo agudo excesivo de alcohol: accidentes, violencia intencional y no intencional (suicidios, homicidios, violencia familiar).

Consumo crónico:

- Síndrome alcohólico fetal.
- Daño hepático, las lesiones en diferentes órganos, especialmente cardiológico, gastroenterológico, y en el área neuropsiquiátrica.
- Detección y reporte de las enfermedades asociadas al consumo de alcohol, especialmente cuando se atienden las consecuencias físicas por el consumo de alcohol.
- Evitar y prevenir acerca de los prejuicios y estigmatizaciones provenientes de conceptos erróneos y coloquiales, así los términos de “vicio”, “debilidad”, “falta de voluntad”, etc.
- Educar al paciente en casos de consumo de riesgo o perjudicial en la disminución o abolición en el consumo de bebidas alcohólicas, mostrando los beneficios que obtiene cuando no hay consumo de alcohol y los daños y perjuicios que sufre el paciente y su familia cuando existe el consumo de alcohol.
- Impulsar al paciente y su familia a participar de programas de tratamiento de rehabilitación (centros especializados, comunidades terapéuticas, AA, Al-Anon, etc.)

MEDIDAS ESPECÍFICAS

Nivel I y II

- Explore la presencia de un patrón de consumo de alcohol y daño relacionado con el alcohol.
- Evalúe las medidas y recursos con los que cuenta para realizar conducta específica.

EN CUADROS AGUDOS

Intoxicación alcohólica:

- Suspender la ingesta de alcohol.
- Evalúe la vía respiratoria y la respiración.
- Coloque a la persona sobre su costado para prevenir la aspiración en caso que vomite.
- Disminuir la estimulación externa.
- Tiamina 100 a 200 mg IM o IV disuelto en solución glucosada o fisiológica de acuerdo al criterio médico.

Nivel I: remita a la persona al hospital si es necesario u obsérvela hasta que los efectos del alcohol hayan desaparecido.

- En casos necesarios (bajo autorización de familiares) recurrir a sujeción mecánica controlada.
- Si hay sospecha de envenenamiento por metanol, remita de nivel I al nivel II para que reciba tratamiento de emergencia.
- Otras **situaciones graves**: nivel I remite a nivel II y nivel II a nivel III.

Abstinencia alcohólica:

- Evalúe la vía respiratoria y la respiración.
- Coloque a la persona sobre su costado para prevenir la aspiración en caso que vomite.
- Disminuir la estimulación externa.
- Administrar benzodicepinas (excepto en personas con encefalopatía hepática o depresión respiratoria):
 - Lorazepam 2 a 10 mg VO cada 4 a 6 horas.
 - Diazepam 5 a 20 mg VO o IV cada 4 a 6 horas, durante las primeras 24 horas; posteriormente: alprazolam: 0,5 mg VO cada 12 horas, por un máximo de 10 días, reduciendo la dosis gradualmente.
- Tiamina 100 mg IM/día por 3 días, luego 400 mg/día VO, repartido en dos tomas, por un período no menor a 10 días.
- Complejo B, un comprimido VO tres veces al día, durante un período no menor a diez días.

En nivel II además: soluciones y electrolitos de acuerdo a requerimiento basal. Corrija los niveles de potasio y magnesio, generalmente en bajos niveles.

- Referir de nivel I a nivel II o de nivel II a nivel III en caso de no poder controlar: **delirium por abstinencia alcohólica:**
 - En nivel I referir el paciente al servicio de urgencias médicas de nivel II, o si no se puede controlar en nivel II referir a nivel III.

En nivel II:

- Trate a la persona en un ambiente seguro y no estimulante donde sea muy poco probable que se pueda causar daño.
- Administre diazepam para tratar los síntomas subyacentes de la abstinencia de alcohol.
- Administre 100 mg de tiamina por vía IV o IM tres veces al día durante cinco días.
- Use medicación antipsicótica, si es necesario, sólo mientras duren los síntomas psicóticos (por ejemplo haloperidol, VO 2.5-5 mg cada ocho horas).
- Mantenga la hidratación.
- Evite constreñir a la persona.

EN CUADROS CRÓNICOS, consumo de riesgo, consumo perjudicial o dependencia:

- Aplicar el cuestionario AUDIT (test de identificación de los trastornos debidos al consumo de alcohol) para identificar a las personas con alto riesgo de presentar problemas relacionados con el consumo de alcohol (consumo de riesgo, consumo perjudicial o dependencia).
- Intervenciones básicas para controlar el consumo de alcohol insistiendo en la disminución o supresión total en casos de consumo perjudicial y supresión total en casos de dependencia.
- Recaltar los aspectos positivos de permanecer en abstinencia y de los peligros del consumo, personalizándolos en el paciente.

Nivel III

Además de las medidas de nivel I y II.

- En intoxicación alcohólica referirse a normas recomendadas en la unidad 1.
- Uso racional de psicofármacos indicados para el manejo del paciente, pudiendo determinar individualmente la dosificación de medicación psicotrópica, de acuerdo con la gravedad de los síntomas:
 - Medicación anticomicial: carbamazepina 200-1.200 mg/día; o topiramato 200-300 mg/día; o lamotrigina: 25-300 mg/día.
 - Medicación antidepresiva: inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina: citalopram 20-40 mg/día; o sertralina 50-200 mg/día.
 - Medicación antipsicótica: aripiprazol: 5-45 mg/día.

- Tratamiento multidisciplinario de las complicaciones y comorbilidades psiquiátricas y físicas.
- Considerar y tratar otros problemas médicos: encefalopatía de Wernicke, encefalopatía hepática, sangrado gastrointestinal, lesiones de la cabeza con o sin hematoma subdural). Las benzodicepinas no se deben usar en personas con encefalopatía hepática o depresión respiratoria, debiendo considerarse otras alternativas terapéuticas.
- Tratamiento y rehabilitación integral mediante programas específicos, diseñados de acuerdo a sus propios parámetros en el marco científico y de respeto a los derechos del paciente, la familia y el equipo terapéutico.

CRITERIOS DE REFERENCIA

- Cuando no se supera el cuadro de intoxicación alcohólica, abstinencia o de convulsiones.
- Recaídas permanentes de la enfermedad, asociación con cuadros afectivos y psiquiátricos y de trastornos de la personalidad.
- Cuando el paciente tiene conductas descontroladas, violentas o peligrosas para sí mismo o su entorno, o las complicaciones amenazan su vida.
- Decisión de participar de una terapia especializada de rehabilitación.

CRITERIOS DE CONTRARREFERENCIA

- Seguimiento y control de la sobriedad.
- Prevención de recaídas.

CRITERIOS DE ALTA

- Si ha estado hospitalizado por intoxicación, abstinencia u otras complicaciones, al remitir el cuadro agudo, motivándolo a incluirse en un programa de rehabilitación.
- Si cumplió las especificaciones de alta de un programa de rehabilitación.

OBSERVACIONES

- Considerar que este es un padecimiento crónico con recaídas, de evolución ondulatoria, por lo cual se debe fortalecer la relación médico-paciente y el apoyo familiar.

MEDIDAS PREVENTIVAS HIGIÉNICO DIETÉTICAS Y ORIENTACIÓN EN SERVICIO, FAMILIA Y COMUNIDAD

- Disponibilidad inmediata para intervenir terapéuticamente ante situaciones de riesgo personal, familiar y en la comunidad.
 - Fomento del buen uso del tiempo libre.
 - Promoción de actividades comunitarias de información, incorporando la temática del uso perjudicial de alcohol en la ferias y festivales de salud.
 - Fortalecimiento de las redes sociales de apoyo.
 - Implementación y cumplimiento de normas sobre la promoción, producción, venta y distribución y consumo de alcohol.
1. Población general adolescente y su familia:
 - Sensibilización sobre los beneficios de estilos de vida saludable en el adolescente y la familia.
 - Facilitación del proceso de desarrollo biopsicosocial propio de la edad (logro de identidad, aceptación de género, pertenencia, límites, autonomía, identificación con valores. etc.).
 - Reflexión a la publicidad que fomenta el consumo de alcohol.
 2. Adolescente en riesgo de abuso de sustancias:
 - Desarrollo de intervenciones preventivas y terapéuticas con grupos de riesgo, tanto en el ambiente sanitario como en la comunidad en general, escuelas, grupos barriales, deportivos y religiosos.
 - Aprovechar las situaciones de crisis del adolescente para informar y brindar espacios de escucha, fortaleciendo la relación médico-paciente, y aportando sugerencias y alternativas para la solución de los problemas que le afligen.
 - Favorecer la integración a grupos sociales de conductas saludables.
 3. Adolescente parte de la familia de un enfermo dependiente del alcohol:
 - Proporcionar toda la información disponible sobre la enfermedad y las medidas que deben tomar en la familia para los cuidados del paciente.
 - Promover que el adolescente participe activamente en la rehabilitación del familiar dependiente. Asimismo recomendar que acuda a los grupos de autoayuda.

TRASTORNOS POR USO DE TABACO

DEFINICIÓN

Se designa como tabaquismo al consumo regular, durante un tiempo prolongado, de productos que contienen tabaco, ya sea por vía inhalatoria (el acto de fumar) o por masticación (“*smokeless tobacco*”).

Hasta no hace mucho el consumo de tabaco era visto sólo como un “*mal hábito*”. La evidencia científica ha demostrado que no es un simple hábito, sino una **dependencia/adicción**, y por lo tanto una **enfermedad**.

La nicotina, uno de los componentes más importantes del tabaco, modifica estructural y funcionalmente el cerebro. Es una sustancia que posee una gran capacidad adictiva ya que activa los receptores nicotínicos específicos cerebrales casi instantáneamente luego de su inhalación. Además es una droga legal, socialmente aceptada y que está arraigada profundamente en la personalidad de cada fumador, que ha crecido y ha vivido por años compartiendo su vida con el cigarrillo. Todo esto hace que la dependencia que genera el cigarrillo abarque aspectos físicos, psicológicos y sociales, y por su gran complejidad se dificulte su valoración en cada paciente.

CLASIFICACIÓN

Los trastornos se clasifican en:

El tabaco como factor de riesgo

- El tabaco es el único producto de consumo legal que mata cuando se utiliza exactamente de acuerdo a las indicaciones del fabricante.
- La mitad de los fumadores morirán por una enfermedad causada por el tabaco y lo harán perdiendo en promedio 10 años de vida.
- El tabaco no sólo afecta al fumador sino al no fumador expuesto.

Dependencia

- Existe suficientes evidencias clínicas, epidemiológicas y experimentales, que apoyan el concepto de que el consumo de tabaco, y de nicotina en particular, cumple con los requisitos necesarios para ser definidos como una adicción.

CRITERIOS CLÍNICOS

El tabaco como factor de riesgo

El consumo de tabaco (principalmente el hábito de fumar) debe ser investigado en toda persona que acude al servicio de salud independientemente de la causa que motiva la consulta.

En particular debe investigarse en:

- Mujeres embarazadas.
- Mujeres que reciben anticonceptivos orales.
- Personas con riesgo cardiovascular aumentado (obesidad, hipertensión arterial, antecedentes de problemas vasculares).
- Personas con antecedentes de patología respiratoria.
- Personas que tienen mayor riesgo de padecer neoplasias (antecedentes personales o familiares).

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

- Test de Fagerström de dependencia de la nicotina.
- Ante la sospecha de alguna disfunción o enfermedad se deben hacer las pruebas pertinentes para su diagnóstico y tratamiento, siendo especialmente relevantes aquellas relacionadas con el funcionamiento pulmonar (ej. espirometría, radiografía de tórax) y el sistema cardiovascular (ej. ECG, Doppler).

Dependencia:

- Preocupación o compulsión por el consumo.
- Disminución o pérdida de control con respecto al uso de la sustancia.
- Uso continuado a pesar de consecuencias negativas.
- Minimización o negación de problemas asociados con el uso de la sustancias.

- Para algunos fumadores el descubrimiento de una disfunción que no conocían o de una enfermedad debida al tabaco, representa un fuerte impacto y una oportunidad única para conseguir dejar de fumar.

COMPLICACIONES

Comorbilidad con otros trastornos mentales y del comportamiento:

- Depresión.
- Psicosis.
- Trastornos de personalidad.
- Ansiedad.
- Uso nocivo de alcohol.
- Aumento de peso en la fase de abstinencia.

TRATAMIENTO**MEDIDAS GENERALES****Nivel I y II**

- Orientación, educación y consejo simple.
- Tratamiento psicológico:
 - Uso de técnicas conductivo conductuales.
 - Técnica de desvanecimiento (reducción gradual de ingestión de nicotina y alquitrán).

MEDIDAS ESPECÍFICAS**Nivel III**

Además de las mencionadas para el nivel I y II:

Tratamiento farmacológico:

- Terapia sustitutiva con nicotina.
 - Parches de nicotina:
 - ▲ Se coloca sobre una zona de piel limpia y rasurada todos los días en el momento de levantarse y deberá retirarse al día siguiente (si el parche es de 24 horas) o ese mismo día al acostarse (si es de 16 horas).
 - ▲ No fumar mientras se usa el parche de nicotina.
 - ▲ El tratamiento estándar debe durar ocho semanas.
 - Chicle de nicotina.
 - ▲ 10 a 12 piezas de 2 mg al día (máximo 30 piezas/día).
 - ▲ Duración del tratamiento de 8 a 12 semanas (máximo seis meses).
 - ▲ Disminuir paulatinamente la dosis (evitar síndrome de abstinencia).
 - Bupropion:
 - ▲ Iniciar con 150 mg en una toma diaria, incrementar luego de seis días a 300 mg repartido en dos tomas (con una separación entre ambas tomas de ocho horas).
 - ▲ Entre 7 y 15 días después de haber comenzado a tomar bupropion, la persona debe dejar de fumar.
 - ▲ Duración del tratamiento entre 7 a 9 semanas.
 - Vareniclina: la dosis recomendada de vareniclina es 1 mg dos veces al día, después de una semana de titulación, según se indica a continuación:

Días 1 a 3:	0,5 mg una vez al día.
Días 4 a 7:	0,5 mg dos veces al día.
Día 8 hasta el fin del tratamiento:	1 mg dos veces al día.

CRITERIOS DE REFERENCIA

- Personas con dependencia.
- Personas con factores de riesgo cardiovascular, pulmonar o neoplásico.
- Fracaso en mantener la abstinencia.

CRITERIOS DE CONTRARREFERENCIA

- Una vez controlado el cuadro clínico y con tratamiento apropiado retorna al nivel I, para control y seguimiento.

MEDIDAS PREVENTIVAS HIGIÉNICO DIETÉTICAS Y ORIENTACIÓN EN SERVICIO, FAMILIA Y COMUNIDAD

Medidas específicas de prevención:

- Promover el cumplimiento de disposiciones legales vigentes (Ley 3029 y decreto reglamentario).
- Promover el desarrollo de ambientes familiares, escolares y laborales armónicos.
- Promover el respeto al derecho de los no fumadores de disfrutar de ambientes libres de humo de tabaco.

Adolescentes:

- a. Informar de los riesgos y las medidas que se deben tomar para promover ambientes libres de humo de tabaco.
- b. Evitar el inicio del consumo.
- c. Fortalecer factores protectores (autoestima, habilidades de negociación).

TRASTORNOS DEBIDOS AL USO DE OTRAS SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

DEFINICIÓN

Conjunto de fenómenos del comportamiento, cognitivos y fisiológicos, que se desarrollan como consecuencia del consumo repetido de sustancias psicotrópicas (llamadas así porque alteran el funcionamiento del sistema nervioso).

Incluye una gran diversidad de trastornos, de diferente gravedad y formas clínicas, pero todos atribuibles al uso de una o más sustancias psicoactivas, las cuales pueden o no haber sido prescritas por el médico.

Se clasifican en: estimulantes del sistema nervioso central (cocaína, anfetaminas, cafeína, teína, nicotina), depresores del sistema nervioso central (alcohol, narcóticos, opiáceos, barbitúricos, tranquilizantes, solventes orgánicos), alucinógenos (marihuana, LSD).

DIAGNÓSTICO

CRITERIOS CLÍNICOS

Un patrón desadaptativo de consumo de la sustancia que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos, expresado por tres (o más) de los ítems siguientes en algún momento de un período continuado de 12 meses:

1. Tolerancia, definida por cualquiera de los siguientes ítems:

- Una necesidad de cantidades marcadamente crecientes de la sustancia para conseguir la intoxicación o el efecto deseado.
- El efecto de las mismas cantidades de sustancia disminuye claramente con su consumo continuado.

2. Abstinencia, definida por cualquiera de los siguientes ítems:

- El síndrome de abstinencia característico para la sustancia específica.
- Se toma la misma sustancia (o una muy parecida) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.

3. La sustancia es tomada con frecuencia en cantidades mayores o durante un período más largo de lo que inicialmente se pretendía.

4. Existe un deseo persistente o esfuerzos infructuosos de controlar o interrumpir el consumo de la sustancia.

5. Se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención de la sustancia (p.ej., visitar a varios médicos o desplazarse largas distancias), en el consumo de la sustancia (p.ej., fumar un pitillo tras otro) o en la recuperación de los efectos de la sustancia.

6. Reducción de importantes actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo de la sustancia.

7. Se continúa tomando la sustancia a pesar de tener conciencia de problemas psicológicos o físicos recidivantes o persistentes, que parecen causados o exacerbados por el consumo de la sustancia (p.ej., consumo de la cocaína a pesar de saber que provoca depresión).

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

Laboratorio:

- Hemograma.
- Bioquímica sanguínea, glicemia, urea, creatinina, electrolitos (Na, K, Ca y Mg).
- Colesterol, triglicéridos, HDL, LDL.
- Pruebas de función hepática y TP.
- Orina completa.
- Alcoholemia y detección de otras sustancias en sangre.
- Niveles de vitamina B1, B12 y ácido fólico.
- Antígenos de superficie para hepatitis B.

Previo consentimiento informado:

- ELISA para VIH.
- Serología para VDRL.
- Prueba de embarazo (BHCG).

Gabinete a considerar de acuerdo al caso individual y la sustancia adictiva:

- Radiografía de tórax.
- Electrocardiograma.
- Electroencefalograma.

COMPLICACIONES

De acuerdo a la sustancia, tiempo de consumo, vía de administración, características individuales y estado de salud física. Las más frecuentes son: intoxicación, delirium, trastornos psicóticos, trastornos del estado de ánimo, síndrome alcohólico fetal, infecciones, daños físicos, traumatismos, conducta disocial, suicidio, violencia, disfunción familiar, problemas laborales, académicos, legales y otros.

TRATAMIENTO

MEDIDAS GENERALES

Nivel I y II

- Explicar a los pacientes y sus familiares que se trata de trastornos mentales complejos asociados a diversos factores, entre ellos.
 - Vulnerabilidad genética.
 - Personalidad.
 - Estilos de vida.
 - Contexto sociocultural.
- Informar sobre los daños a la salud física por el consumo crónico de las distintas sustancias, como ser la perforación de tabique nasal por uso intranasal de cocaína, etc.
- Detección y reporte de la enfermedad asociada al consumo de sustancias, especialmente cuando se atienden las consecuencias físicas de su uso, por ejemplo intoxicaciones, bronquitis crónica, avitaminosis, etc.
- Evitar y prevenir acerca de los prejuicios y estigmatizaciones provenientes de conceptos erróneos y coloquiales, por ejemplo los términos de “vicio”, “debilidad”, “falta de voluntad”, etc.
- Impulsar al paciente y su familia a participar responsablemente de un programa de tratamiento para rehabilitación.
- En **caso de síndrome de abstinencia**:
 - Suspender la ingesta de drogas, proteger a los individuos de hacerse daño o de hacer daño a sus familiares u otras personas.
 - Sospecha diagnóstica referencia de nivel I a II ó III de atención.

MEDIDAS ESPECÍFICAS

Nivel I y II

- Intervenciones básicas para controlar el consumo: insistir en la supresión total de la toma de la sustancia.
- Recalcar los aspectos positivos de permanecer en abstinencia y los peligros del consumo, personalizándolos en el paciente.
- Pacientes que presentan síntomas de abstinencia: medidas de soporte vital y derivación a nivel de mayor complejidad.

Nivel III

- Diagnóstico y tratamiento de las intoxicaciones y abstinencia según las normas respectivas (ver unidad 1).
- Tratamiento y rehabilitación integral mediante un programa específicamente diseñado, de acuerdo a sus propios parámetros en marco científico y de respeto a los derechos del paciente, la familia y el equipo terapéutico.
- La psicoterapia es el tratamiento de elección, psicoterapia de apoyo con un estilo extraordinariamente respetuoso, directo, firme, no controlador y no intrusivo, para crear un clima de confianza. Aunque la terapia de grupo o la cognitivo-conductual, dirigidas a tratar la ansiedad, disminuir la suspicacia y a desarrollar habilidades sociales, pueden resultar de gran provecho, estos pacientes tienden a ofrecer resistencia, debido al temor a perder el control y a las críticas.
- Tratamiento multidisciplinario de las complicaciones y comorbilidades psiquiátricas y físicas.
- Uso racional de psicofármacos indicados para el manejo del trastorno.

■ En casos de **síndromes de abstinencia:**

- Tratar los síntomas de abstinencia a medida que surgen, de acuerdo al tipo de droga que ha producido el cuadro y el trastorno mental o de la conducta que se presenta.
- Después de la abstinencia o durante el período de abstinencia se pueden presentar síntomas depresivos y la persona puede tener una depresión preexistente. Se debe estar pendiente del riesgo de suicidio, por lo que se puede sumar antidepresivos en su manejo, en caso necesario.

CRITERIOS DE REFERENCIA

- Presencia de algunas de las complicaciones señaladas.
- Decisión de participar en una terapia especializada de rehabilitación.

CRITERIOS DE CONTRARREFERENCIA

- Seguimiento y control de la sobriedad.
- Prevención de las recaídas.

CRITERIOS DE ALTA

- Remisión del cuadro agudo.
- Conclusión satisfactoria de programa de rehabilitación.

OBSERVACIONES

- Tras la remisión del cuadro agudo se recomienda motivar al paciente para incluirse en un programa de rehabilitación.
- Informar al paciente y la familia de la posibilidad de recaídas o evolución fluctuante.
- Fortalecer la relación médico-paciente y el apoyo familiar.

MEDIDAS PREVENTIVAS HIGIÉNICO DIETÉTICAS Y ORIENTACIÓN EN SERVICIO, FAMILIA Y COMUNIDAD

Medidas específicas:

- Promoción de estilos de vida saludables.
 - Fomentar el uso saludable del tiempo libre, prácticas deportivas, artísticas, u otros intereses que el o ella puedan tener.
 - Promover actividades comunitarias de información.
 - Fortalecer las redes sociales de apoyo.
1. Población general adolescente y su familia:
 - Sensibilizar sobre los beneficios de estilos de vida saludables.
 - Facilitar el proceso de desarrollo psicosocial propio de la edad (logro de identidad, pertenencia, límites, autonomía, identificación con valores, etc.).
 - Promover la reflexión en relación a la publicidad, que fomenta el consumo de alcohol y tabaco.
 2. Adolescente en riesgo de abuso de sustancias:
 - Desarrollar intervenciones preventivas y terapéuticas con grupos de riesgo, tanto en el ambiente sanitario como en la comunidad en general, escuelas, grupos barriales y deportivos.
 - Aprovechar las situaciones de crisis del adolescente para informar y brindar espacios de escucha, fortaleciendo la relación médico-paciente, y aportando sugerencias y alternativas para la solución de los problemas que le afligen.
 - Favorecer la integración a grupos sociales de conductas saludables.
 3. Adolescente parte de la familia de un enfermo dependiente de sustancias psicotrópicas:
 - Proporcionar toda la información disponible sobre la enfermedad y las medidas que se deben tomar en la familia para los cuidados del paciente.
 - Promover que el adolescente participe activamente en la rehabilitación del familiar dependiente. Asimismo recomendar que acuda a los grupos de autoayuda.

TRASTORNOS POR ANSIEDAD

DEFINICIÓN

La ansiedad es una sensación de aprensión difusa, desagradable y vaga, acompañada frecuentemente con síntomas vegetativos que se manifiesta por la incapacidad de estar sentado o de pie durante mucho tiempo. Cuando sobrepasa cierta intensidad o supera la capacidad adaptativa y/o funcional de la persona, se convierte en patológica, produciendo una respuesta inapropiada a un estímulo dado, provocando malestar significativo con signos y síntomas que afectan en lo físico, psicológico y conductual.

CLASIFICACIÓN

Los trastornos por ansiedad se clasifican en:

Trastornos fóbicos de ansiedad (F 41.0)

- Ataques inexplicables de miedo o terror, con la certeza de que está a punto de morir o perder la razón, asociado a síntomas neurovegetativos intensos.

Trastorno por ansiedad generalizada (F 41.1)

- Ansiedad y preocupación excesivas sobre diversos acontecimientos o actividades durante la mayor parte del tiempo.

Trastorno obsesivo compulsivo (F42.0)

- Ansiedad subsecuente a pensamientos y preocupaciones intrusivas, con la necesidad de realizar rituales de forma compulsiva para aliviar el temor.

Trastorno por estrés post-traumático (F 43.1)

- Es una dolorosa reexperimentación de un acontecimiento traumático, de naturaleza excepcionalmente amenazante, catastrófica, con un patrón de conductas de evitación de los estímulos asociados al trauma y síntomas persistentes de una reacción de alerta.

DIAGNÓSTICO

CRITERIOS CLÍNICOS

Síntomas físicos:

- Vegetativos: sudoración, sequedad de boca, mareo, inestabilidad.
- Neuromusculares: temblor, tensión muscular, cefaleas, parestesias.
- Cardiovasculares: palpitaciones, taquicardias, dolor precordial.
- Respiratorios: disnea.
- Digestivos: náuseas, vómitos, dispepsia, diarrea, estreñimiento, aerofagia, meteorismo.
- Genitourinarios: micción frecuente, problemas de la esfera sexual.

Síntomas psicológicos y conductuales:

- Preocupación, nerviosos o tensos.
- Aprensión (con temor, se asusta con facilidad).
- Sensación de agobio (sufrimiento, pena).
- Miedo a perder el control, a volverse loco o sensación de muerte inminente.
- Dificultad de concentración, quejas de pérdida de memoria.
- Irritabilidad, inquietud, desasosiego.
- Conductas de evitación de determinadas situaciones.
- Inhibición o bloqueo psicomotor.
- Insomnio.

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

- Los indicados para descartar la probable causa orgánica de los síntomas de ansiedad; por ejemplo hipertirodismo, enfermedad hipertensiva, diabetes, intoxicaciones, etc.
- Evitar los exámenes excesivos o innecesarios.

COMPLICACIONES

- Comorbilidad con trastorno depresivo.
- Cronificación.
- Pueden desencadenar en, o agravar cuadros de:
 - Hipertensión arterial.
 - Diabetes mellitus tipo II.
 - Gastritis.
 - Enfermedad coronaria.
 - Infecciones, neoplasias y otras.

TRATAMIENTO

MEDIDAS GENERALES

Nivel I y II

- Descartar causa orgánica.
- Mostrar una actitud de apoyo hacia el paciente, dejar que se exprese libremente sin interrumpirlo ni censurarlo.
- Centrarse en solucionar los síntomas, y no en especular acerca de las causas, especialmente con hipótesis psicológicas.
- Realizar psicoeducación: proporcionando información correcta y concisa:
 - Informe a la familia sobre la enfermedad y el tratamiento.
 - Proporcione orientación sobre dónde y a quién acudir en caso de emergencia.
 - Aclarar que el tratamiento debe administrarse por tiempo prolongado (entre tres meses a 12 meses).
 - Aclarar que el tratamiento correctamente administrado **no causa adicción**.

Es necesario realizar un seguimiento periódico en forma personal (acudiendo a su domicilio o citándolo para controles) o por teléfono a través del mismo personal de salud, un familiar o personal de la comunidad.

MEDIDAS ESPECÍFICAS

Nivel I y II

Farmacológicas:

- Iniciar tratamiento específico para estos trastornos, asociando medicación antidepresiva, destinada a regular los disturbios neuroquímicos subyacentes, y medicación ansiolítica para aliviar de manera inmediata la sintomatología:
 - **1ª elección:** iniciar con alprazolam 0,25 mg VO cada 12 horas, se puede incrementar hasta 0,5 mg VO cada 12 horas + fluoxetina 20 mg VO/día.
 - **Alternativa:** clonazepam 0,5 a 2 mg VO cada 24 horas (iniciar con dosis bajas e incrementar de manera paulatina).
 - En caso de emergencia (crisis de ansiedad) puede administrarse: clonazepam 0,25 VO gotas o sublingual; o diazepam 5 a 10 mg IV lenta; o lorazepam 0,5 a 2 mg VO.

Nivel III

Tratamiento psicofarmacológico y psicoterapéutico

1. Psicofarmacoterapia:

- Uso racional de medicación antidepresiva y ansiolítica (ver unidad 1), de acuerdo a las características individuales del caso.
- Las asociaciones o potenciación del esquema terapéutico debe regirse a criterios sustentados en la evidencia científica.
- Son de elección los antidepresivos ISRS, de preferencia los de mayor acción ansiolítica y sedante, a la vez vigilando los efectos colaterales, especialmente en relación al incremento de apetito.

2. Otras medidas terapéuticas para la asistencia y rehabilitación:

- Psicoterapia individual, de preferencia cognitiva-conductual.
- Psicoeducación individual y familiar.

CRITERIOS DE REFERENCIA

- Si luego de seis semanas de tratamiento según normas, los síntomas no remiten o se agravan.
- Crisis de ansiedad con agitación psicomotora grave.

CRITERIOS DE CONTRARREFERENCIA

- Una vez controlado el cuadro clínico y con tratamiento apropiado retorna al nivel I, para control y seguimiento.

CRITERIOS DE ALTA

- Remisión de la sintomatología clínica.
- Mejor adaptación al entorno.
- Modulación afectiva adecuada.
- Recuperación de autonomía.

OBSERVACIONES

- Considerar que muchas veces estos trastornos son crónicos, con recaídas, que pueden remitir con el tratamiento donde se tomen las acciones correctas y durante el tiempo necesario.

MEDIDAS PREVENTIVAS HIGIÉNICO DIETÉTICAS Y ORIENTACIÓN EN SERVICIO, FAMILIA Y COMUNIDAD**Medidas específicas de prevención:**

- Informar a pacientes y familiares del riesgo genético de estos padecimientos para consultar oportunamente en caso de que alguien presente síntomas sospechosos, especialmente los temores excesivos en las edades jóvenes.
- Evitar el consumo excesivo de sustancias estimulantes centrales, por ejemplo café, bebidas con cafeína, conocidas como *energizantes*.
- Promover el desarrollo de ambientes familiares, escolares y laborales armónicos:
 - Fortalecer habilidades de comunicación asertiva.
 - Fortalecer vínculos sociales saludables.
- Adolescentes en riesgo: los riesgos principales son:
 - Exposición a ambientes muy estresantes.
 - Vulnerabilidad genética (por antecedentes familiares).
 - Se debe desarrollar intervenciones preventivas y terapéuticas con grupos de riesgo, tanto en el ambiente sanitario como en la comunidad en general, escuelas, grupos barriales y deportivos, para el afronte adecuado de las situaciones peligrosas y el miedo.
- Adolescente con antecedentes familiares con trastorno de ansiedad.
 - Proporcionar toda la información disponible sobre la enfermedad y medidas que se deben tomar en la familia para los cuidados del paciente.
 - Promover que el adolescente participe activamente en la rehabilitación del familiar enfermo.

TRASTORNOS DEPRESIVOS

DEFINICIÓN

Alteraciones del estado de ánimo caracterizadas por tristeza, pérdida de la capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas, disminución de la vitalidad que lleva a una reducción de su nivel de actividad y a un cansancio exagerado, que aparece incluso tras un esfuerzo mínimo, que se presenta en episodios a lo largo de la vida, adquiriendo un curso recurrente con tendencia a la recuperación entre ellos.

FACTORES DE RIESGO

Los factores de riesgo para la aparición de este tipo de trastorno son el padecimiento de enfermedades médicas (crónicas e invalidantes o con pronóstico reservado) y psiquiátricas, especialmente las relacionadas con consumo de sustancias psicoactivas. Haber presentado cuadros de ansiedad frecuentes. Dificultades en su relación personal, familiar (disgregación y violencia familiar) y social. Dificultades en su adaptación al medio por migraciones recientes.

DIAGNÓSTICO

CRITERIOS CLÍNICOS

1. Síntomas afectivos:

- Estado de ánimo triste, melancólico.
- Sentimientos de infelicidad, vacío.
- Preocupación persistente y/o exagerada.
- Irritabilidad (se enoja con facilidad), ansiedad o nerviosismo.

2. Síntomas cognitivos:

- Dificultades en la atención y concentración (generalmente percibido por las personas como “problemas de memoria”).
- Baja autoestima (“no sirvo para nada”, “no puedo, no voy a poder”), desesperanza (“todo va a salir mal”), ideas de culpa, ideas de muerte.
- Pérdida del interés o de la capacidad para experimentar placer (anhedonia): la persona no disfruta de las cosas que antes le gustaban.

3. Síntomas conductuales (comportamiento):

- Movimientos lentos o acelerados (inquietud motora) o del habla.
- Llanto fácil.
- Aislamiento social (pérdida del interés en las actividades, pérdida de la capacidad de disfrutar).
- Pérdida de la iniciativa.

4. Síntomas somáticos (físicos):

- Trastornos del sueño: no pueden dormir (insomnio) o duermen más de lo acostumbrado (hipersomnia).
- Aumento o disminución del apetito.
- Pérdida o aumento de peso.
- Molestias gastrointestinales.
- Dolores diversos e inespecíficos.
- Fatiga, debilidad.
- Pérdida o disminución de la libido (deseo sexual).
- En casos severos se asocia:
 - Pensamientos y actos suicidas o de autoagresión.
 - Síntomas psicóticos.
 - Dependencia de alcohol o droga.

5. Otras formas de presentación de la depresión:

- La depresión se puede presentar encubierta por una gran variedad de síntomas físicos, predominantemente dolores (de cabeza, de espalda, osteomusculares o dolores vagos difíciles de identificar), trastornos del sueño, malestares gastrointestinales, fatiga, mareos, palpitaciones y alteraciones del apetito.
- Los trastornos depresivos son frecuentes en personas que sufren enfermedades graves, crónicas o invalidantes (cáncer, patologías cardíacas, dolores crónicos, párkinson y otras enfermedades neurológicas).
- Importante evaluar la presencia de síntomas depresivos en el período del puerperio mediato y tardío (depresión posparto).

CLASIFICACIÓN CLÍNICA

DEPRESIÓN LEVE (F32.1)

- Presencia de dos o tres de los síntomas antes descritos.
- El paciente generalmente está tenso pero probablemente estará apto para continuar con la mayoría de sus actividades.
- La depresión leve suele ser transitoria y por lo general no está indicada la prescripción de medicamentos.

DEPRESIÓN MODERADA (F32.2)

- Presencia de al menos seis síntomas de los descritos anteriormente de los cuales al menos uno corresponde a:
- Afecto deprimido.
 - Alteraciones en el sueño.
 - Pérdida del interés y capacidad para el placer (anhedonia).
 - Los síntomas deben estar presentes durante un período no menor a dos semanas.

DEPRESIÓN GRAVE (F32.3)

- A los criterios de depresión moderada se agrega la sospecha de uno o más de los siguientes:
- Síntomas psicóticos como alucinaciones (ver o escuchar cosas que otros no ven o escuchan) y delirios de contenido depresivo (ideas erróneas que son imposibles de modificar).
 - Uso nocivo o dependencia de alcohol o drogas.
 - Intento o riesgo grave de suicidio.

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

- Los indicados para descartar la probable causa orgánica de los síntomas de depresión, tomando en cuenta que la depresión se puede presentar con síntomas orgánicos.
- Evitar los exámenes excesivos o innecesarios.

COMPLICACIONES

- Suicidio.
- Discapacidad permanente, moderada a grave.
- Comorbilidad con trastornos por uso de sustancias psicoactivas.
- Desencadenamiento de un episodio maníaco durante el tratamiento de la depresión bipolar.

TRATAMIENTO

MEDIDAS GENERALES

Niveles I, II y III

- Descartar cualquier causa orgánica.
- Establecer severidad de la enfermedad depresiva: leve, moderada y grave. Aplicar el test de Hamilton para depresión (ficha técnica N° 3).
- Centrarse en solucionar los síntomas y no en especular acerca de las causas, especialmente con hipótesis psicológicas.
- La tristeza es una emoción humana normal, bajo ciertas situaciones negativas, no confundir con enfermedad depresiva.
- Realizar psicoeducación: proporcionando información correcta y concisa al paciente y familia según corresponda:
 - Sobre la enfermedad y el tratamiento.
 - Aclarar que el tratamiento debe administrarse por tiempo prolongado (entre tres meses a 12 meses).
 - Aclarar que el tratamiento correctamente administrado **no causa adicción**.
 - Ponga énfasis que se debe estimular las fortalezas y habilidades de la persona.
 - En la medida de lo posible el paciente debe mantener actividades que le solían ser interesantes o placenteras, actividad física y social periódica.
 - La importancia de mantener un ciclo regular de sueño.
 - La importancia de reconocer pensamientos de autolesión o suicidio.
 - Proporcionar orientación sobre dónde y a quién acudir en caso de emergencia.
- Abordar los factores psicosociales estresantes actuales:
 - Ofrezca a la persona oportunidad de hablar.
 - Evaluar factores psicosociales estresantes: maltrato, abuso, exclusión, acoso escolar, problemas de rendimiento escolar o descuido del paciente.
 - Identifique familiares y referentes de apoyo e involúcrelos en el proceso.
- Es necesario realizar un seguimiento periódico en forma personal (acudiendo a su domicilio o citándolo para controles) o por teléfono a través del mismo personal de salud, un familiar o persona de la comunidad.

MEDIDAS ESPECÍFICAS

Depresión leve

Nivel I, II y III

La depresión leve suele ser transitoria y por lo general se resuelve con medidas generales, no está indicada la prescripción de medicamentos.

Depresión moderada

Nivel I y II

Farmacológicas:

- **1ª elección:** fluoxetina 20 mg VO/día.
 - En caso de pacientes de la tercera edad o polimedicados puede considerarse: citalopram 20 mg VO/día.
 - En caso de comorbilidad con síntomas de ansiedad o insomnio (muy frecuente), asociar a alprazolam 0,25 mg VO cada 12 horas, pudiendo incrementarse hasta 0,5 mg VO cada 12 horas.
- Valorar el riesgo de conducta suicida.
- El fármaco elegido debe ser indicado para una sola toma al día por un período no menor a seis semanas.
- Se debe evaluar frecuentemente la respuesta a la medicación y el estado del paciente una vez por semana.

Nivel III

Además de lo recomendado para el nivel I y II:

- Fluoxetina 20 a 80 mg/día.
- Paroxetina 20 a 80 mg/día.
- Citalopram 20 a 40 mg/día.
- Escitalopram 10 a 20 mg/día.
- Sertralina 50-100 mg/día.
- Imipramina 25 a 75 mg/día (incremento semanal dosis terapéutica a partir de los 50 mg).
- Amitriptilina 25 a 75 mg/día (incremento semanal dosis terapéutica a partir de los 50 mg).
- Clomipramina 25 a 75 mg/día (incremento semanal dosis terapéutica a partir de los 50 mg).

Puede asociarse a benzodiazepinas que permitirán un descenso de los niveles de ansiedad, mejorando los patrones de sueño:

- Clonazepam 0,5 a 2 mg VO o vía sublingual STAT.
- Alprazolam 0,5 a 2 mg VO STAT.
- Diazepam 5 a 10 mg VO o IV lentamente STAT.
- Lorazepam 0,5 a 2 mg VO STAT.

Depresión severa

Nivel I y II

- Referir a nivel III.

Nivel III

Además de considerar las medidas farmacológicas anteriores para depresión moderada, con síntomas psicóticos: risperidona 0,5 mg VO (gotas), incrementar paulatinamente de acuerdo a necesidad (dosis máxima de 9 mg).

Tomar en cuenta:

- Uso racional de medicación antidepresiva y ansiolítica (según los principios de la unidad 1), de acuerdo a las características individuales del caso, y por un tiempo de alrededor de un año.
- La elección del psicofármaco antidepresivo debe ser en base al diagnóstico específico del cuadro, tomando en cuenta los posibles efectos colaterales, las interacciones medicamentosas, la comorbilidad y las complicaciones psicóticas y de riesgo suicida.
- Las asociaciones o potenciación del esquema terapéutico debe regirse a criterios sustentados en la evidencia científica, tomando en cuenta las posibles complicaciones del caso.

Otras medidas terapéuticas:

- Terapia electroconvulsiva (TEC) de acuerdo al criterio de especialidad, siguiendo protocolos específicos de aplicación.
- Psicoterapia:
 - Se recomienda de preferencia las técnicas cognitivas.
 - Psicoterapia interpersonal.
 - Terapia de grupo.
 - Otras psicoterapias.

CRITERIOS DE REFERENCIA

Desde los niveles I y II, referir a un servicio especializado en los siguientes casos:

- Cuando exista riesgo de suicidio.
- Si al cabo de seis semanas de tratamiento según normas no se observa mejoría del cuadro.
- Cuando se presenten reacciones medicamentosas adversas importantes.
- Agravamiento del cuadro.
- Presencia de síntomas psicóticos.
- Comorbilidad principalmente con trastornos por uso de sustancias.

CRITERIOS DE CONTRARREFERENCIA

- Remisión del síndrome depresivo para la continuación del tratamiento al menos por un año, para evitar la recaída y la cronicidad.

CRITERIOS DE ALTA

- Remisión total del cuadro, constatando la evolución asintomática al menos un año.

OBSERVACIONES

- Los trastornos depresivos son frecuentes en personas que sufren enfermedades graves, crónicas o invalidantes (cáncer, patologías cardíacas, dolores crónicos, párkinson y otras enfermedades neurológicas).
- El antecedente de haber sufrido episodios depresivos es pronóstico de futuras recaídas.

MEDIDAS PREVENTIVAS HIGIÉNICO DIETÉTICAS Y ORIENTACIÓN EN SERVICIO, FAMILIA Y COMUNIDAD

Medidas específicas de prevención:

- Para prevenir la recurrencia deberá realizarse en todos los casos el tratamiento adecuado.
 - Una vez lograda una respuesta satisfactoria el tratamiento debe mantenerse al menos un año para evitar las recaídas.
1. Adolescente en riesgo de sufrir algún trastorno depresivo. Los riesgos principales son:
 - Estar expuesto a ambientes muy estresantes.
 - Tener vulnerabilidad genética (por antecedentes familiares).
 - Desarrollar intervenciones preventivas y terapéuticas con grupos de riesgo, tanto en el ambiente sanitario como en la comunidad en general, escuelas, grupos barriales y deportivos, para el afronte adecuado de las situaciones vitales adversas.
 2. Adolescente con antecedentes familiares de depresión.
 - Proporcionar toda la información disponible sobre la enfermedad y las medidas que se deben tomar en la familia para los cuidados del paciente.
 - Promover que el adolescente participe activamente en la rehabilitación del familiar enfermo.

CONDUCTA SUICIDA (lesiones auto infringidas intencionalmente)

DEFINICIÓN

Es la acción de quitarse la vida de forma voluntaria, premeditada o impulsiva, generalmente asociada a trastornos psiquiátricos o circunstancias cotidianas muy adversas. La autolesión es un término más amplio que concierne al envenenamiento o lesión intencional auto infringida, la cual puede o no tener un objetivo o resultado fatal.

DIAGNÓSTICO

CRITERIOS CLÍNICOS

- **Paciente con signos y síntomas evidentes de autolesión:**
 - Sangrado por una herida auto infringida u otros signos de autolesión.
 - Signos de intoxicación.
 - Pérdida de conocimiento.
 - Letargo extremo.
- **Paciente que ha sobrevivido al intento suicida:**
 - Sensación de acorralamiento, con la convicción de que no puede solucionar su problema o problemas.
 - Pensamientos de que la única solución es morir.
 - Haber intentado suicidio.
 - Con sentimientos de ambivalencia frente a la vida.
- **Valoración del riesgo de suicidio:**
 - Adolescencia.
 - Tentativa previa a fantasía suicida.
 - Verbalización de la idea suicida.
 - Ansiedad, depresión, agotamiento.
 - Disponibilidad de medios de suicidio.
 - Compra de algún elemento que indique intención de quitarse la vida: veneno, armas de fuego, pastillas (sin prescripción médica), otros.
 - Preocupación por el efecto del suicidio en los miembros de la familia.
 - Preparación del testamento, resignación después de una depresión agitada.
 - Crisis vital reciente, como duelo o intervención quirúrgica.
 - Inminente.
 - Historia familiar de suicidio.
 - Pesimismo o desesperanza persistente.
 - Falta de sueño.
 - Ideas de culpabilidad.
- **Condiciones que agravan el riesgo suicida:**
 - Persona que esté atravesando una situación desesperada de cualquier índole: social, legal, marital, económica o familiar.
 - Que esté muy enferma o debilitada (sobre todo en enfermedades terminales).
 - Personas que se encuentran solas (abandonadas), sobre todo si son ancianas.

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

- De acuerdo a daños físicos que pudo haber sufrido.

TRATAMIENTO

MEDIDAS GENERALES

Nivel I y II

- Evaluar el riesgo para la vida del paciente.
- Establecer una relación empática y de respeto hacia el paciente.
- Detectar el riesgo de conducta suicida (pensamientos, planes, actos suicidas).
- Preguntar directamente sobre la intención y/o conducta suicida al paciente (porque a menudo reduce la ansiedad que rodea el sentimiento, pudiendo sentirse aliviada y mejor comprendida).
- Nunca deben tomarse las amenazas de suicidarse a la ligera.
- Alertar a la familia sobre la existencia de riesgo.
- Discriminar el factor causal (pérdidas afectivas, laborales, económicas, presencia de enfermedad grave, indicación de cirugías mutilantes, intoxicaciones, patología mental o neurológica grave, etc.).
- Adoptar medidas de protección y supervisión de acuerdo a los factores de riesgo identificados.
- Realizar medidas de acción psicosocial:
 - Ofrezca apoyo a la persona (por ejemplo puede preguntar: ¿qué puedo hacer por usted? o ¿en qué forma cree que puedo ayudarle?). El ofrecimiento de ayuda, aun cuando sea mínimo, representará un cambio notable a la desesperanza y soledad que le ha rodeado.
 - Explore las razones y formas de permanecer con vida.
 - Céntrese en las fortalezas positivas y en como pudo lidiar con conflictos previos.
 - Incorpore a la familia, los amigos y personas interesadas, para asegurar que la persona sea monitoreada mientras persiste el riesgo.
 - Aconseje a la persona y a los cuidadores a restringir el acceso a los métodos usados para auto agredirse (pesticidas, sustancias toxicas, medicamentos, armas de fuego, armas blancas).
 - Informe a los cuidadores que aunque se puedan sentir frustrados, es recomendable que eviten las críticas severas y la hostilidad hacia la persona que está en riesgo de autolesión.
 - Ofrezca apoyo emocional a los familiares/cuidadores, si lo necesitan.

MEDIDAS ESPECÍFICAS

- Si la persona requiere tratamiento médico urgente para actos de autolesión:
 - Trate médicamente la lesión o el envenenamiento.
 - Si hay intoxicación aguda siga el manejo del módulo sobre intoxicación.
 - Si es necesaria la hospitalización para atender las consecuencias de un acto de autolesión, no se recomienda la hospitalización en unidades no psiquiátricas de hospitales generales. Nivel I refiera y nivel II (en caso que atienda estos casos), interne pero siga monitoreando estrechamente.
- Toda ideación o intento suicida debe ser atendido como un evento muy peligroso e importante.
- Tome las siguientes precauciones:
 - Elimine los probables métodos o instrumentos de autolesión.
 - Cree un ambiente seguro y con apoyo; si fuera posible, ofrezca un área separada y tranquila mientras espera.
 - No deje a la persona sola.
 - Supervise y asigne a un miembro del personal o a un familiar para garantizar la seguridad.
 - Atienda el estado mental y la angustia.
- Brindar apoyo emocional, ofreciendo un espacio de escucha sin juzgar ni agredir al paciente ni a su familia, explorando alternativas al suicidio para afrontar los problemas.
- Si hay signos y síntomas de depresión actúe de acuerdo a norma. En caso de decidir prescribir medicación use fármacos que sean lo menos peligrosos en caso de sobredosis. Entregue recetas con cantidad pequeña de medicación (para pocos días).
- En pacientes agitados proceder a la sedación del paciente utilizando: levomepromazina una ampolla de 25 mg por vía IM.
- **Si no puede controlar la situación refiera.**

MEDIDAS GENERALES**Nivel III**

- Hospitalización hasta tener respuesta farmacológica, al menos 7 a 10 días.
- Evaluar el riesgo para la vida.
- Diagnosticar y tratar la comorbilidad psiquiátrica (protocolo de acuerdo a factor comorbido).

MEDIDAS ESPECÍFICAS

- Uso racional de psicofármacos de acuerdo a la signo-sintomatología del paciente:
 - Asociación de antidepresivo con antipsicótico: mirtazapina 15 a 45 mg/día VO + risperidona 1 a 6 mg/día VO.
- Psicoterapia individual, de familia o de grupo.
- Terapia electroconvulsiva, en caso de cumplir criterios para su aplicación, según normas y guías específicas.

CRITERIOS DE REFERENCIA

- Alto grado de letalidad y de intencionalidad del intento suicida.
- Presencia de comorbilidad psiquiátrica.
- Deficiente apoyo familiar o social.
- Antecedente de intento suicida previo.

CRITERIOS DE CONTRARREFERENCIA

- Disminución clínicamente significativa del riesgo suicida.
- Continuación del tratamiento y las indicaciones del nivel III.

CRITERIOS DE ALTA

- Disminución clínicamente significativa del riesgo suicida.
- Remisión de la comorbilidad psiquiátrica.
- Tratamiento de los factores subyacentes.

OBSERVACIONES

- Toda ideación o intento suicida debe ser atendido como un evento muy peligroso e importante.

MEDIDAS PREVENTIVAS HIGIÉNICO DIETÉTICAS Y ORIENTACIÓN EN SERVICIO, FAMILIA Y COMUNIDAD**Medidas específicas de prevención:**

- Restringir la disponibilidad de medios o acceso a los métodos usados para auto agredirse, por ejemplo disminución del acceso a plaguicidas, protección en los edificios altos, puentes, armas.
 - Involucrar activamente a la comunidad para encontrar formas localmente factibles de implementar las intervenciones a nivel de la población, con el fin de reducir el acceso a los métodos de suicidio.
 - Establecer la colaboración entre el sector salud y otros sectores relevantes.
- Medidas preventivas para disminuir el consumo de alcohol y otras sustancias.
- Educación pública para evitar la discriminación y estigmatización del enfermo mental.
- Facilitar el acceso a los servicios médicos.
- Capacitación del equipo de salud para el manejo de esta situación.
- Ayudar y motivar a los medios de comunicación a seguir prácticas de comunicación responsable con respecto al suicidio:
 - Restricción de la difusión mediática de los suicidios.
 - Evitar lenguaje que intenta causar sensacionalismo, o aceptar como normal el suicidio, o presentarlo como la solución a un problema.
 - Evitar fotografías y descripciones explícitas del método utilizado para suicidarse.
 - Proporcionar información acerca de dónde se puede obtener ayuda.
- Implementar servicios telefónicos de ayuda para intervención en crisis.
- En caso de adolescentes en riesgo:
 - Motivar la búsqueda de ayuda.
 - Desarrollar intervenciones preventivas y terapéuticas, tanto en el ambiente sanitario como en la comunidad en general, escuelas, grupos barriales y deportivos.
 - Aprovechar las situaciones de crisis del adolescente para informar y brindar espacios de escucha, fortaleciendo la relación médico-paciente, y aportando sugerencias y alternativas para la solución de los problemas que le afligen.
 - Favorecer la integración a grupos sociales de conductas saludables.
 - Uso saludable del tiempo libre, prácticas deportivas, artísticas, u otros intereses que el o ella puedan tener.

TRASTORNOS SOMATOMORFOS

DEFINICIÓN

La característica de estos trastornos es la presentación reiterada de síntomas somáticos que son motivo de persistentes consultas médicas y exploraciones clínicas, y a pesar de repetidos resultados negativos, los pacientes se niegan a aceptar las explicaciones de los médicos de que los síntomas no tienen una justificación somática. El trastorno afecta el comportamiento social y familiar.

Entre ellos se encuentran:

- Trastorno de somatización. Presencia de múltiples síntomas somáticos, recurrentes y variables que puede afectar a cualquier parte del organismo.
- Trastorno hipocondríaco. Preocupación persistente por la posibilidad de tener una o más enfermedades somáticas graves.

DIAGNÓSTICO

CRITERIOS CLÍNICOS

■ Trastorno de somatización (F45.0):

Presencia de síntomas que pueden afectar a cualquier parte del organismo, siendo los más frecuentes molestias gastrointestinales como dolor, meteorismo, regurgitación, vómitos, náuseas, flatulencia, colon irritable, diarreas; síntomas dérmicos entre las que se destacan prurito, quemazón, enrojecimiento; síntomas cardiopulmonares como disnea, palpitaciones, opresión precordial. Las quejas menstruales y sexuales son también frecuentes.

■ Trastorno hipocondríaco (F45.2):

Creencia persistente de la presencia de al menos una enfermedad somática grave que subyace al síntoma o síntomas presentes, aunque no se haya podido encontrar ninguna explicación somática adecuada.

Con frecuencia el enfermo da importancia exagerada a sensaciones normales o molestias ligeras, en uno o dos órganos o sistemas del cuerpo, que considera pruebas de la enfermedad no diagnosticada.

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

- No existen exámenes destinados a corroborar estos trastornos, sin embargo puede ser necesario solicitar alguna prueba biométrica para comprobar la ausencia de enfermedad física, de acuerdo a criterio clínico.

TRATAMIENTO

Nivel I y II

MEDIDAS GENERALES

- Descartar patología somática, mediante historia clínica completa y minuciosa.
- Establecer una buena relación médico-paciente, para que tome conciencia de la posibilidad de que en sus síntomas intervengan factores psicológicos.
- Evitar exploraciones médicas innecesarias.
- Evitar la estigmatización del paciente.
- El trastorno se trata mejor cuando el clínico principal es un único médico, que debe programar regularmente visitas breves mensuales para que el paciente constate que no está siendo abandonado por su médico.

MEDIDAS ESPECÍFICAS

Ofrecer la explicación más apropiada para quitarle los temores. Aconsejar al paciente que no se preocupe tanto sobre los problemas médicos.

Farmacoterapia: prescribir ansiolíticos y antidepresivos en casos en que la severidad del síndrome haya comprometido la calidad de vida y el desempeño psicosocial de acuerdo a las normas para ansiedad y depresión.

Nivel III

MEDIDAS GENERALES

- El objetivo es poder vivir lo mejor posible, aun si los síntomas persisten.
- Psicoterapia individual, familiar y/o de grupo.
- Tratamiento de la comorbilidad: depresión, trastornos de personalidad, disfunción familiar y otros.

MEDIDAS ESPECÍFICAS

Psicoterapia individual

Dependiendo de la escuela de psicoterapia que promueva el psicoterapeuta; el objetivo es de generar modificación de actitudes frente a los estresores, y fortificar los recursos personales para el afronte así como las estrategias de relacionamiento interpersonal.

COMPLICACIONES

- Abuso o dependencia de psicofármacos prescritos, y/o alcohol y otras drogas.
- latrogenia.

CRITERIOS DE REFERENCIA

- Poca respuesta a las medidas terapéuticas.
- En casos complejos, con múltiples presentaciones médicas.

CRITERIOS DE CONTRARREFERENCIA

- Remisión de la sintomatología prominente.
- Mejor adaptación a su entorno.

CRITERIOS DE ALTA

- Remisión total o parcial de la sintomatología.
- Mejoría de la adaptación a su entorno familiar, laboral, académico y social.

OBSERVACIONES

- El estrés a menudo provoca síntomas físicos.
- Solucionar los síntomas y no tratar de descubrir las causas psicológicas.
- La remisión completa del síndrome puede no ser posible, es frecuente que los pacientes hayan sido atendidos en múltiples servicios de medicina general y de especialidades durante varios años.
- La quinta parte del presupuesto de la mayoría de las instituciones de salud se gasta en pacientes que somatizan.

MEDIDAS PREVENTIVAS HIGIÉNICO DIETÉTICAS Y ORIENTACIÓN EN SERVICIO, FAMILIA Y COMUNIDAD

Medidas específicas de prevención:

- Animar a mantener sus actividades cotidianas aprovechando adecuadamente el tiempo de que dispone.
- Favorecer el desarrollo físico y psicosocial saludable.
- Promover entorno familiar y social armónico.
- Propiciar un manejo adecuado de las emociones, como ansiedad, miedo, rabia, celos y otros.
- Proporcionar información sobre los trastornos somatomorfos y las posibilidades de tratamiento.

Orientación a el o la adolescente:

1. Adolescente en riesgo de sufrir algún trastorno por somatización. Los riesgos principales son:
 - En el desarrollo normal físico y mental existen preocupaciones por los cambios evidentes, lo que puede generar excesiva preocupación.
 - Estar expuesto a ambientes muy estresantes.
 - Tener vulnerabilidad biológica y psicológica por fragilidades que se presentan en el neurodesarrollo.
 - Desarrollar intervenciones preventivas y terapéuticas, tanto en el ambiente sanitario como en la comunidad en general, escuelas, grupos barriales y deportivos, para el afronte adecuado de las tareas propias del desarrollo.
2. Adolescente parte de la familia de un enfermo con trastorno por somatización:
 - Proporcionar toda la información disponible sobre la enfermedad y las medidas que se deben tomar en la familia para los cuidados del paciente.

TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

DEFINICIÓN

Este grupo de síndromes comprende varias entidades, para estas normas se han incluido a dos síndromes importantes y claramente delimitados:

- 1. ANOREXIA NERVIOSA:** Presencia de una pérdida deliberada de peso, inducida o mantenida por el mismo enfermo.
- 2. BULIMIA NERVIOSA:** Presencia de episodios repetidos de ingesta excesiva de alimentos y una preocupación exagerada por el control del peso corporal, que lleva a adoptar medidas extremas para evitar el aumento de peso producido por la ingesta excesiva de comida.

DIAGNÓSTICO

CRITERIOS CLÍNICOS

1. Anorexia nerviosa:

- Rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal.
- Miedo intenso a ganar peso o a la obesidad, incluso estando por debajo del peso normal.
- Distorsión de la imagen corporal, exageración de la importancia en la autoevaluación o negación del peligro que represente el tener bajo peso.
- En las mujeres post puberales, presencia de amenorrea.
- Seguir dietas muy estrictas, a pesar de tener bajo peso que suelen llevar a desnutrición severa y otras complicaciones.

2. Bulimia nerviosa:

- Presencia de atracones recurrentes, con ingesta de alimento en corto espacio de tiempo y la sensación de pérdida de control sobre la ingesta.
- Conductas compensatorias inapropiadas a fin de no ganar peso: inducción de vómitos, uso de laxantes y diuréticos, enemas, ayuno y ejercicio físico excesivo.
- Miedo exagerado e irracional a la posibilidad de ganar peso corporal.

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

- No existen exámenes destinados a corroborar estos trastornos, sin embargo deben solicitarse pruebas especializadas en el paciente en el que está seriamente afectado el estado nutricional y metabólico.
- Se recomienda solicitar pruebas biométricas de rutina durante el tratamiento.

TRATAMIENTO

MEDIDAS GENERALES

Nivel I y II

- Restaurar el estado nutricional del paciente, la deshidratación y el desequilibrio electrolítico, que pueden en algunos casos llevar a la muerte.
- Informar acerca de que es una enfermedad mental que requiere tratamiento especializado, ya que entraña mucho peligro para la vida.
- Involucrar a la familia en el tratamiento.

MEDIDAS ESPECÍFICAS

- Detectar factores de riesgo y prever su presentación y complicaciones.
- Participar en el equipo multidisciplinario tratante, en la rehabilitación y reeducación de la conducta alimentaria.

MEDIDAS GENERALES

Nivel III

- Se debe hospitalizar en los siguientes casos:
 - Cuando la severidad del trastorno ponga en riesgo la vida, ya sea por el compromiso físico o por riesgo suicida.
 - Cuando no se cuente con el suficiente apoyo familiar.
- Determinar el diagnóstico de la comorbilidad, tanto con padecimientos mentales como físicos.
- Desarrollar un plan de tratamiento global interdisciplinario que incluya uso de psicofármacos racionalmente, psicoterapias y acciones educativas.
- Se deberá practicar *terapia familiar* siempre que sea posible, sobre todo en adolescentes o pacientes adultos con interacciones conflictivas con sus familiares.

MEDIDAS ESPECÍFICAS

Psicofarmacoterapia:

- Uso racional de psicofármacos, se recomienda la dosis mínimas terapéuticas; esta estrategia debe basarse en lo siguiente:
 - Inhibidores de la recaptación de serotonina, ultraselectivos o duales, según el caso se podrá elegir:
 - ▲ Fluoxetina: de 20 a 80 mg/día.
 - ▲ Escitalopram: 10 a 20 mg/día.
 - ▲ Venlafaxina: 75 a 375 mg/día.
 - ▲ Mirtazapina: 15 a 45 mg/día.
 - Medicación antipsicótica:
 - ▲ Risperidona: 3 a 9 mg/día.
 - ▲ Aripiprazol: 5 a 45 mg/día.
 - Vitaminas a altas dosis, con aporte suficiente de cofactores y precursores de aminoácidos.
 - Minerales, especialmente zinc.
 - Anticomociales en bajas dosis en algunos casos.
- Las asociaciones o potenciación del esquema deben regirse a criterios sustentados en la evidencia científica.

Psicoterapia:

- Tratamiento individual: especialmente dirigido a modificar los esquemas cognitivos.
- Psicoeducación de la conducta alimentaria.
- Terapia de familia.
- Psicoterapia de grupo.
- Favorecer la formación y el funcionamiento de grupos de autoayuda.

COMPLICACIONES

- Desnutrición, trastornos metabólicos y sistémicos severos.
- Riesgo suicida.

CRITERIOS DE REFERENCIA

- Sospecha clínica en niveles I y II debe ser referida a servicio especializado.

CRITERIOS DE CONTRARREFERENCIA

- Disminución clínicamente significativa de la severidad del trastorno.
- Continuación del tratamiento y las indicaciones del nivel III.

CRITERIOS DE ALTA

- Disminución clínicamente significativa de la severidad del trastorno.
- Remisión de la comorbilidad psiquiátrica.
- Compensación del estado general físico y psicológico asegurando el seguimiento.

OBSERVACIONES

- Se trata de enfermedades crónicas y severas que requieren la participación de varios agentes terapéuticos, además de los familiares que deben estar involucrados en la rehabilitación del o la paciente.

MEDIDAS PREVENTIVAS HIGIÉNICO DIETÉTICAS Y ORIENTACIÓN EN SERVICIO, FAMILIA Y COMUNIDAD

Medidas específicas de prevención:

- Promoción de estilos de vida saludables.
- Estar disponible para intervenir terapéuticamente ante situaciones de riesgo personal, familiar y en la comunidad.
- Fomentar el uso saludable del tiempo libre, prácticas deportivas, artísticas, u otros intereses que el o ella puedan tener.
- Promover actividades comunitarias de información.
- Fortalecer las redes sociales de apoyo.

Orientación a el o la adolescente:**1. Población general adolescente y su familia:**

- Sensibilizar sobre los beneficios de estilos de vida saludables.
- Facilitar el proceso de desarrollo psicosocial propio de la edad (logro de identidad, pertenencia, límites, autonomía, identificación con valores, etc.).
- Promover la reflexión sobre la publicidad, de patrones de belleza, que llevan a conducta de riesgo.

2. Adolescente en riesgo de trastornos de la conducta alimentaria:

- Desarrollar intervenciones preventivas y terapéuticas con grupos de riesgo, tanto en el ambiente sanitario como en la comunidad en general, escuelas, escuelas de modelaje, academias de danza, concursos de belleza, grupos barriales y deportivos.
- Aprovechar las situaciones de crisis del adolescente para informar y brindar espacios de escucha, fortaleciendo la relación médico-paciente, y aportando sugerencias y alternativas para la solución de los problemas que le afligen.
- Favorecer la integración y funcionalidad armónica de las familias.
- Integrarlos a grupos sociales de conductas saludables.

3. Adolescente parte de la familia de un enfermo con trastorno de la conducta alimentaria:

- Proporcionar toda la información disponible sobre la enfermedad y las medidas que se deben tomar en la familia para los cuidados del paciente.
- Promover que el adolescente participe activamente en la rehabilitación del familiar dependiente. Asimismo recomendar que acuda a los grupos de autoayuda.

TRASTORNOS DE LA CONDUCTA EN LA INFANCIA Y EN LA ADOLESCENCIA

DEFINICIÓN

Los trastornos de la conducta representan un término amplio que incluye trastornos de inicio en la infancia o adolescencia, caracterizados por un patrón repetitivo y persistente de conducta asocial, agresiva o desafiante. Este comportamiento debe alcanzar niveles importantes de violación de la conducta socialmente esperada para la edad del paciente, razón por la cual debe ser más grave que la travesura infantil corriente o la rebeldía de la adolescencia, y suponer un patrón perdurable de comportamiento (de seis meses o más) y producirse en múltiples entornos.

CRITERIOS CLÍNICOS

- Niveles excesivos de pelea y de fanfarronería.
- Crueldad hacia las demás personas y hacia los animales.
- Destrucción grave de la propiedad.
- Conducta incendiaria.
- Robo, mentira repetitiva.
- Faltas a la escuela y fugas del hogar.
- Rabietas y desobediencia extraordinariamente frecuentes y graves (en el contexto familiar y social).

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

- Dirigidos a descartar otras condiciones médicas que pueden causar potencialmente trastornos en la conducta.
- Exámenes de función tiroidea.
 - Consumo de sustancias psicoactivas:
 - Alcohol.
 - Inhalables.
 - Cocaína.
 - Marihuana.

CLASIFICACIÓN

Trastorno de la conducta limitado al contexto familiar

- El comportamiento puede manifestarse total, o casi totalmente, limitado al hogar y a las interacciones con miembros de la familia nuclear o del ambiente doméstico inmediato.

Trastorno de la conducta insociable

- El comportamiento puede ocasionar deterioro generalizado y significativo de las relaciones del paciente con los demás niños.

Trastorno de la conducta sociable

- El comportamiento puede presentarse en personas que generalmente se hallan bien integradas al grupo de sus pares.

Trastorno opositor desafiante

- Ocurre habitualmente en niños pequeños. Se caracteriza por un comportamiento notablemente desafiante, desobediente y perjudicial, y que no incluye acciones delictivas ni las formas extremas de comportamiento agresivo o asocial.

COMPLICACIONES

- a. Comorbilidad con otros trastornos mentales y del comportamiento:
 - Depresión.
 - Ansiedad.
 - Psicosis.
 - Uso nocivo de sustancias.
- b. Suicidio.
- c. Trastornos de la personalidad en edad adulta.

TRATAMIENTO

MEDIDAS GENERALES

Nivel I y II

- Información y orientación a los padres o cuidadores.
- Tratamiento psicológico:
 - Formación en habilidades para padres.
 - Intervenciones psicosociales, sobre todo reforzamiento en habilidades sociales.
 - Evaluar el impacto del trastorno en los padres (o cuidadores).

MEDIDAS ESPECÍFICAS

Nivel III

Además de las mencionadas para el nivel I y II:

- Diagnóstico específico.
- Diagnóstico diferencial.
- Terapia cognitivo conductual.
- Considerar intervenciones legales (si ameritan y están disponibles).

CRITERIOS DE REFERENCIA

- Fracaso en las intervenciones educativas y psicosociales.

CRITERIOS DE CONTRARREFERENCIA

- Una vez controlado el cuadro clínico y con tratamiento apropiado retorna al nivel I, para control y seguimiento.

MEDIDAS PREVENTIVAS HIGIÉNICO DIETÉTICAS Y ORIENTACIÓN EN SERVICIO, FAMILIA Y COMUNIDAD

Medidas específicas de prevención:

- Promover el desarrollo de ambientes familiares, escolares y laborales armónicos.
- Capacitar a los profesores en reconocimiento temprano de síntomas clínicos.
- Involucrar a los recursos de la comunidad para la prevención y tratamiento.

TRASTORNOS POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD

DEFINICIÓN

Es un trastorno cerebral crónico que cursa con inatención y distractibilidad, con o sin hiperactividad, que comienza temprano en la niñez, antes de los siete años, tiene tendencia a la disminución de la severidad de los síntomas con la maduración, pero puede continuar en la edad adulta. Altera la conducta del paciente, las relaciones interpersonales con sus familiares, sus pares y de la escuela.

DIAGNÓSTICO

CRITERIOS CLÍNICOS GENERALES

- Ocurre antes de los siete años de edad, presenta síntomas de falta de atención, hiperactividad e impulsividad.
- Provoca alteraciones en por lo menos dos escenarios diferentes.
- Cumple seis de los nueve síntomas de inatención y/o seis de los nueve síntomas de hiperactividad/impulsividad.
- Niveles de desarrollo inapropiados.
- Algunos de los síntomas se presentan antes cumplir los siete años de edad.
- Debe existir evidencia clara de alteraciones clínicas significativas en la función social, escolar, u ocupacional.
- Los síntomas no ocurren durante el curso de una alteración dominante del desarrollo, esquizofrenia u otro trastorno psicótico y tampoco se explican por otras alteraciones mentales.
- Se acompaña de labilidad emocional, llanto fácil.
- Escasa tolerancia a la frustración y baja autoestima.
- Descartar síndrome X frágil, síndrome de alcohol fetal.

CRITERIOS CLÍNICOS DE FALTA DE ATENCIÓN

Seis o más de los siguientes signos, persistentes al menos por seis meses:

- Con frecuencia fracasa en prestar atención a los detalles o es descuidado en su desempeño escolar, trabajo u otras actividades.
- Le es difícil mantener la atención en tareas o en juegos.
- A menudo parece no escuchar cuando se le habla directamente.
- Generalmente no cumple instrucciones, no termina su tarea o sus deberes en la casa.
- Con frecuencia tiene dificultad para organizar el trabajo y sus actividades.
- Le disgusta involucrarse en tareas que requieran esfuerzo mental sostenido (escolares o domésticas).
- Generalmente pierde objetos para realizar sus tareas.
- Frecuentemente se distrae ante pequeños estímulos.
- A menudo es olvidadizo en sus actividades diarias.

CRITERIOS DE HIPERACTIVIDAD/IMPULSIVIDAD

Seis o más de los siguientes signos, persistentes al menos por seis meses:

HIPERACTIVIDAD

- A menudo mueve las manos y los pies y se remueve en el asiento.
- Frecuentemente se levanta de su asiento en la clase o en otras situaciones en las que se espera que permanezca sentado.
- Con frecuencia corretea o se mueve excesivamente en situaciones en las que es inapropiado hacerlo.
- A menudo tiene dificultades para jugar o involucrarse en juegos tranquilos.

- Frecuentemente está en marcha (como si tuviera un motor).
- Habla excesivamente.

IMPULSIVIDAD

- Interrumpe las preguntas con las respuestas aunque no sean correctas.
- Tiene dificultades para aguardar su turno.
- Interrumpe o se inmiscuye en actividades de otros (conversaciones o juegos).

COMORBILIDAD

- Trastorno oposicionista desafiante (50%).
- Trastorno de ansiedad (25%).
- Trastorno bipolar (1-5%).
- Trastorno depresivo (9-38%).
- Trastorno de aprendizaje (20-30%).
- Tic motor (6-8%).

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- Trastorno oposicionista desafiante.
- Abuso de sustancias.
- Retardo mental.
- Cefalea.
- Trastorno de conducta.
- Trastorno generalizado del desarrollo.
- Trastorno bipolar.
- Psicosis.
- Hipoacusia.
- Trastorno del sueño.
- Trastorno de ansiedad.
- Intoxicación por plomo.
- Causas metabólicas.
- Esquizofrenia.
- Dislexia.
- Síndrome X frágil.
- Problemas de conducta por entorno.
- Trastorno de estrés postraumático.
- Alteraciones tiroideas.

TRATAMIENTO

MEDIDAS GENERALES

Nivel I y II

- Consejería.
- Derivación a psicología, psicopedagogía.
- Derivación a neurología pediátrica.
- Derivación a psiquiatría infantil, especialmente con comorbilidad.

MEDIDAS ESPECÍFICAS

Nivel III

MEDICAMENTOSO

- Primero debe tratarse la comorbilidad.
- Metilfenidato: inicio a dosis bajas, generalmente 5 mg al día y aumentar según respuesta. Usualmente 10 mg al día VO:
 - Se debe administrar por un período escolar, y evaluar al inicio del siguiente si es necesario iniciar por otro período. Así cada año, por el tiempo que sea necesario.
- Atomoxetina 0,5 mg/Kg./día VO hasta 1,8 mg/Kg./día.

NO MEDICAMENTOSO, según el caso:

- Terapia conductual.
- Psicología.
- Psicomotricidad.
- Psicopedagogía.
- Fonoaudiología.

CRITERIOS DE REFERENCIA

- Al nivel III para evaluación diagnóstica e inicio de tratamiento farmacológico.

CRITERIOS DE CONTRARREFERENCIA

- Para control ambulatorio.
- De acuerdo al control de la enfermedad.

MEDIDAS PREVENTIVAS HIGIÉNICO DIETÉTICAS Y ORIENTACIÓN EN SERVICIO, FAMILIA Y COMUNIDAD

Orientar a la familia sobre el manejo multidisciplinario y especializado del trastorno.

ATENCIÓN DE LA SALUD MENTAL EN SITUACIÓN DE DESASTRE

DEFINICIÓN

El riesgo puede traducirse en un evento adverso o destructivo, que implica una alteración intensa en las personas, bienes, servicios y ambiente, sea éste por causa natural o provocada por el hombre, que excede o no la capacidad de respuesta de la comunidad afectada. Cuando esta alteración intensa excede la capacidad de respuesta de la comunidad afectada, es un desastre.

Desde el punto de vista de la salud mental, las emergencias y los desastres implican una perturbación social que sobrepasa la capacidad de manejo o afrontamiento de la población afectada.

FASES DEL DESASTRE Y CONSECUENCIAS

ANTES DEL DESASTRE

- Prevención.
- Plan de emergencia.
- Entrenamiento.
- Si hubiera una situación amenazante, es de esperar que las personas sufran miedo, tensión emocional colectiva, que las predispone al afronte. Las reacciones individuales dependen de varios factores, entre ellos la experiencia previa.

DURANTE EL DESASTRE

- Incluye el período crítico y post crítico inmediato, y los síntomas pueden seguir incluso hasta 30 días del desastre.
- Se generan respuestas fisiológicas diversas. Las reacciones emocionales son intensas, el individuo puede sentir interrumpida su vida.
- Hay sufrimiento emocional en los sobrevivientes, y deterioro de la vida de las personas.

DESPUÉS DEL DESASTRE

- Es frecuente que las redes de soporte social estén debilitadas.
- Las víctimas presentan síntomas de ansiedad, especialmente al recordar el trauma o al comenzar a elaborar las consecuencias del mismo.
- Puede agregarse inestabilidad emocional, que incide en el resto del funcionamiento psicosocial.
- Normalmente las víctimas se adaptan a la nueva situación, sin embargo es frecuente que se presenten complicaciones psiquiátricas, especialmente el trastorno por estrés postraumático.

DIAGNÓSTICO

CRITERIOS CLÍNICOS

- De daño físico, de acuerdo al tipo de desastre:
 - Fracturas, quemaduras, heridas, problemas cardiovasculares, infecciones, etc.
- De impacto psíquico:
 - **Reacciones de adaptación a los desastres:** sudoración profusa, temblores, debilidad, estados nauseosos. Esto puede tener duración variable y la claridad del pensamiento puede ser difícil.
 - **Reacciones paralizantes:** pueden quedarse paradas o sentadas en medio del caos en actitud de perplejidad, como si estuvieran solas en el mundo, mirada perdida, cuando se les habla no podrán responder a todo, o simplemente se encogerán de hombros o pronunciarán una o dos palabras, parecen que no tienen capacidad de reacción emocional, son incapaces de ayudar a otros o ayudarse a sí mismos.

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

- Se solicitarán los exámenes necesarios de gabinete y laboratorio de acuerdo al tipo de lesión o trastorno presentado.

- **Reacciones hiperactivas:** pueden estallar en ráfagas de actividad, sin un propósito definido, hablarán rápidamente, bromearán en forma inadecuada y harán sugerencias y demandas inaceptables, pero de poco valor real, pasarán de un trabajo a otro y parecerán incapaces de resistir la más mínima distracción, se muestran intolerables a cualquier idea que no sea la suya.

- **Reacciones corporales:** algunas de estas reacciones son la debilidad, el temblor, el llanto, que pueden no aparecer hasta después de que una persona ha enfrentado y superado efectivamente el peligro inmediato.

TRATAMIENTO

ACCIONES PRIORITARIAS

A. ANTES DEL DESASTRE

MEDIDAS GENERALES

Nivel I, II y III

- Prevención: orientada a la reducción de accidentes modificando patrones comportamentales.
- Plan de emergencia: orienta a establecer lo se debe hacer cuando exista una emergencia, cómo nos entrenamos psicológicamente para responder ante ese plan.
- Entrenamiento: orienta a preparar al sujeto para responder y controlar adecuadamente cada una de las respuestas que puede presentar, con el fin de tener un mayor control sobre la conducta consciente.

B. DURANTE EL DESASTRE

MEDIDAS GENERALES

Nivel I y II

Primeros auxilios corporales: de acuerdo a normas de emergencia.

Primeros auxilios psicológicos: acompañar, escuchar, estimular la autoestima.

En las primeras 72 horas:

- Aplicación del EDAN (evaluación de daños y análisis de necesidades en salud mental).

Primer mes:

- Continuación de la evaluación de daños y análisis de necesidades en salud mental.
- Detección de personas y grupos en riesgo con trastornos emocionales y conductuales. Utilización del instrumento EDAN.
- Acciones psicosociales, individuales y grupales.

Primeros auxilios socioeconómicos: asegurar servicios básicos, albergues provisionales, organización comunitaria.

Tomar en cuenta aspectos culturales: desadaptación de la comunidad, identificación del lenguaje de la comunidad, reconocimiento de tradiciones, religión y valores familiares.

Considerar referir si es necesario en presencia de trastornos mentales o del comportamiento que no responden a medidas generales o lesiones físicas que requieran mayores intervenciones.

Nivel III

- Determinar y tratar las lesiones y/o trastornos en forma específica: a nivel biológico y psicológico.
- Los trastornos mentales y del comportamiento más frecuentes son: estrés agudo o cuadros ansiosos, trastornos depresivos, conducta suicida, psicosis, consumo de sustancias psicoactivas, epilepsia y cuadros orgánicos con manifestaciones confesionales o sin ellas, trastornos emocionales y conductuales de la niñez, conductas violentas.

C. DESPUÉS DEL DESASTRE

MEDIDAS GENERALES

Nivel I y II

Deben estar orientadas a:

- **Recuperación del daño físico.**
- **Recuperación psicoemocional** de los trastornos mentales o del comportamiento presentados (de ansiedad, depresión, abuso de alcohol, abuso de drogas, violencia u otros).
- **Uso de perspectiva transcultural tomando en cuenta:**
 - Estatus migratorio, regional.
 - Transversal de género.
- **Promover prácticas y tradiciones familiares:**
 - Uso de red de soporte humano incluyendo asistencia de familia y de la comunidad.
 - Referencia a nivel III.
- **Considerar referir si es necesario** en presencia de trastornos mentales o del comportamiento que no responden a medidas generales o lesiones físicas que requieran mayores intervenciones.

Nivel III

- Coordinar con nivel I y II la contrarreferencia del paciente a su comunidad.

MEDIDAS ESPECÍFICAS

Nivel I y II

Continuar en caso necesario con medicación iniciada o tratamiento prescrito por nivel III.

Nivel III

Asegurar tratamiento de mantenimiento en casos necesarios en coordinación con niveles I y II.

COMPLICACIONES

Dependerán de la evolución natural del trastorno mental o del comportamiento establecido.

CRITERIOS DE REFERENCIA

- **En casos de recurrencia de sintomatología biológica, los síntomas sean persistentes o agravados, referir a un nivel II ó III.**
- **En caso de recurrencia a conductas y manifestaciones cognitivo comportamentales** (cuando hay riesgo de complicaciones, en especial intentos de suicidio, abuso y consumo perjudicial de alcohol persistente y la identificación de conductas des-adaptativas).

CRITERIOS DE CONTRARREFERENCIA

- Una vez estabilizado el paciente y dado de alta del nivel III, será atendido de forma ambulatoria de acuerdo a la organización de la red de referencia en salud mental de cada región.

CRITERIOS DE ALTA HOSPITALARIA

- Estabilización o remisión del trastorno con contrarreferencia del paciente para ser reinsertarlo a su comunidad con dosis establecidas.

OBSERVACIONES

- Favorecer la adherencia al tratamiento, tanto con el paciente como con su familia.

MEDIDAS PREVENTIVAS HIGIÉNICO DIETÉTICAS Y ORIENTACIÓN EN SERVICIO, FAMILIA Y COMUNIDAD

Medidas específicas de prevención:

- Se debe tomar en cuenta que los damnificados son de todas las edades, clases socioeconómicas y grupos raciales o étnicos, ya que los desastres afectan en forma indiscriminada a la población de la zona que sufre el impacto.
- Algunos damnificados sufren más que otros, según varios factores individuales como se mencionó al inicio. Cabe hacer mención especial que:
 - Las personas de la tercera edad son grupos que pueden tener dificultades particulares para enfrentar un desastre y sus consecuencias. Es frecuente encontrar damnificados mayores que viven solos y aislados de sus sistemas de apoyo; por tanto suelen tener miedo de pedir ayuda.
 - Los niños/niñas son otro grupo con necesidades especiales, ya que por lo general no tienen la capacidad de comprender ni de racionalizar lo que ha sucedido, por consiguiente, pueden presentar problemas emocionales o de conducta en el hogar o en la escuela.
- Algunas personas que tienen antecedentes de problemas mentales pueden necesitar atención especial.
- La fase “antes del desastre” es muy importante para garantizar una buena respuesta “durante el desastre”, por lo que se debe trabajar con la comunidad organizada en forma preventiva, informándose el personal de salud de los riesgos que existen en la zona, para luego educar a la comunidad.
- La asistencia que se debe realizar es en forma integral en coordinación con otras áreas (defensa civil, municipalidad, servicios básicos, etc.).

III. FICHAS TÉCNICAS

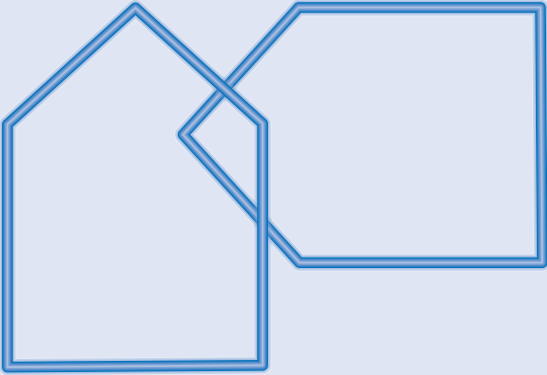
FICHA TÉCNICA Nº 1

MINI-EXAMEN COGNOSCITIVO (MEC)

Nombre del paciente: _____

Fecha: _____

Concepto	Puntuación	
	Paciente	Máximo
<p>Orientación: Dígame el día _____ fecha _____ mes _____ estación _____ año _____ Dígame el hospital (o el lugar) _____ planta _____ ciudad _____ provincia _____ nación _____</p>		(5)
<p>Memoria de fijación: Repita estas tres palabras: dinero – caballo – manzana. (repetirlas hasta que las aprenda)</p>		(3)
<p>Concentración y cálculo: Si tiene 30 bolivianos y me va dando de 3 en 3: ¿Cuántos le van quedando?: _____ - _____ - _____ - _____ - _____ Repita estos números: 5 – 9 – 2 (hasta que los aprenda). Ahora hacia atrás: _____ - _____ - _____</p>		(5)
<p>Memoria: ¿Recuerda las tres palabras que le he dicho antes?: _____ - _____ - _____ Mostrar un bolígrafo: ¿Qué es esto? Repetirlo con el reloj.</p>		(3)
<p>Lenguaje y construcción: Repita esta frase: “En un trigal había cinco perros”. Una manzana y una pera son frutas ¿verdad? ¿Qué son el rojo y el verde? _____ ¿Qué son un perro y un gato? _____ Tome este papel con la mano derecha, dóblelo, y póngalo encima de la mesa. Lea esto y haga lo que dice: CIERRE LOS OJOS</p>		(1)
<p>Escriba una frase _____</p>		(1)

<p>Copie este dibujo:</p> 		(1).
<p>Puntuación total (35)</p>		

Nivel de conciencia (marcar): _____
Alerta – Obnubilación – Estupor – Coma

Fuente: *The Brief Psychiatric Scale. Psychological Report* 1962; 10: 799 – 812.
Modificado y adaptado por la Dra. Patricia Tapia Pijuan, Programa de Salud Mental SEDES - Santa Cruz.

Corrección e interpretación:

Orientación: cada respuesta es 1 punto. Máximo 10 puntos.

Memoria de fijación: decir despacio y claramente cada una de las palabras. Repetirlas tantos intentos como sea necesario hasta que se las aprenda (ya que es imprescindible para que luego las pueda recordar). Hacer hincapié en que debe intentar recordarlas porque más tarde se las vamos a volver a preguntar. Cada palabra repetida correctamente en el primer intento vale 1 punto. Máximo 3 puntos.

Concentración cálculo:

- Restar 30 bolivianos; se le puede ayudar un poco si tiene dificultades de comprensión. La ayuda que se le puede dar no debe ser más de “Si tiene 30 bolivianos y me da 3 ¿cuántos le quedan? Y ahora siga dándome de 3 en 3”. Un punto por cada sustracción independientemente correcta. Ejemplo 27- 23- 20- 17- 15: 3 puntos (27, 20, 17). Máximo 5 puntos.
- Repetir los dígitos hacia atrás; únicamente puntúa la repetición inversa, no la directa que ha de repetir hasta que se aprenda los tres dígitos. Cada dígito colocado en orden inverso adecuado es 1 punto. Máximo 3 puntos (2-9-5).

Memoria diferida: por cada palabra que recuerde (dejarle tiempo suficiente) 1 punto, máximo 3 puntos.

Lenguaje y praxis:

- **Repetir la frase:** 1 punto si la repite correctamente en el primer intento (si se equivoca en una sola letra ya es 0 puntos).
- **Semejanzas:** 1 punto por cada respuesta correcta. La única respuesta correcta para rojo y verde es colores; para perro y gato son válidas: animales mamíferos, bichos, animales de cuatro patas, etc. Máximo 2 puntos.

- **Órdenes verbales:** coger el papel con la mano derecha: 1 punto; doblarlo como máximo 2 veces: 1 punto; ponerlo donde se le haya indicado (en condiciones normales en la consulta es encima de la mesa): 1 punto. Máximo 3 puntos.
- **Leer la frase:** se aconseja tenerla escrita en letras de gran tamaño en una cartulina para facilitar la visión. Indicarle que se ponga las gafas si las necesita, y que lo que se le pide es que lea y haga lo que se pone en la cartulina (como mucho decírselo 2 veces pero siempre antes de que empiece a leer, si ya ha leído la frase no debe decírsele lo que tiene que hacer). Si cierra los ojos sin necesidad que se le insista debe hacer lo que lee (da igual que lo lea en voz alta o baja) es 1 punto.
- **Escribir una frase:** advertirle que no vale su nombre. Se le puede poner un ejemplo pero insistiéndole que la frase que escriba ha de ser distinta. Si escribe una frase completa (sujeto, verbo y objeto) es 1 punto.
- **Copiar el dibujo:** al igual que con la lectura, se recomienda tener el dibujo a escala mayor en una cartulina aparte (puede ser en la cara de atrás de la cartulina con la frase). Los pentágonos dibujados han de tener: 5 lados y 5 ángulos, y han de estar entrelazados entre sí con dos puntos de contacto y formando un cuadrángulo. El dibujo correcto vale 1 punto.

La puntuación total oscila entre 0 y 35 puntos.

Los puntos de corte recomendados por los autores aparecen en la tabla.

	ANCIANOS	ADULTOS
Probable déficit cognitivo global	0-24	0 – 27
Probable normal	24 – 35	28 - 35

ESCALA DE HAMILTON PARA LA DEPRESIÓN

Nombre del paciente: _____

Fecha: _____

Ítems	Criterios operativos de valoración
1. Humor deprimido (tristeza, depresión, desamparo, inutilidad).	0. Ausente. 1. Estas sensaciones se indican solamente al ser preguntado. 2. Estas sensaciones se relatan oral y espontáneamente. 3. Sensaciones no comunicadas verbalmente, es decir, por la expresión facial, la postura, la voz, y la tendencia al llanto. 4. El paciente manifiesta estas sensaciones en su comunicación verbal y no verbal de forma espontánea.
2. Sensación de culpabilidad.	0. Ausente. 1. Se culpa a sí mismo, cree haber decepcionado a la gente. 2. Ideas de culpabilidad, o meditación sobre errores pasados o malas acciones. 3. La enfermedad actual es un castigo. Ideas delirantes de culpabilidad. 4. Oye voces acusatorias o de denuncia y/o experimenta alucinaciones visuales amenazadoras.
3. Suicidio.	0. Ausente. 1. Le parece que la vida no merece la pena ser vivida. 2. Desearía estar muerto o tiene pensamientos sobre la posibilidad de morir. 3. Ideas de suicidio o amenazas. 4. Intentos de suicidio (cualquier intento serio se califica 4).
4. Insomnio precoz.	0. Ausente. 1. Dificultades ocasionales para dormirse, por ejemplo, más de media hora. 2. Dificultades para dormirse cada noche.
5. Insomnio medio.	0. Ausente. 1. El paciente se queja de estar inquieto durante la noche. 2. Está despierto durante la noche; cualquier ocasión de levantarse de la cama se califica 2 (excepto si está justificada: orinar, tomar o dar medicación, etc.).
6. Insomnio tardío.	0. Ausente. 1. Se despierta a primeras horas de la madrugada pero vuelve a dormirse. 2. No puede volver a dormirse si se levanta de la cama.
7. Trabajo y actividades.	0. Ausente. 1. Ideas y sentimientos de incapacidad. Fatiga o debilidad relacionadas con su actividad, trabajo o aficiones. 2. Pérdida de interés en su actividad, aficiones, o trabajo, manifestado directamente por el enfermo o indirectamente por desatención, indecisión y vacilación. 3. Disminución del tiempo dedicado a actividades o descenso en la productividad. 4. Dejó de trabajar por la presente enfermedad.

8. Inhibición (lentitud de pensamiento y de palabra, empeoramiento de la concentración, actividad motora disminuida).	<ol style="list-style-type: none"> 0. Palabra y pensamiento normales. 1. Ligeramente retraso en el diálogo. 2. Evidente retraso en el diálogo. 3. Diálogo difícil. 4. Torpeza absoluta.
9. Agitación.	<ol style="list-style-type: none"> 0. Ninguna. 1. “Juega” con sus manos, cabellos, etc. 2. Se retuerce las manos, se muerde las uñas, los labios, se tira de los cabellos, etc.
10. Ansiedad psíquica.	<ol style="list-style-type: none"> 0. No hay dificultad. 1. Tensión subjetiva e irritabilidad. 2. Preocupación por pequeñas cosas. 3. Actitud aprensiva aparente en la expresión o en el habla. 4. Terrores expresados sin preguntarle.
11. Ansiedad somática.	<ol style="list-style-type: none"> 0. Ausente. 1. Ligeramente. 2. Moderada. 3. Grave. 4. Incapacitante. <p>Signos fisiológicos concomitantes de la ansiedad como:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Gastrointestinales: boca seca, flatulencia, diarrea, eructos, retortijones. ■ Cardiovasculares: palpitaciones, cefalalgias. ■ Respiratorios: hiperventilación, suspiros. ■ Frecuencia urinaria. ■ Sudoración.
12. Síntomas somáticos gastrointestinales.	<ol style="list-style-type: none"> 0. Ninguno. 1. Pérdida del apetito, pero come sin necesidad de que lo estimulen. Sensación de pesadez en el abdomen. 2. Dificultad en comer si no se le insiste. Solicita o necesita laxantes o medicación intestinal para sus síntomas gastrointestinales.
13. Síntomas somáticos generales.	<ol style="list-style-type: none"> 0. Ninguno. 1. Pesadez en las extremidades, espalda o cabeza. Dorsalgias, cefalalgias, algias musculares. Pérdida de energía y fatigabilidad. 2. Cualquier síntoma bien definido se califica 2.
14. Síntomas genitales.	<ol style="list-style-type: none"> 0. Ausente. 1. Débil. 2. Grave. 3. Incapacitante. <p>Síntomas como:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Pérdida de la libido. ■ Trastornos menstruales.

15. Hipocondría.	<ol style="list-style-type: none"> 0. No la hay. 1. Preocupado de sí mismo (corporalmente). 2. Preocupado por su salud. 3. Se lamenta constantemente, solicita ayudas, etc. 4. Ideas delirantes hipocondríacas.
16. Pérdida de peso (completar A o B).	<ol style="list-style-type: none"> A. Según manifestaciones del paciente (primera evaluación). <ol style="list-style-type: none"> 0. No hay pérdida de peso. 1. Probable pérdida de peso asociada con la enfermedad actual. 2. Pérdida de peso definida (según el enfermo). B. Según pesaje hecho por el psiquiatra (evaluaciones siguientes). <ol style="list-style-type: none"> 0. Pérdida de peso inferior a 500 g en una semana. 1. Pérdida de peso de más de 500 g en una semana. 2. Pérdida de peso de más de 1 Kg. en una semana (por término medio).
17. <i>Insight</i> (conciencia de enfermedad).	<ol style="list-style-type: none"> 0. Se da cuenta de que está deprimido y enfermo. 1. Se da cuenta de su enfermedad pero atribuye la causa a la mala alimentación, clima, exceso de trabajo, virus, etc. 2. Niega que esté enfermo.

Puntaje	Calificación
0 - 7	No depresión.
8 - 12	Depresión menor y/o leve.
13 - 17	Menos que depresión moderada.
18 - 29	Depresión moderada.
30 - 52	Depresión mayor y/o grave o severa.

TEST SOBRE CONSUMO DE ALCOHOL (AUDIT)

Nombre: _____ Fecha: _____ Sexo M F

Fecha de nacimiento _____

INSTRUCCIONES:

1. Lea cuidadosamente las preguntas.
2. Seleccione entre las opciones (0 a 4) aquella que mejor describa su situación personal.
3. Traslade la opción seleccionada (Nº) a la columna de la derecha (puntaje).
4. Después de contestar de esta forma todas las preguntas, sume y coloque el resultado obtenido en la casilla "puntaje total".

PREGUNTAS	0	1	2	3	4	Puntaje
1. ¿Con qué frecuencia consume bebidas alcohólicas?	Nunca	Menos de una vez al mes.	2- 4 veces al mes.	2 - 3 veces por semana.	4 o más veces por semana.	
2. ¿Cuántas copas se toma en un día?	1 ó 2	3 ó 4	5 ó 6	7 u 8	10 o más.	
3. ¿Con qué frecuencia toma más de 4 copas en la misma ocasión?	Nunca	Menos de una vez al mes.	Mensual	Semanal	Diario o casi a diario.	
4. Durante el último año ¿le ocurrió que no pudo parar de beber una vez que había empezado?	Nunca	Menos de una vez al mes.	Mensual	Semanal	Diario o casi a diario.	
5. Durante el último año ¿con qué frecuencia dejó de hacer algo que debería haber hecho por beber?	Nunca	Menos de una vez al mes.	Mensual	Semanal	Diario o casi a diario.	
6. Durante el último año ¿con qué frecuencia bebió a la mañana siguiente después de haber bebido en exceso el día anterior?	Nunca	Menos de una vez al mes.	Mensual	Semanal	Diario o casi a diario.	
7. Durante el último año ¿con qué frecuencia se sintió culpable o tuvo remordimientos por haber bebido?	Nunca	Menos de una vez al mes.	Mensual	Semanal	Diario o casi a diario.	
8. Durante el último año ¿con qué frecuencia olvidó algo que había pasado cuando estuvo bebiendo?	Nunca	Menos de una vez al mes.	Mensual	Semanal	Diario o casi a diario.	
9. ¿Se ha lastimado o alguien ha resultado lastimado porque usted había bebido?	No		Sí, pero no en el último año.		Sí, en el último año.	
10. ¿Algún familiar, amigo o doctor ha mostrado preocupación por la forma en que bebe o le ha sugerido beber menos?	No		Sí, pero no en el último año.		Sí, en el último año.	
PUNTAJE TOTAL:						

NOTA: un "trago" se refiere a: un vaso de vino (140 ml), una lata de cerveza (360 ml o su equivalente en vaso) una medida de whisky, ginebra o vodka (40 ml); en el caso de tomar dos o más medidas serán dos tragos y así sucesivamente.

INTERPRETACIÓN DEL TEST SOBRE CONSUMO DE ALCOHOL (AUDIT)

PUNTAJE	NIVEL DE RIESGO	ACCIONES RECOMENDADAS (ver manejo)
0 a 5	Bajo.	Educación sobre el alcohol.
6 a 15	Consumo de riesgo.	Consejo simple dirigido a la reducción del consumo.
16 a 19	Abuso o consumo perjudicial.	Terapia breve y monitorización continuada.
20 a 40	Dependencia.	Derivación al especialista para evaluación diagnóstica y tratamiento.

INTERVENCIÓN BREVE

■ Paso 1:

- Pensar en su consumo de bebidas alcohólicas (revisar AUDIT).

■ Paso 2:

- Identificar los problemas que el alcohol le puede causar:
 - ▲ Estrés.
 - ▲ Problemas en las relaciones personales.
 - ▲ Caídas u otros accidentes.
 - ▲ Arrestos por beber y manejar.
 - ▲ Problemas económicos.
 - ▲ Pérdida de la memoria.
 - ▲ Accidentes de automóvil.
 - ▲ Problemas o enfermedades físicas.
 - ▲ Sexo sin protección.

■ Paso 3:

- Descubrir razones para dejar de beber o disminuir el consumo de alcohol:
 - ▲ Para llevarme mejor con mi familia y amigos.
 - ▲ Para reducir mi riesgo de accidente o choque.
 - ▲ Para bajar de peso.
 - ▲ Para rendir mejor en el trabajo (estudio).
 - ▲ Para dormir mejor.
 - ▲ Para verme más joven.
 - ▲ Para ahorrar dinero.
 - ▲ Para disminuir el riesgo de enfermedades.
 - ▲ Para lograr más en mi vida.
 - ▲ Otros.

■ Paso 4:

- Establecer un límite de consumo:
 - ▲ El propósito de este paso es que usted establezca un límite de consumo para sí mismo.
 - ▲ Algunas personas no deben beber en absoluto (20 puntos o más en el AUDIT).
 - ▲ Algunas personas deben disminuir drásticamente su consumo o en algunos casos NO beber en absoluto (el clínico debe valorar la gravedad del caso) (entre 15 a 19 puntos en el AUDIT).
 - ▲ Otras, sólo deben reducir su consumo (entre 6 a 14 puntos en el AUDIT).
 - ▲ El trabajador de salud debe alentar al paciente a establecer un acuerdo VOLUNTARIO para la reducción del consumo (en función a los resultados del AUDIT).
 - ▲ El siguiente es un ejemplo que podría servir de guía:

ACUERDO DE CONSUMO DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS

Yo (nombre del paciente): _____ Fecha: _____

He decidido dejar de beber

He decidido beber menos

■ ¿Cuántos días a la semana voy a tomar? _____

■ Cuando tome ¿cuántas bebidas voy a tomar? _____

■ ¿Por cuánto tiempo es este acuerdo? _____

■ Paso 5:

Identificar las situaciones que le incitan a tomar:

- Indique tres situaciones o condiciones que más le incitan a tomar:
 - ▲ Fiestas/celebraciones.
 - ▲ Fines de semana.
 - ▲ Soledad.
 - ▲ Situaciones de crisis.
 - ▲ Sentirse fracasado.
 - ▲ Cuando otros beben.
 - ▲ Amigos.
 - ▲ Aburrimiento.
 - ▲ Frustración.
 - ▲ Tensión.
 - ▲ Peleas.
 - ▲ Problemas para dormir.
 - ▲ Familia.
 - ▲ Crítica.
 - ▲ Coraje/ira/enojo.
 - ▲ Otra.

■ Paso 6:

- Considerar formas de hacer frente a situaciones incitantes.
- Identifique las maneras útiles de enfrentar situaciones que le incitan a tomar:
 - ▲ Llamar a un amigo.
 - ▲ Leer un libro.
 - ▲ Dar un paseo.
 - ▲ Pensar en mis motivos para dejar de beber.
 - ▲ Reconocer mi esfuerzo para beber menos.
 - ▲ Recordar frecuentemente que mis sentimientos desagradables desaparecerán.
 - ▲ Pensar en todo lo bueno que me ha pasado desde que bebo menos.
 - ▲ Pensar en algo agradable que pudiera hacer mañana.
 - ▲ Hablar con mi pareja sobre maneras de evitar disputas.
 - ▲ Recordarme que no es necesario beber para calmarme después de una discusión.
 - ▲ Recordar que el beber no mejora la situación.
 - ▲ Decir a otros que estoy tomando menos para mejorar mi salud.
 - ▲ Otros.

En caso de que el paciente cumpla los criterios de dependencia (20 puntos o más en el AUDIT) se recomienda además:

- Informar y educar al paciente sobre el alcoholismo y sus consecuencias biológicas, sociales y familiares.
- Informar y educar a la familia.
- Remitir al paciente para que reciba apoyo psicológico.
- Remitir al paciente al programa más cercano de autoayuda: AA (alcohólicos anónimos) u otros grupos de ex bebedores.
- Recomendar al paciente que acuda a centros especializados de tratamiento y rehabilitación.
- Tratar las complicaciones físicas (gastritis, cirrosis, etc.).

EDAN EN SALUD MENTAL

EVALUACIÓN DE DAÑOS Y ANÁLISIS DE NECESIDADES EN SALUD MENTAL

Nombre del albergue: Fecha de suceso del desastre:.....

Nombre del o la responsable comunitario del albergue:

Municipio: Nº total de albergues en el municipio:

Departamento: Fecha y hora de evaluación:.....

Parte A: “Reacciones frente al desastre”

En las personas	EXISTE		NO EXISTE
	Mucho	Poco	
Reacciones de ansiedad			
1. Preocupaciones excesivas			
2. Exigencias excesivas			
3. Intranquilidad			
4. Actitudes agresivas			
Reacciones de depresión			
5. Tristeza			
6. Aislamiento			
7. Sentimientos de culpa			
8. Pérdida de autoestima			
Reacciones físicas de base emocional			
9. Palpitaciones, náuseas, tensión en la nuca, temblores, presión alta			
10. Problemas no específicos de piel (erupciones, picazón, ardor)			
11. Dolores sin causa (de cabeza, de espalda, en el cuello, en el pecho)			
12. Problemas funcionales (trastornos del sueño, trastornos del apetito)			
I. En las familias			
13. Desintegración			
14. Separación de los miembros			
15. Violencia domestica			
16. Maltrato a menores			
II. En la comunidad			
17. Desorganización, conflictos en los grupos			
18. Delincuencia			
19. Consumo y abuso de alcohol			
20. Consumo de drogas			

Parte B: “Necesidades”

Necesidades percibidas en los albergues	EXISTE		NO EXISTE
	Mucho	Poco	
Mejorar la organización comunitaria			
La información			
Atención de violencias contra la mujer			
Atención al maltrato de menores			
Atención a la delincuencia			
Atención de salud			
Atención de salud mental			
Necesidades básicas (agua, alimentación, vivienda, recojo de basuras)			
Volver a actividades cotidianas			
Otras necesidades (citar):			

Parte C: “Acciones prioritarias por realizar”

Acciones que se requieren realizar:
Nombre apellido y firma del evaluador:
Grupo de respuesta al desastre al que pertenece:

**Instrucciones para el uso del EDAN en salud mental
¿Cómo completar el cuestionario?**

1. Se debe leer detenidamente el cuestionario completo. Si hay dudas se debe consultar con el responsable de salud mental del SEDES.
2. El cuestionario debe ser llenado por recurso humano capacitado en salud mental y desastres.
3. Se debe aplicar el cuestionario al responsable comunitario de cada albergue instalado.
4. Si ocasionalmente no se encuentra el o la responsable, el cuestionario se aplicará a dos personas (un hombre y una mujer) que vivan en el albergue seleccionadas al azar.
5. Cada dato recolectado debe ser lo más preciso posible, ya que será de gran utilidad para tomar decisiones y acciones consiguientes.
6. En la parte A de las “Reacciones frente al desastre”, se debe colocar una cruz (+) en la columna EXISTE, MUCHO O POCO O NO EXISTE según la valoración de la persona entrevistada. Esto para cada una de las dos filas que correspondan a las PERSONAS, FAMILIAS y COMUNIDAD.

7. En la parte B “Necesidades”, se trata de recoger las opiniones de los responsables de los albergues sobre diferentes aspectos, como organización comunitaria, información, etc. De la misma manera anterior, si existe la necesidad valorarla (mucho o poco) con una cruz (+) si en la entrevista aparecen otras necesidades no consideradas en el cuestionario, escribirlas y describirlas en la fila “Otras necesidades”.
8. En la parte C “Acciones prioritarias por realizar”, se debe colocar lo que nosotros —desde nuestra capacitación en salud mental y desastres— consideramos importantes de realizar. Estas acciones pueden coincidir o no con la opinión de los responsables comunitarios de los albergues.
9. Para terminar el cuestionario colocar nombre, apellido, firma y el nombre de grupo de respuesta al que se pertenece.

¿Cómo procesar rápidamente los datos del cuestionario?

1. Cada cuestionario corresponderá a un albergue y recolectará las percepciones de un responsable comunitario a la salud mental de las familias que viven en ese albergue.
2. Se el albergue fuera muy grande y se encuentra dividido en sectores, se realizarán tantos cuestionarios como sectores existan.
3. En general, no se tendrán muchos cuestionarios a revisar y procesar.
4. Para procesar los datos, volcar los mismos en una hoja en blanco del mismo cuestionario. Sólo debe sumarse las cruces y ubicarlas donde correspondan. De la siguiente manera:

Ejemplo:

En una comunidad afectada por una inundación existen 50 albergues instalados. Se toman los cuestionarios a cada uno de los albergues a través de 50 personas responsables comunitarios.

Al vaciar y sumar los datos de la Parte A, se encuentra lo que sigue:

Parte A: “Reacciones frente al desastre”

En las personas	EXISTE		NO EXISTE
	Mucho	Poco	
Reacciones de ansiedad			
1. Preocupaciones excesivas			
2. Exigencias excesivas			
3. Intranquilidad	30 X		
5. Actitudes agresivas		20 X	
Reacciones de depresión			
21. Tristeza	10 X		
22. Aislamiento			
23. Sentimientos de culpa			
24. Pérdida de autoestima			

... se debe hacer lo mismo para la parte B y C.

¿Cómo se analizan los datos?

Siguiendo el ejemplo anterior se puede concluir, analizar resultados y escribir en un reporte lo siguiente:

Salud mental y desastres							
Reporte	Nº 1	Fecha:		Hora:		Lugar:	
<p>Total de albergues instalados: 50. Total de entrevistas con aplicaciones del cuestionario: 50. Se encuentra:</p> <ul style="list-style-type: none">■ “Reacciones frente al desastre”: A nivel individual, las personas sienten mucha intranquilidad en la mayoría de los casos. También se encontraron en menor grado, síntomas asociados a depresión. En pocos casos, se conocen reacciones agresivas.■ “Necesidades percibidas” en los albergues: (Siguiendo el mismo ejemplo, podría ser que...). Las personas aún no identifican necesidades de salud mental, sólo requieren agua y alimentos.■ “Acciones que se requieren realizar”:<ul style="list-style-type: none">● Se considera necesario desarrollar un programa de información y educación sobre síntomas más frecuentes en situación de desastres en los albergues a fin de mejorar las condiciones de intranquilidad.● Se requiere de acompañamiento emocional para manejar reacciones agresivas. Coordinar con seguridad. <p>Equipo responsable del reporte ... Equipo de respuesta en salud mental San Jorge.</p>							

¿Cómo se hace posible la toma de decisiones para la acción?

Se debe enviar este reporte al COE del Municipio o departamento según el caso.

Es importante mantener en todo momento la coordinación con el SEDES (Servicio Departamental de Salud) a fin de garantizar la calidad de la información y el envío de consolidados al respectivo COE.

En el COE se debe asegurar la presencia de un responsable de salud mental para la gestión de las acciones pertinentes.