TRAPS

PROGRAMA DE CAPACITACIÓN

SALUD MENTAL

en el Primer Nivel de Atención

RemediAR

Ministerio de Salud | Presidencia de la Nación

TRAPS

PROGRAMA DE CAPACITACIÓN

SALUD MENTAL

en el Primer Nivel de Atención

PRESIDENTA DE LA NACIÓN

Dra. Cristina Fernández

MINISTRO DE SALUD DE LA NACIÓN

Dr. Daniel Gollán

SECRETARIO DE SALUD COMUNITARIA

Dr. Nicolás Kreplak

COORDINADOR GENERAL PROGRAMA REMEDIAR

Lic. Mauricio Monsalvo

UNIVERSIDADES PARTICIPANTES

Universidad de Buenos Aires, Facultad de Medicina. Universidad Nacional de Comahue, Facultad de Ciencias Médicas. Universidad Nacional del Centro de la Provincia de Buenos Aires Escuela Superior de Ciencias de la Salud. Universidad Nacional de Córdoba, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Cuyo, Facultad de Ciencias Médicas. Universidad Nacional del Chaco Austral. Universidad Nacional de Entre Ríos, Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad Nacional Arturo Jauretche, Instituto de Ciencias de la Salud. Universidad Nacional de La Matanza, Departamento de Ciencias de la Salud. Universidad Nacional de La Plata, Facultad de Ciencias Médicas. Universidad Nacional del Litoral, Facultad de Ciencias Médicas. Universidad Nacional del Nordeste, Facultad de Ciencias Médicas. Universidad Nacional de la Rioja, Departamento Académico de Salud y de la Educación. Universidad Nacional de Rosario, Facultad de Ciencias Médicas. Universidad Nacional del Sur, Departamento de Ciencias de la Salud. Universidad Nacional de Tucumán, Facultad de Medicina. Universidad Abierta Interamericana, Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud. Universidad Adventista del Plata, Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad Aconcagua, Facultad de Ciencias Médicas. Universidad Austral, Facultad de Ciencias Biomédicas. Fundación H. A. Barceló, Instituto Universitario de Ciencias de la Salud. Instituto Universitario CEMIC Facultad de Ciencias de la Salud. Escuela de Medicina. Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales, Facultad de Ciencias Médicas. Universidad Católica de Córdoba, Facultad de Medicina. Universidad Católica de Cuyo, Facultad de Medicina. Hospital Italiano de Buenos Aires, Instituto Universitario.Universidad Maimónides, Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de Morón, Facultad de Medicina. Instituto Universitario Italiano de Rosario, Escuela de Medicina Universidad del Salvador, Facultad de Medicina.

Prólogo

El Programa de Capacitación de Terapéutica Racional en Atención Primaria de la Salud (TRAPS) abarca diferentes cursos con temáticas prevalentes enfocados en continuar con la estrategia de atención primaria de la salud y educación permanente.

El objetivo del Programa de Capacitación de TRAPS es promover el desarrollo de los trabajadores del primer nivel de atención (PNA) a través de un enfoque racional del tratamiento de los problemas de salud prevalentes. Desde los cursos implementados se propone construir instancias de conocimiento, reflexión y debate en torno a los procesos terapéuticos, vinculándolos a la experiencia en promoción, prevención y atención de la salud.

Con el propósito de continuar ampliando las temáticas, en consonancia con una demanda recurrente por parte de los participantes de los cursos TRAPS de incluir en las capacitaciones los problemas de salud prevalentes y la convicción desde el Ministerio de Salud de la Nación de contribuir al cumplimiento de la Ley Nacional de Salud Mental, para este año se elaboró y planificó la implementación de un nuevo curso: Salud Mental en el Primer Nivel de Atención.

Los padecimientos en salud mental constituyen un problema de reconocimiento creciente. A esto se suma la grave situación de exclusión y pérdida de garantía de derechos que atraviesan, muchas veces, las personas con padecimientos mentales declarados y una brecha importante de atención y acceso a los servicios de salud mental.

El proyecto nacional conducido por Néstor Kirchner y Cristina Fernández de Kirchner define a la política como herramienta de transformación y al Estado como instrumento para mejorar la vida de todas las personas y promover la justicia social. Durante estos años se han impulsado gran cantidad de políticas públicas orientadas a la inclusión y la ampliación de derechos, llegando a las poblaciones más vulneradas y excluidas. La Argentina de ésta última década se constituyó en un ejemplo para todos los países del mundo respecto a la promoción y protección de los Derechos Humanos.

En este contexto actual, la Ley Nacional de Salud Mental se apoya en la inclusión y la desinstitucionalización. Promulgada en nuestro país en el 2010 con el objetivo de garantizar la protección de problemas en este campo. La misma implica un cambio en las políticas de salud mental concentrada en hospitales psiquiátricos hacia un modelo de base comunitaria. Este modelo se caracteriza por su integralidad y accesibilidad, promoviendo la generación de proyectos de vida saludables, con la incorporación de la salud mental en la atención primaria, la participación de la comunidad y la utilización de estrategias de promoción y prevención.

Por otra parte, un punto importante de la mencionada ley es la prohibición de crear nuevos manicomios tanto en el ámbito público como privado. El informe Mundial de Salud en el 2001 proponía el lema "si a la atención no a la exclusión" dando así por sentado el carácter imprescindible que alcanza el desarrollo de los servicios basados en la comunidad. Además, se propone que las internaciones de las personas con padecimiento mental tengan lugar en los hospitales generales para sustituir gradual y progresivamente a los hospitales psiquiátricos. Se trata de favorecer la creación de dispositivos de inclusión social, para el caso: las internaciones domiciliarias, las casas de medio camino, hogares de tránsito y las viviendas protegidas. Es tiempo de la disolución de las fronteras de aislamiento y de exclusión de la persona con dificultades mentales.

El equipo de salud interdisciplinario: médicos, psicólogos, enfermeros, trabajadores sociales, entre otros, desempeñan una tarea importante en el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de las patologías mentales. Sobre todo porque la estrategia de atención primaria de la salud permite, y pretende, una atención accesible y personalizada, cercana al entorno y al lugar de residencia del paciente. Es irremplazable el contacto cotidiano, lo que posibilita la capacidad de generar un abordaje integral.

El presente módulo aborda diferentes problemáticas relativas a la salud mental de quienes realizan consultas en el primer nivel de atención. Se procura aportar a los equipos de trabajo herramientas con la finalidad de mejorar la calidad en el abordaje de las personas con padecimiento mental y contribuir a la disminución de las brechas y una mejor accesibilidad en los cuidados de la salud, profundizando la política rectora de este gobierno, un estado más cerca de todos.

Dr. Nicolás Kreplak
Secretario de Salud Comunitaria.
Marzo de 2015.

Prólogo

Esta contribución que llega a las manos de los equipos de salud del primer nivel puede generar un vuelco en las formas concretas sobre cómo las discusiones y debates que han atravesado la salud mental en las últimas décadas pueden devenir en realidades, en mecanismos efectivos de contención, en herramientas de eficacia terapéutica, en caminos para la construcción de derechos.

No se trata solo de una ampliación de la agenda del primer nivel de atención, sino que en realidad se trata de redefinir el centro de gravedad de la APS y de la propia salud mental.

La idea de redes de servicios con niveles de complejidad crecientes genera "un orden" en el cual el primer nivel se ubica en un rol específico dependiendo de su mayor o menor capacidad resolutiva pero siempre dentro de un orden hospital-céntrico. En el caso de la salud mental puede discutirse hasta que punto mantener recluida a una persona con padecimiento psíquico es más complejo que una intervención en las redes familiares y comunitarias del paciente lo que básicamente ocurre en el espacio en el que el paciente vive, estudia o trabaja.

Luego la pirámide imaginaria de complejidades crecientes podría quedar literalmente invertida en este campo señalando que lo complejo está en el espacio del primer nivel, lo medianamente complejo está en lo ambulatorio y en la contención en crisis y lo más simple puede terminar siendo recluir o internar en forma crónica.

Hace muchos años que la salud mental descubrió el trabajo en redes pero fue mucho más allá de los conceptos más o menos reduccionistas de referencia y contrareferencia. Se trata de otras formas de articulación en donde los diversos equipos, sus recursos institucionales y sus dispositivos de atención se conectan, se combinan y se complementan.

Cuando de intervenciones en salud mental se trata, vale la pena señalar que el primer recurso terapéutico con el que contamos es el propio equipo de salud. Para ello es necesario visualizarse e instrumentarse en este rol cualquiera sea nuestra posición en el equipo teniendo en cuenta que explorar nuestra relación con los problemas de salud mental también deviene en una autoexploración, una auto-reflexión, ya que no resulta posible desdoblarse o entrar en un vínculo terapéutico sin ser afectado de una u otra manera.

Es por eso mismo, resulta más sustentable, en éste como en muchos otros casos capacitar equipos antes que personas porque los problemas de salud mental pueden inundar, pueden desbordar las capacidades individuales y, sin embargo, ser contenidos por equipos que operan.

En salud mental los debates han sido muy importantes, unas veces polares, otras veces complementarios pero el material que viene hoy a contribuir con el desarrollo de las capacidades del primer nivel de atención, se encuadra en el estricto cumplimiento de una de las leyes más importantes de la República en materia de salud mental.

No es ocioso para quien no está familiarizado con el campo de la salud mental dedicar unos párrafos a fin de poner en contexto los mencionados debates que hoy han quedado un tanto estereotipados alrededor de la palabra "desmanicomializar". Un concepto que remite a

importantes reformas psiquiátricas que se han dado en muchos países del mundo en un esfuerzo por democratizar nuestras sociedades y expandir la capacidad de contención de lo diverso, del sufrimiento, de las crisis, de lo que nos asusta por el espejo en el que se reflejan nuestros propios temores.

El campo de la salud mental ha tenido oscilaciones notables en su importancia y dinamismo en las últimas tres décadas, hay quien asocia estas oscilaciones con las propias de las políticas de salud sin embargo puede verificarse una correlación mas estrecha entre el dinamismo de la salud mental y la atención y el celo que las políticas públicas y la propia sociedad le brinda a los derechos humanos y es que es justamente en esa interfase que puede entenderse una reforma que se desencadena, que se plasma en una Ley.

El mismo término "desmanicomializar" puede remitirnos a una tensión o a un campo de fuerzas que se libra en el corazón de las instituciones psiquiátricas. Sin embargo cada vez que surgen dispositivos eficaces para resolver/contener problemas de salud mental lo más cerca posible de donde esos problemas se generan se corre un poco esa frontera móvil de posibilidad, de viabilidad de una sociedad sin estas instituciones.

La ley de Salud Mental introduce una serie amplia de prescripciones algunas de cumplimiento inmediato y otras de cumplimiento gradual y metas diferidas pero seleccionaremos por su importancia para matrizar la relación salud-salud mental la expresa omisión del término "enfermedad mental".

Una Ley que es un punto de llegada de un movimiento amplio y pluralista que la hizo posible pero también es un punto de partida para traducir la ley en realidades concretas, en derechos garantizados, en nuevas formas de atención, en nuevos involucramientos y nuevas competencias de nuestros equipos de salud

Cuando se habla de o se teme a un conjunto de importantes problemas de salud que, sin embargo se miden habitualmente por mil o por diez mil habitantes, llama la atención la relativamente escasa atención que se brinda a afecciones cuya frecuencia se mide por ciento. Afecciones como depresión, abuso de sustancias, alcoholismo, entre otros afectan a la población con una frecuencia tal que obliga a preparar a todos los miembros del equipo de salud desde los trabajadores comunitarios hasta los especialistas en la detección, la contención, las primeras medidas y hasta el tratamiento posible de aquellos problemas de salud mental que afectan con frecuencia creciente a nuestras comunidades.

Finalmente es importante señalar que las formas concretas como los equipos logran empoderarse para afrontar desafíos crecientes en el campo de la salud mental es su capacidad de reflexionar y operar en forma articulada, en grupos, en equipos, en redes, en alianzas con las instituciones y con las organizaciones comunitarias.

Vale la pena intentarlo porque no es solo la salud lo que está en juego sino nuestra propia convivencia en sociedades más democráticas, más incluyentes, mas justas.

Sergio Provenzano
Decano de la Facultad de Medicina
Dpto. de Ciencias de la Salud
Universidad de Buenos Aires

Mario Rovere
Decano de la Universidad
de La Matanza

Índice

Terapéutica Racional en APS 13

1. Introducción 19

> Marco de referencia: Ley 26.657 y Plan Nacional de Salud Mental 19
> Epidemiología. Situación actual de los trastornos de salud mental 20
> El rol del médico del primer nivel de atención en el contexto de los problemas de salud mental 22
> Ejercicio 1 de Comprensión y Aplicación 23

2. Abordaje de personas con trastornos psicóticos en el primer nivel de atención 25

> Presentación clínica de las psicosis 25
> Esquizofrenia 26
Criterios diagnósticos de la esquizofrenia 26
Abordaje 32
Tratamiento farmacológico 33
Criterios de derivación 38
> Ejercicio 2 de Comprensión y Aplicación 41

3. Trastornos del estado del ánimo 47

> Depresión y Distimia 47
Criterios Diagnósticos 48
Abordaje 52
Tratamiento farmacológico 53
> Trastorno bipolar 58
> Ejercicio 3 de Comprensión y Aplicación 63

4. Otros motivos de consulta frecuentes 67

> Trastornos del sueño 67
Clasificación del insomnio 67
Presentación clínica y herramientas diagnósticas 68
Abordaje 71
Tratamiento farmacológico 73
> Ciclo vital. Crisis evolutivas 77
Etapas del ciclo vital 77
Presentación clínica y herramientas diagnósticas 80
> Duelo 81
Manifestaciones del duelo normal 81
Etapas del duelo normal 82
El rol del médico de familia 85
Abordaje 86

> Ejercicio 4 de Comprensión y Aplicación 88

5. Trastornos de ansiedad 95

> Trastorno de pánico 96
> Trastornos por ansiedad generalizada 98
> Trastorno obsesivo compulsivo 98
> Fobias 99
> Trastorno por estrés postraumático 100
> Ejercicio 5 de Comprensión y Aplicación 108

6. Consumo problemático de alcohol y otras sustancias psicoactiva 111

> Rastreo de alcoholismo 112
> Rastreo del consumo de riesgo de drogas 116
Evaluación diagnóstica 116
Abordaje 117
> Síndrome de abstinencia de sustancias psicoativas 119
> Ejercicio 6 de Comprensión y Aplicación 121

7. Problemáticas de salud mental infanto - juvenil 123

> Trastornos del espectro autista 127
> Trastornos de Ansiedad en la Infancia y la Adolescencia 131
> Trastornos por el consumo problemático de sustancias: alcohol y otras drogas 137
> Trastornos mentales severos de inicio en la infancia: psicosis de inicio temprano y bipolaridad 139
> Retraso mental (RM) 142
> Ejercicio 7 de Comprensión y Aplicación 145

8. Riesgo y prevención del suicidio 151

> Epidemiología 151
> Factores de riesgo 153
> Tratamiento 160
> Ejercicio 8 de Comprensión y Aplicación 163

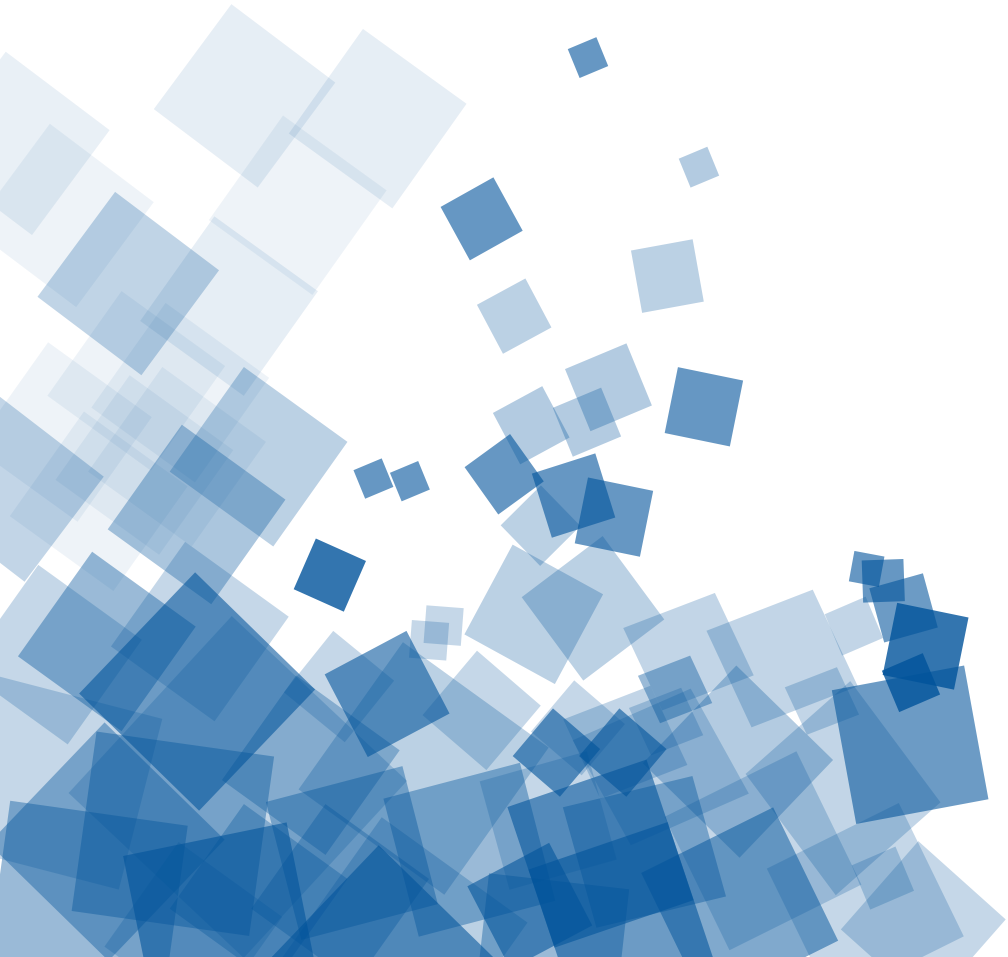
9. Promoción del uso racional de los medicamentos en salud mental 165

10. Recursos comunitarios para el abordaje de personas con problemas de salud mental 169

> Términos de uso frecuente en Salud Mental 174
> Ejercicio 9 de Comprensión y Aplicación 177

Anexo 1. Prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias 178

Bibliografía 184



Terapéutica Racional en Atención Primaria de la Salud. TRAPS

> ¿Qué se entiende por terapéutica racional?

Prescribir significa "ordenar", "indicar", "establecer". La prescripción que realiza el médico, generalmente al finalizar la consulta, es la indicación de algunas conductas que deberá seguir el paciente. El profesional debe tomar decisiones que impactarán necesariamente la salud y calidad de vida de quien le consulta.

Teniendo en cuenta el alto grado de renovación del mercado farmacéutico y el crecimiento acelerado de la oferta de medicamentos, es indispensable que el profesional de la salud adquiera metodología, modelos de razonamiento lógico y criterios basados en el método científico, que pueda aplicar en su práctica clínica.

El Programa de Capacitación en Terapéutica Racional en APS (TRAPS):

> Tiene el propósito de mejorar el cuidado de salud a través de la sensibilización y capacitación de los profesionales.

> Brinda herramientas para un enfoque razonado del tratamiento de un problema de salud, reforzando las prescripciones no medicamentosas y fomentando un uso adecuado de los medicamentos.

> Promueve una prescripción apropiada e individualizada fortaleciendo una medicina centrada en la persona y basada en la mejor evidencia disponible.

> Propone la utilización de los pasos establecidos en la Guía de la buena prescripción elaborada por la Organización Mundial de la Salud (OMS)

a) Definir el/los problemas de salud del paciente al momento de la consulta.
b) Establecer objetivos terapéuticos para ese paciente. (¿qué desea conseguir con el tratamiento?).
c) Diseñar un tratamiento (tener en cuenta efectividad/seguridad/costo-efectividad/ accesibilidad) incluyendo medidas no farmacológicas y/o farmacológicas.
d) Realizar la prescripción.
e) Dar instrucciones al paciente (información y advertencias).
f) Realizar el seguimiento del tratamiento (monitorear).

> ¿Por qué atención primaria de la salud?

La declaración de Alma Ata[1] "Salud para todos en el año 2000", situó por primera vez en el centro de la escena el debate sobre el concepto, los objetivos y los constituyentes de la

[1] Declaración de Alma Ata. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978. PAHO. www1.paho.org/spanish/dd/pin/alma-ata_declaracion.htm. Acceso 12/11/14

Atención Primaria de la Salud (APS). Allí se definió que la APS es el cuidado esencial de la salud basado en métodos prácticos, científicamente sólidos y socialmente aceptables, y tecnología universalmente accesible para los individuos y las familias de la comunidad, a través de su participación total y a un costo al que la comunidad y el país puedan acceder. Se plantea así a la estrategia de atención primaria de la Salud (EAPS) como eje estructurador y organizador del sistema y los servicios de salud.

Es un principio ampliamente compartido que la calidad y la pertinencia de la formación de recursos humanos en salud es una estrategia central para el mejoramiento de la calidad en el cuidado de la salud, en su eficiencia y equidad. Es decir que resulta de alguna manera beneficiosamente recíproca la continua articulación que debiera existir entre las instituciones formadoras de profesionales y las políticas de salud, a fin de poder adecuar los recursos para lograr profesionales perfilados a atender los problemas de salud de la población.

> Programa de Capacitación en Terapéutica Racional en Atención Primaria de la Salud (TRAPS)

El Programa Remediar del Ministerio de Salud de la Nación implementa el Programa de Capacitación en Terapéutica Racional en Atención Primaria de la Salud (TRAPS) con el objetivo de promover el desarrollo de los recursos humanos que se desempeñan en el PNA a través de un enfoque racional del tratamiento de los problemas de salud, fomentando una prescripción adecuada de medidas no farmacológicas, preventivas y promoviendo un uso racional de los medicamentos.

TRAPS está dirigido a los profesionales que se desempeñan en servicios públicos de salud, con el propósito de mantener y fortalecer sus competencias profesionales; brindándoles información práctica, actualizada y basada en la evidencia, sobre medidas farmacológicas y no farmacológicas para la prevención y tratamiento de los problemas de salud prevalentes en nuestro país.

En este Programa de Capacitación se pone el acento en una terapéutica global y ofrece:

> Herramientas para un enfoque razonado del tratamiento de un problema de salud.
> Información científica que fundamenta el uso adecuado de los medicamentos.
> Indicaciones específicas para hacer prescripciones no medicamentosas.
> Las medidas de prevención que corresponden en cada caso.

Se trata de promover una prescripción apropiada e individualizada para cada paciente, fortaleciendo una medicina centrada en el paciente.

Antecedentes: para el diseño de esta propuesta 2015 se ha tomado en cuenta la experiencia de los cursos de Uso Racional de Medicamentos ya realizados y el Programa de Capacitación en Terapéutica Racional en APS implementado entre 2010 y 2014, que incluyó los cursos de Riesgo Cardiovascular Global (RCVG) (4 cohortes), Infecciones Prevalentes en el primer nivel de atención (3 cohortes) y Detección Temprana y seguimiento de Factores de Riesgo Cardiovascular y Enfermedades Oncológicas (1 cohorte). Se capacitaron más de 6000 médicos en todo el país.

Propósito: brindar información práctica, actualizada y basada en la evidencia, sobre medidas farmacológicas y no farmacológicas para el abordaje de los problemas de salud mental prevalentes en nuestro país

Destinatarios: profesionales del equipo de salud que se desempeñan en los establecimientos de salud de todo el país.

Organización: este programa es producto de un trabajo interinstitucional entre el Ministerio de Salud de La Nación y las Facultades de Medicina.

Contenidos: los temas que se desarrollan son seleccionados según los siguientes criterios

> la incorporación de medicamentos del Formulario Terapéutico del primer nivel de atención y la necesidad de que se utilicen adecuada y racionalmente,
> las líneas de acción priorizadas del Ministerio de Salud de la Nación, con el objetivo de difundir y capacitar en las normas o guías nacionales,
> los temas solicitados por los médicos y médicas que, en los diferentes cursos, respondieron encuestas al finalizar cada curso.

A partir de la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657, se impone un nuevo desafío para llevar adelante el cambio en el paradigma de atención de las problemáticas de salud mental a nivel nacional: pasar de un modelo de atención custodial a un modelo de atención comunitario, que brinde las herramientas para que las personas con padecimientos mentales puedan recibir cuidados y atención cerca de sus hogares, con un abordaje integral y en cumplimento de sus derechos ciudadanos, en el marco de lograr su plena inserción social.

PROGRAMA DE CAPACITACIÓN TRAPS

CURSO / Riesgo Cardiovascular Global

CURSO / Infecciones Prevalentes en el PNA

CURSO / Enfermedades Oncológicas y Cuidados Paliativos en el PNA

CURSO / Motivos de Consulta Frecuentes en el PNA

CURSO / Salud Mental en el PNA

> Abordaje de personas con trastornos psicóticos en el primer nivel de atención
> Trastornos de estado del ánimo
> Trastornos del sueño
> Ciclo vital. Crisis evolutivas
> Duelo
> Trastornos de ansiedad
> Consumo problemático de alcohol y otras sustancias psicoactivas
> Promoción del uso racional de los medicamentos en personas con problemas de salud mental
> Problemáticas de salud mental infanto-juvenil
> Riesgo de suicidio
>Recursos Comunitarios en salud mental

Objetivos de aprendizaje

1) Conocer los principales aspectos de la Ley de Salud Mental N° 26.657.

2) Detectar los síntomas y signos de un paciente con esquizofrenia.

3) Identificar las condiciones clínicas y sociofamiliares que son necesarias para la derivación de paciente con esquizofrenia.

4) Diagnosticar pacientes con depresión.

5) Diagnosticar y prescribir el tratamiento adecuado de las personas con trastornos del sueño.

6) Conocer las diferencias entre duelo normal y patológico.

7) Diagnosticar y tratar los principales trastornos de ansiedad.

8) Aplicar las herramientas para rastreo de problemas con consumo problemático de sustancias.

9) Detectar probables trastornos de salud mental en niños y adolescentes.

10) Realizar una prescripción racional de los principales fármacos utilizados en problemas de salud mental en el primer nivel de atención.

Material impreso: se diseñan unidades de autoinstrucción que incluyen información seleccionada y ejercicios de comprensión y aplicación. La información se selecciona de acuerdo a la Guía de la Buena Prescripción publicada por la OMS y a las Guías y Normas del Ministerio de Salud de la Nación. En la redacción de los textos colaboran los especialistas de los distintos Programas y Direcciones del Ministerio de Salud de la Nación y los docentes universitarios que integran el Comité Asesor. Los casos clínicos y los ejercicios son parte del procesamiento didáctico que está a cargo de profesionales del campo de la educación médica. Un papel relevante en esta producción de los materiales corresponde al equipo de Diseño Gráfico.

Modalidad educativa: la capacitación en Terapéutica Racional en APS tiene una modalidad semipresencial que implica:

Estudio independiente: cada inscripto recibe un módulo impreso con información seleccionada, casos clínicos, ejercicios y bibliografía recomendada. La bibliografía de apoyo podrá descargarla de la página web del Programa Remediar: www.remediar.msal.gov.ar

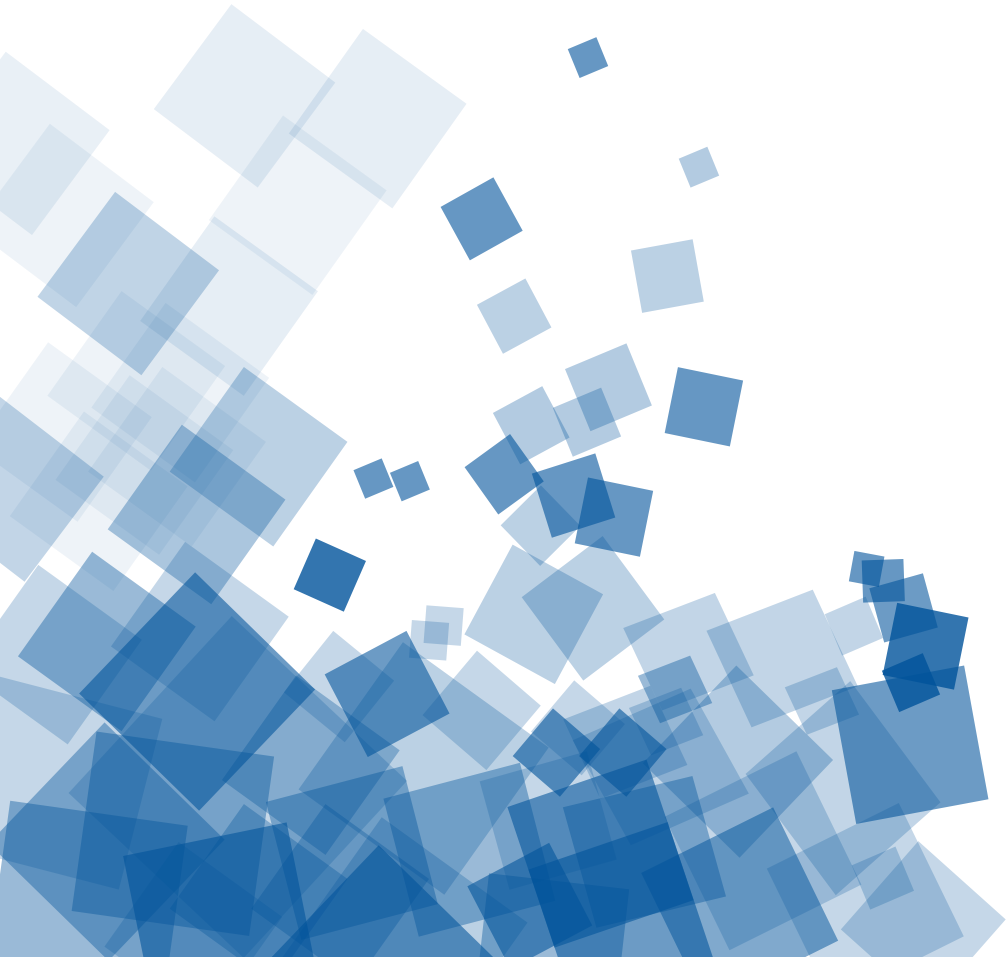
Encuentros presenciales: se desarrollan con metodología de trabajo en pequeños grupos de discusión y reuniones plenarias. Los participantes se encuentran con sus colegas y un docente-facilitador para intercambiar experiencias, analizar bibliografía y discutir nuevos casos clínicos o problemas de salud. Se realizan diferentes estrategias de enseñanza aprendizaje. El encuentro presencial es coordinado por docentes universitarios que son designados por cada Facultad de Medicina y que integran el equipo docente de TRAPS. Las fechas y horarios son establecidos e informados por las Facultades.

Evaluación: cada Facultad de Medicina decide e implementa su forma de realizar la evaluación formativa. La evaluación del nivel de conocimientos adquiridos se realiza aplicando una prueba escrita de selección múltiple a

modo de pre y postest. Los resultados del postest corresponden a la evaluación final del curso que tiene lugar durante el último encuentro presencial. El grado de satisfacción de los becarios se explora con una encuesta de opinión.

Requisitos para la aprobación del curso: asistencia al 80% de los encuentros presenciales. Aprobación del examen final.

Certificado: por curso de actualización de 100 hs. con evaluación final. El mismo es otorgado por la Facultad de Medicina asignada.



1 Introducción

> Marco de referencia: Ley Nacional de Salud Mental Nº 26.657 y Plan Nacional de Salud Mental

Los diferentes tipos de padecimiento mental son problemas de alta prevalencia en América Latina[2]. En 2011, en nuestro país, el suicidio fue la segunda causa de muerte más frecuente en el grupo etario de entre 15 y 29 años y la tercera en el grupo de entre 30 y 34 años[3]. En 2010, el trastorno depresivo mayor fue la tercera causa de años de vida ajustados por discapacidad (AVAD)[4].

Sin embargo, el acceso a la atención de las personas con padecimiento mental dista aún de ser equitativo. Se brinda en forma centralizada, predominantemente en hospitales, muchos de ellos dedicados sólo a la salud mental, y alejados, la mayor parte de las veces, del lugar de residencia de los usuarios[5].

Con el objetivo de revertir esa situación, es sancionada en 2010 la Ley Nacional de Salud Mental Nº 26.657

La Ley Nacional de Salud Mental Nº 26.657 establece los derechos de las personas con padecimiento mental, regula las modalidades de atención, la internación psiquiátrica voluntaria o involuntaria y señala la forma en que el Estado debe controlar su cumplimiento.

Para conocer en más detalle los contenidos de La Ley de Salud Mental puede consultar en el siguiente link www.msal.gov.ar/salud mental; informacion para equipos de salud; Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657.

Fue precedida de varias normas provinciales[6] y sigue los lineamientos marcados por diferentes resoluciones y declaraciones de la Organización de las Naciones Unidas (ONU); la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) surgidas a partir de 1990 y que refieren a la salud mental y a la protección de las personas con padecimiento mental[7].

En el capítulo que la ley dedica a la modalidad de abordaje, se ordena que la atención debe realizarse preferentemente fuera del ámbito hospitalario, a cargo de un equipo interdisciplinario y basarse en los principios de la atención primaria de la salud (APS)[8]. También se indica que las derivaciones que se realicen fuera del ámbito comunitario "sólo corresponden si se realizan a lugares donde la persona cuenta con mayor apoyo y contención social y familiar".

[2] Kohn R, Levav I, Caldas de Almeida JM, Vicente B, Andrade L, Caraveo-Anduaga JJ, Saxena S, Saraceno B (2005). Los trastornos mentales en América Latina y el Caribe: asunto prioritario para la salud pública. Revista Panamericana de Salud Pública.18(4/5):229–40.

[3] Sistema Estadístico de Salud, Ministerio de Salud de la Nación (2012). Estadísticas vitales. Información básica - Año 2011.

[4] Borruel MA, Mas IP y cols. (2010) Estudio carga de enfermedad Argentina. 1ª ed. Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación.

[5] WHO-AIMS (2013) Informe sobre los sistemas de salud mental en América Latina y el Caribe. Washington,DC OPS.

[6] Leyes N° 6302 de Salta (1985); N° 10772 de Santa Fe (1991); N° 2440 de Río Negro (1991); N° 8806 de Entre Ríos (1994); N° 448 de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (1999); N° 384 de Chubut (2009) y N° 9848 de Córdoba (2010).

GLOSARIO:
AVAD es Años de Vida ajustados por discapacidad es la estimación de los años de vida con discapacidad. Toma en cuenta la calidad de vida del individuo desde el momento de su enfermedad hasta su muerte. (YLD years lost due to disability de sus siglas en inglés) 536 de San Luis (2006); N° 384 de Chubut (2009) y N° 9848 de Córdoba (2010).

El Ministerio de Salud de la Nación, como autoridad de aplicación de la ley, fue el encargado de elaborar, a través de la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones, un Plan Nacional de Salud Mental[9].

Los propósitos de dicho plan son:

1) Proteger y promover la salud mental de todos los habitantes.

2) Jerarquizar e integrar el campo de la salud mental al campo de la salud y de las políticas sociales en general.

3) Disminuir la brecha entre necesidad y acceso.

Entre los objetivos que se plantea el Plan, se destaca el fortalecimiento del primer nivel de atención, incorporando recursos humanos de salud mental a los centros de atención primaria de la salud, así como capacitando en servicio a los integrantes del equipo de salud. Es importante, además, incorporar recursos como el fortalecimiento de una red de salud mental y garantizar el acceso a los medicamentos lo más cerca al domicilio de las personas y sus familias.

>Epidemiología. Situación actual de los trastornos de salud mental

Los datos sobre la prevalencia e incidencia de los padecimientos mentales en Argentina se encuentran fragmentados, no siempre están actualizados y a veces su búsqueda resulta dificultosa. Además, la variedad de clasificaciones, las variaciones permanentes de las categorías nosográficas utilizadas y de instrumentos para la recolección de información hacen que las pocas publicaciones disponibles sean inconmensurables. Sin embargo, la depresión en sus diferentes formas, la ansiedad, la angustia y los trastornos psicóticos se conservan siempre como problemas frecuentes. Por ejemplo, los trabajos realizados a principios de la década de 1980 por el equipo del Programa de Epidemiología Psiquiátrica (PEPSI) del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET), que utilizaron como referencia la novena versión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-9) y el sistema CATEGO-PSE, dan cuenta de una prevalencia de la esquizofrenia del 3% en jóvenes de la zona metropolitana de Buenos Aires, que está muy por encima del promedio mundial del 1%; de psicosis afectivas, de 4,0%; de paranoia, de 0,2%; de depresión neurótica, de 3,5%; y de neurosis, de 14,5%[10]. Habría sido imposible obtener esos mismos resultados si se hubiese usado la siguiente versión de la CIE-10 pues la neurosis y las psicosis fueron abandonadas como categorías diagnósticas.

Se encuentra el mismo inconveniente metodológico mencionado en una serie de estudios de la primera mitad de la década de 1990 que, utilizando el Inventario de Depresión de Beck con varones de 18 años convocados para la revisación médica previa al ingreso al servicio militar, informó una prevalencia de síntomas depresivos de entre el 31 y el 49,4 %. El 25 y el 31% del total cumplían criterios para depresión moderada o grave[11, 12, 13]. En 2006, aplicando el mismo instrumento, se halló una prevalencia de síntomas depresivos en el 33,44 % de una muestra de estudiantes de ambos sexos que cursaban el último año de la carrera de Medicina en una universidad del Noreste del país[14]. El 22,69 % refirió tener o haber tenido ideas de suicidio. En una cohorte de embarazadas se detectó una prevalencia del 21 % para

[7] OMS y OPS, Declaración de Caracas para la reestructuración de la atención psiquiátrica dentro de los sistemas locales de salud (14/11/1990); Principios para la protección de los enfermos mentales y para la el mejoramiento de la atención de salud mental, adoptado esolución 46/119 de la Asamblea General de la ONU (17/12/1991); Principios de Brasilia. Principios rectores para el desarrollo de la atención en salud mental en las Américas (9/11/2005).

[8] Boletín Oficial 03/12/2010. Ley 26.657; arts. 8 y 9.

[9] Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones (2013). Plan Nacional de Salud Mental.

[10] Citados en Kohn R, Levav I, Caldas de Almeida JM, Vicente B, Andrade L, Caraveo-Anduaga JJ, Saxena S, Saraceno B. (2005) Los trastornos mentales en América Latina y el Caribe: asunto prioritario para la salud pública. Revista Panamericana de Salud Pública 18(4/5):229-40 http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/740/9789275316320.pdf?sequence (acceso Octubre 2014)

[11] Serfaty et al (1993). Estudio epidemiológico de depresión y factores de riesgo en varones de 18 años residentes en la ciudad de Buenos Aires (Argentina, 1991). Boletín de la Academia Nacional de Medicina 71:583-591.

[12] Serfaty et al (1997). Prevalencia de síndrome depresivo en varones de 18 años residentes en la provincia del Neuquén, Argentina 1994. Boletín de la Academia Nacional de Medicina 75: 563-579.

[13] Serfaty et al (1998). Prevalencia de depresión en varones de 18 años de la provincia de Santa Fe. Boletín de la Academia Nacional de Medicina 76: 337-346.

los síntomas depresivos[15]. Entre los adolescentes se encontraron cifras similares[16, 17]. Si bien, en estudios realizados en diferentes países se informa una prevalencia mucho mayor entre las mujeres, los trabajos realizados en nuestro país no encontraron diferencias significativas entre sexos[18].

Considerando los datos mencionados anteriormente que, por un lado, dan cuenta de la falta de datos certeros y, además, demuestran la prevalencia de las problemáticas de salud mental que aquejan a la población en todos los grupos etáreos, resulta indispensable que los trabajadores de la salud reconozcan, comprendan y alcancen un saber que les permita abordar a esta población. Asimismo, para poder contar con datos certeros, es importante que los equipos de salud se concienticen respecto de que los registros y la recolección de la información que se inicia en el momento de la consulta y son indispensables para conocer el estado de salud de la población y definir políticas de salud pública para atenderlas.

Como se mencionó al comienzo, la depresión fue la tercera causa de AVAD en la Argentina en 2010. Los AVAD se calculan sumando los años de vida perdidos por mortalidad prematura y los años perdidos por enfermedad/discapacidad. Si sólo se midiesen los años perdidos por discapacidad, la depresión ocuparía el primer puesto[19].

Por otra parte, los trastornos de ansiedad ocupan el décimo cuarto puesto entre los causantes de AVAD y el segundo entre las causas de años perdidos por discapacidad[20].

Según el Manual Diagnóstico y Estadísticos de los Trastornos Mentales en su quinta versión (DSM V), los trastornos de ansiedad incluyen el ataque de pánico; el trastorno de ansiedad generalizada; las fobias específicas; las reacciones de estrés agudo y postraumático y los trastornos obsesivos compulsivos, disociativo y somatomorfo. En un informe sobre las prácticas en salud mental dentro de los dispositivos de APS en Santiago del Estero, se evidenció que los trastornos de ansiedad fueron el tercer diagnóstico más frecuente entre la población adulta en el período 2006-2007, con una prevalencia del 11%, precedidos de los problemas de relación paterno filiales y la depresión[21]. La misma frecuencia se encontró en el servicio de urgencias de un centro médico de La Plata[22]. En adolescentes, la prevalencia de trastornos de ansiedad va del 11%[23] al 26,6%. La contención familiar juega un papel importante en esta población, pues las mayores frecuencias se dan en jóvenes asistidos por el sistema de protección de derechos del niño, la niña y el adolescente[24].

Tanto la depresión como los trastornos de ansiedad suelen relacionarse estadísticamente con diferentes enfermedades de las llamadas orgánicas. De hecho, ambos son factores de riesgo cardiovascular[25]. A su vez, la enfermedad cardiovascular, en especial haber atravesado una cirugía de by pass coronario, aumenta el riesgo de comenzar a padecer una depresión[26]. En los adultos mayores, tanto la depresión como la ansiedad pueden ser los primeros síntomas de una demencia[27].

Otro padecimiento mental, menos frecuente que la depresión y la ansiedad, pero igualmente con gran impacto en la salud de la población, es la esquizofrenia que, según el estudio nacional realizado por el PEPSI en 1979, tenía una prevalencia del 3%. Las personas con esquizofrenia presentan mayores tasas de infecciones, enfermedades endócrino metabólicas, enfermedades cardíacas y respiratorias que la población general, así como un mayor riesgo de muerte[28]. A eso se le suman los problemas metabólicos que suelen aparecer como consecuencia del tratamiento con antipsicóticos.

14 Czernik GE et al (2006). Variables sociodemográficas y síntomas de depresión en estudiantes universitarios de Medicina en Corrientes, Argentina. Alcmeon 13 (2): 64-73.

15 Picech AR, Flores LJ, LAnser RA; Elizalde Cremonte Ortiz MA (2005). Depresión y embarazo. Revista de Posgrado de la VIa Cátedra de Medicina (145): 5-8.

16, 23 Festorazzi Acosta A, Rodríguez AL, Lotero JA (2008). Epidemiologia de los trastornos de ansiedad y depresión en adolescentes de una población rural. Depresión y embarazo. Revista de Posgrado de la VIa Cátedra de Medicina (184): 4-9.

17 Czernik GE, Almeida SA., Godoy EI. et al. (2006) Severidad depresiva en adolescentes de una escuela de formación profesional de la ciudad de Resistencia. Chaco, Argentina. CIMEL, vol.11, no.1, p.16-19

18 Kohn R, Levav I, Caldas de Almeida JM, Vicente B, Andrade L, Caraveo-Anduaga JJ, Saxena S, Saraceno B. Op. cit

19 Institute for Health Metrics and Evaluations (2013). GBD: Argentina. Country profile. Disponible en www.healthdata.org/results/country-profiles.

21 Caballero S y Sema G (2009). Políticas de Salud Mental en Atención Primaria, un recorrido sobre la Atención Primaria de la Salud en Santiago del Estero. Archivos de Medicina Familiar y General 6 (1): 23-29.

22 Vía Alvarado JM (2011). Ansiedad en la consulta de guardia. Trabajo final de la Carrera de Especialización en Medicina Interna; Facultad de Medicina, Universidad Nacional de La Plata.

24 Serfaty EM, Zavala G, Masaútis AE, Foglia VL. Trastornos de ansiedad en adolescentes. Disponible en http://www.epidemiologia.anm.edu.ar/pdf/publicaciones_cie/2001/Trastornos_Ansiedad_adolescentes_2001.pdf.

> El rol del médico del primer nivel de atención en los problemas de salud mental

Es importante dimensionar que en el marco de la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental, muchas personas acostumbradas a atender y cuidar su salud en Instituciones monovalentes, comiencen a acudir a los centros de atención primaria para continuar con la atención. Por ello, el primer desafío que deberán enfrentar las trabajadoras y trabajadores del primer nivel de atención será incorporar los problemas de salud mental a los problemas de salud general que afectan a la población con la que trabajan y conocer cómo abordarlos.

Los trabajadores de salud del primer nivel de atención, deben asumir como una posibilidad real, la responsabilidad en la prevención, diagnóstico, y tratamiento de estos trastornos tan prevalentes. Ello repercutirá de manera directa en la mejora de los indicadores generales de salud. También mejorará la calidad de atención, pues las personas que consulten se sentirán integralmente escuchadas, sin que haya una parte de su padecimiento que permanezca ignorada, y se ahorrarán el tener que movilizarse hasta un centro de atención especializado lejos de su comunidad y su familia[29], pudiendo continuar cerca de su círculo de contención y sus actividades habituales.

Otra tarea del personal del primer nivel será participar del relevamiento epidemiológico local. Más allá de las estadísticas nacionales o internacionales a las que se puede acceder, es indispensable conocer el estado de salud integral de los habitantes del barrio donde trabajamos para poder diseñar intervenciones adaptadas a las realidades locales que resultan más eficaces. Para esto conocer cómo clasificar los problemas de salud integral de la población resulta primordial, ya sea mediante la utilización del CEPS-AP (Clasificación Estadística de Problemas de Salud en Atención Primaria de la salud) o CIE 10 u otro instrumento que utilicen en su jurisdicción.

Una tercera responsabilidad será planificar en conjunto con otros integrantes del equipo de salud y de la comunidad, en articulación con otros sectores (como Educación o Desarrollo Social), actividades dirigidas a la prevención primaria del padecimiento mental y a la reinserción social de las personas afectadas, conociendo los recursos locales tanto para el paciente como sus familiares.

Por último, es importante que el médico sepa prescribir racionalmente los medicamentos disponibles para tratar los problemas mentales más frecuentes y junto con el resto del equipo de salud puedan brindar información a los consultantes sobre el cuidado que se debe tener con los mismos tanto en el almacenamiento, conservación y en su uso.

[25] U.S. Department of Health and Human Services. Public Health Service National Institutes of Health.Report of the Task Force Behavioral Research in Cardiovascular, Lung, and Blood Health and Disease, February 1998.

[26] Pirraglia, Paul A., et al. (1999) Depressive symptomatology in coronary artery bypass graft surgery patients." International journal of geriatric psychiatry 14.8 668-680.

[27] Dillon, C., Serrano, C. M., Iturry, M., Taragano, F. E., Popovich, P. M., Salgado, P., y Allegri, R. F. (2009). Estudio epidemiológico de la Depresión Geriátrica en un laboratorio de Memoria. Revista Neurológica Argentina, 34(1), 34.

[28] Grupo de Trabajo sobre la Salud Física del Paciente con Esquizofrenia. "Consenso sobre la salud física del paciente con esquizofrenia de las Sociedades Españolas de Psiquiatría y de Psiquiatría Biológica." Actas Esp Psiquiatr 36.5 (2008): 251-264.

[29] OMS (1990). La introducción de un componente de salud mental en la atención primaria.

Ejercicio 1 de Comprensión y Aplicación

Para este ejercicio le proponemos que lea la Ley de Salud Mental Nº 26.657

Para ello, puede acceder al siguiente link: www.msal.gov.ar/saludmental/; informacion para equipos de salud; Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657

A) Luego de la lectura, responda las siguientes preguntas:

1. ¿Qué cambios se pueden observar respecto a la participación del equipo de salud (médicos, psicólogos, enfermeros, etc.) en lo que respecta a la internación de una persona con padecimiento mental?

.....

.....

.....

2. ¿Cuál es el criterio de internación de un paciente a partir de esta nueva ley?

.....

.....

.....

B) Una persona se presenta en el centro de salud con un brote de esquizofrenia. Escucha voces que le ordenan acabar con su vida. El familiar que lo acompaña dice que ha intentado cortarse con un cuchillo y ha buscado por toda la casa medicación para tomar de manera compulsiva. Presenta un cuadro de excitación psicomotriz.

1. Redacte la orden de internación, incluya allí el motivo de ésta. ¿Quiénes deberían firmar la orden? ¿Qué sucede en este caso con el consentimiento informado?

.....

.....

.....

2. A partir de la sanción de esta ley, ¿Qué entiende por desmanicomialización? ¿En qué artículos de la ley observa que se hace referencia a este proceso?

.....

.....

.....

3. A partir de esta ley, y en caso de que una persona requiera internación, ¿Dónde se realiza?

.....

.....

.....

4. ¿Dónde piensa que consultan las personas con padecimiento mental a partir de la implementación de esta nueva ley? ¿Quién va a atender a esta demanda?

.....

.....

.....

2 Abordaje de personas con trastornos psicóticos en el primer nivel de atención

Dentro del **concepto "psicosis"** se engloban una serie de fenómenos clínicos que se caracterizan por generar **una disrupción en la vida de una persona, su grupo familiar y el entorno social** donde se encuentra inserta.

En un episodio psicótico no afectivo la persona experimenta una alteración de su juicio de realidad, su conducta es anormal o desorganizada, puede presentar ideas delirantes (una creencia falsa sostenida con firmeza o sospechas injustificadas), así como alucinaciones (escuchar voces, ver o sentir cosas que no existen). Suele descuidar sus responsabilidades habituales relacionadas con el trabajo, la escuela, actividades domésticas o sociales[30].

En el presente apartado haremos foco en la atención particular de personas con esquizofrenia.

Centrándonos en la esquizofrenia, se puede considerar a la misma como un padecimiento psíquico, multifactorial, de etiología incierta. Desde el punto de vista epidemiológico, afecta entre el 1 al 3% de la población mundial según diversas fuentes[31, 32], presentando un pico de aparición en los hombres entre los 15 a 25 años; en las mujeres se presenta entre los 18 y 30 años. El inicio durante la infancia es extremadamente raro, aunque pueden presentarse síntomas inespecíficos desde edades muy tempranas.

> Presentación clínica de las psicosis

Los síntomas y características con las que puede presentarse una persona con psicosis son los siguientes:

> Conducta anormal o desorganizada (por ejemplo: lenguaje incoherente o sin sentido, apariencia inusual, abandono de sí mismo, apariencia descuidada),
> Ideas delirantes (una creencia falsa sostenida con firmeza o sospechas injustificadas no compartida con los demás miembros de su familia o comunidad)
> Alucinaciones (escuchar voces o ver cosas que no existen),
> Descuido de las responsabilidades habituales relacionadas con la escuela, el trabajo, actividades domésticas o sociales,
> Descuido del aseo y presentación personal.

Las manifestaciones son generales de la psicosis. A continuación, se profundizará en cada una de ellas y se hará hincapié en el criterio diagnóstico de la esquizofrenia, como uno de los principales trastornos psicóticos.

30 Sepulveda R. Minoletti A. (2013) Psicosis. Manual de salud mental para trabajadores de atención Primaria. Serie Paltex para técnicos medios y auxiliares. Washington DC. Organización Panamericana de la Salud.

31 Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la esquizofrenia y el trastorno psicótico incipiente. Fòrum de Salut Mental, coordinación. Guía de Práctica Clínica sobre la esquizofrenia y el trastorno psicótico incipiente [Versión resumida]. Madrid: Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo. Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques; 2009.

32 Tandon, R., et al., Schizophrenia,(2008) "Just the Facts" What we know in 2008. 2. Epidemiology and etiology, Schizophr.

El concepto esquizofrenia fue acuñado en 1911 por el psiquiatra suizo Eugene Bleuler. Planteó que la así llamada "Demencia Precoz", entidad creada por Emil Kraepelin, psiquiatra de origen alemán, no correspondía a una entidad particular sino a un conjunto de enfermedades. Previamente a estos autores, en 1871 Ewald Hecker describió un cuadro de inicio en la pubertad, con cambios abruptos en la personalidad de la persona afectada, junto con alucinaciones, ideas delirantes y apatía.

Bleuler utiliza un modelo psicodinámico, tomando ideas de la corriente psicoanalítica freudiana, a fin de entender la sintomatología, dado que los modelos anatomopatológicos resultaban insuficientes a tal fin. Es por ello que crea el concepto de "Spaltung", cuya traducción corresponde con escindir. Así, en la esquizofrenia las diferentes esferas psíquicas son afectadas por dicho proceso, generando síntomas primarios y secundarios; estos últimos corresponderían a mecanismos psicógenos en relación con la personalidad de la persona afectada, siendo los primarios la consecuencia de la afectación de las grandes esferas psíquicas (afectividad y voluntad). Se plantea de esta manera encarar la problemática de los síntomas psicóticos desde postura organogenética, donde existiría un componente orgánico necesario más no determinante.

Los planteos de Bleuler llegan a la actualidad, de forma diluida y modificada por otras teorías, a través de los diferentes manuales diagnósticos, siendo los de mayor utilización el manual DSM-5 (creado por la American Psychiatric Association) y la CIE-10 de la Organización Mundial de la Salud (OMS) (que resultó del consenso internacional y que es la clasificación que debe usarse oficialmente en la Argentina, en tanto, país perteneciente a la OMS). Por otro lado, es muy importante remarcar la utilidad de la Guía Latinoamericana de Diagnóstico Psiquiátrico (GLDP-VR, 2012) de la APAL (Asociación de Psiquiatría Latinoamericana), resultante de una adaptación de la CIE 10 a la realidad clínica de nuestro continente que es un instrumento más acorde al contexto socio cultural de nuestro medio y que se puede consultar en: www.apalweb.org/docs/gladpvr2012.pdf

> Esquizofrenia

Criterios diagnósticos de la esquizofrenia

Según la Asociación Latinoamericana de Psiquiatría, los criterios diagnósticos para la esquizofrenia comprenden:

> Al menos uno de los síndromes, síntomas y signos listados en el punto 1).

> Por lo menos dos de los síntomas y signos listados en el punto 2).

> Ambos deben haber estado presentes la mayor parte del tiempo durante por lo menos un mes (o algún tiempo durante la mayor parte de los días).

1 Por lo menos uno de los siguientes síntomas:

a) Eco, inserción, robo o difusión del pensamiento.

b) Ideas delirantes de ser controlado, de influencia o pasividad, referidas claramente al cuerpo, a los movimientos de los miembros o a pensamientos, acciones o sensaciones específicas y percepciones delirantes.

c) Voces alucinatorias que comentan la propia actividad o que discuten entre sí acerca del enfermo u otro tipo de voces alucinatorias procedentes de alguna parte del cuerpo.

d) Ideas delirantes persistentes de otro tipo que no son propias de la cultura del individuo y que son inverosímiles, tales como las que se refieren a la identidad

religiosa o política, a capacidades y poderes sobrehumanos (por ejemplo, ser capaz de controlar el clima o estar en comunicación con seres de otro mundo).

Robo del pensamiento: trastorno de la conciencia en el cual el paciente siente que deja de ser dueño de sus propios pensamientos, los cosifica y le pueden ser sustraídos.

Difusión del pensamiento: trastorno psicopatológico referido a la ausencia de demarcación entre pensamientos y mundo externo, donde se vivencia una pérdida de la intimidad del pensar propio.

Alucinación: la alucinación es una percepción sin objeto real, sin el estímulo externo correspondiente, y valor de realidad. Las alucinaciones cumplen con las características descritas por Jaspers[33] para la percepción: son corpóreas, poseen carácter de objetividad, tienen un diseño determinado, es decir son habitualmente nítidas y con frescura sensorial. Son constantes y pueden ser retenidas fácilmente. Son independientes de la voluntad y admitidas pasivamente.

Pueden ser desde muy simples y elementales, hasta muy complejas. La nitidez también es variable, desde voces definidas y reconocibles, imágenes claras, sensaciones táctiles precisas, hasta murmullos indefinidos, imágenes borrosas, sensaciones táctiles imprecisas. El juicio de realidad sobre la alucinación puede oscilar desde la completa certeza de una realidad, pasando por la duda, hasta considerarlas irreales; en este último caso, se denominan alucinosis.

La actitud tomada frente a ellas varía también desde la pasividad hasta la realización de medidas precautorias de defensa y evitación, o realización de actos pertinentes a su contenido. Puede o no tener relación con el estado afectivo presente en el paciente.

Las alucinaciones visuales y táctiles son casi siempre experimentadas como procedentes desde fuera del propio cuerpo. En las auditivas es más variable, pueden ser referidas como "desde dentro de la cabeza" o "me suben del estómago".

Ideas delirantes: el delirio se comunica en ideas, las cuales se elaboran desde el juicio de realidad. Son entonces ideas delirantes los juicios de realidad patológicamente falseados. Las características principales de éstos son para Jaspers las siguientes[34]:

1) Son de certeza subjetiva incomparable, o sea el sujeto las afirma con una convicción extraordinaria.

2) No son influenciables por la experiencia, ni por las conclusiones irrefutables.

3) Su contenido es imposible.

2 O al menos dos de los siguientes síntomas:

a) Alucinaciones persistentes de cualquier modalidad, cuando se acompañan de ideas delirantes no muy estructuradas y fugaces, sin contenido afectivo claro, o de ideas sobrevaloradas persistentes, o cuando se presentan a diario durante al menos un mes.

b) Neologismos, interceptación o bloqueo del curso del pensamiento, que dan lugar a incoherencia o lenguaje circunstancial.

c) Conducta catatónica, tal como excitación, posturas características o flexibilidad cérea, negativismo, mutismo y estupor.

d) Síntomas negativos, tales como marcada apatía, empobrecimiento de la expresión verbal y embotamiento o incongruencia de las respuestas emocionales.

[33, 34] Jaspers K,(2014) Psicopatologia General, Fondo de Cultura de Económica de España.

Neologismo: trastorno del pensamiento que consiste en la creación o deformación de una palabra, que tiene un significado especial para el paciente y que en el lenguaje cotidiano resulta absurda o incomprensible.

Interceptación o bloqueo del pensamiento: trastorno del pensamiento que consiste en una súbita supresión del curso del pensamiento, que en muchas ocasiones se traduce en bruscas detenciones del discurso hablado. El paciente los vive con desconcierto y los puede referir como tales pero no es capaz de entenderlos.

Flexibilidad Cérea: también llamada catalepsia cérea o flexible, corresponde a un trastorno de la psicomotricidad en que el paciente suprime los movimientos espontáneos, no ofrece resistencia ni rigidez frente a la movilización de sus miembros por parte del examinador. En lo observable, habitualmente las personas se quedan inmóviles, en posiciones estatuarias.

La evolución de los trastornos esquizofrénicos puede ser:

> Continua o episódica.
> Con déficit progresivo o estable.
> Puede haber uno o más episodios, con remisión completa o incompleta.

No debe hacerse diagnóstico de esquizofrenia cuando hay síntomas depresivos o maníacos extensos, a menos que haya quedado en claro que los síntomas esquizofrénicos antecedieron a la perturbación afectiva. Tampoco debe diagnosticarse esquizofrenia cuando existe una enfermedad cerebral manifiesta, ni durante los estados de intoxicación o de abstinencia de drogas.

Evaluación diagnóstica

A todo paciente debe ofrecérsele un ambiente sereno y calmo para realizar una entrevista. En el caso de las consultas de salud mental, se debe reforzar este aspecto, dado que se suelen plantear problemáticas que no pueden ser objetivables con análisis de laboratorio o estudios complementarios.

En la entrevista, se deben intentar abordar diferentes aspectos de la complejidad de la problemática que la persona se encuentra atravesando. Un abordaje que esté centrado en la escucha y el respeto es la mejor manera de establecer un vínculo terapéutico. Lograr un buen vínculo terapéutico facilita el entendimiento de la problemática, sobre todo cuando en el campo de la psicosis, y en particular la esquizofrenia, los motivos de consulta pueden ser tan variados como ansiedad, depresión, o la idea de ser perseguido.

Es importante definir lo más cabalmente posible el motivo de consulta. Éste puede no ser evidente, puede ser diferente del expresado o bien puede responder a la demanda del grupo conviviente. Los antecedentes de la enfermedad actual nos permiten ver una evolución de la sintomatología del consultante, y además conocer los antecedentes de tratamiento, a fin de pensar una posible terapéutica o una derivación.

Muchas veces es útil mantener entrevistas con el entorno del paciente, ya que pueden orientarnos en la severidad del cuadro, en la efectividad de abordajes previos y en la construcción global de la presentación clínica.

Al momento de la consulta es importante considerar cómo el cuadro se ha ido configurando: tiempos (cuándo comenzó):

> **Síntomas:** delirio, alucinaciones, abulia.

> **Estado del paciente:** cómo se presenta, cómo se viste, si está orientado en tiempo y espacio, para entender si se está ante una situación de riesgo, un momento de descompensación que requiere cambios en la medicación o simplemente una manifestación de malestar que demanda la escucha del profesional interviniente.

Para determinar el curso del problema, se vuelve fundamental preguntar[35]:

> ¿Cuándo comenzó este episodio?

> ¿Existen antecedentes de otro episodio previo?

> ¿Ha tenido tratamiento anterior de salud mental o psiquiatría?

Resulta necesario evaluar si se trata de:

> Un primer episodio.

> Una recaída.

> O un empeoramiento de los síntomas preexistentes.

Síntomas positivos y negativos

La disquisición entre síntomas positivos y negativos en la esquizofrenia encuentra su raíz en los trabajos del neurólogo inglés John Hughlings Jackson (1935-1911), siguiendo los trabajos de John Reynolds, otro neurólogo anglosajón Jackson al describir los síntomas de la epilepsia denomina como positivos a aquellos síntomas causados por la liberación funcional de centros inferiores, los cuales se encontrarían inhibidos por centros superiores en situaciones normales. Los síntomas negativos serian producto de lesiones en los centros inferiores, provocando ausencia de función.

Síntomas positivos[36]*:* se caracterizan, en general, por distorsiones fundamentales y típicas del pensamiento y de la percepción, junto con una afectividad inadecuada o embotada. Habitualmente se mantienen tanto la lucidez de la conciencia, como la capacidad intelectual, aunque con el transcurso del tiempo pueden desarrollarse ciertas deficiencias intelectuales.

Entre sus fenómenos psicopatológicos más importantes se encuentran:

> El pensamiento con eco (el paciente escucha sus propios pensamientos como dichos por otros).

> La inserción o el robo del pensamiento.

> La difusión del pensamiento (la persona cree que todos conocen sus pensamientos porque estos son difundidos de alguna manera que es diferente de la comunicación voluntaria).

[35] Sepulveda R. Minoletti A. (2013) Psicosis. Manual de salud mental para trabajadores de atención Primaria. Serie Paltex para técnicos medios y auxiliares. Washington DC. Organización Panamericana de la Salud.

[36] Clasificación internacional de enfermedades, décima versión correspondiente a la versión en español de la (en inglés) ICD, International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems) http://ais.paho.org/classifications/Chapters/

> La percepción delirante y los delirios de control, de influencia o de pasividad.

> Voces alucinatorias (muchas personas con esquizofrenia refieren que las voces comentan continuamente su comportamiento. Estas voces suelen emitir juicios negativos sobre la persona).

Síntomas negativos: se asocian mayoritariamente con la interrupción de la esfera afectiva de la persona, afectando su desempeño social. Pueden ser confundidos con síntomas depresivos e incluyen el aplanamiento afectivo, falta o dificultad para iniciar actividades o sostenerlas, falta de comunicación, descuido de su aseo y arreglo personal.

Los más habituales son:

> Apatía marcada.

> Abulia persistente.

> Empobrecimiento del lenguaje y embotamiento.

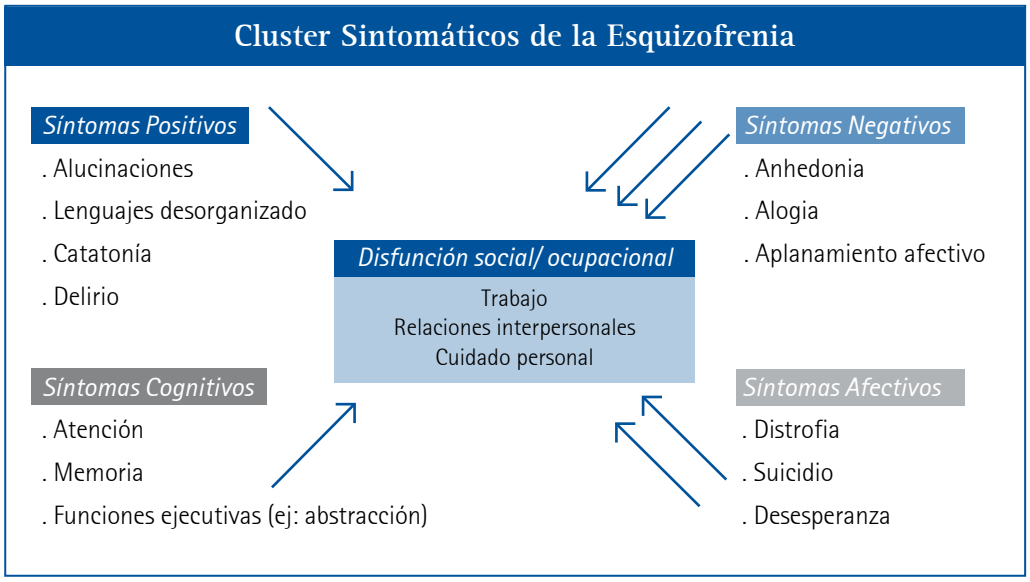
> Incongruencia de las respuestas emocionales, que generalmente conducen a retraimiento social y disminución de la actividad social.

Es importante distinguir que estos síntomas no se deben a depresión ni a administración de neurolépticos, sino a los síntomas propios de la esquizofrenia.

Síntomas cognitivos y afectivos

Síntomas afectivos: dada la presencia de los síntomas negativos, se suele no tener en cuenta la esfera afectiva de la persona con esquizofrenia. No obstante el aplanamiento afectivo que suele observarse con la evolución del cuadro, pueden presentarse episodios de disforia (cambio abrupto en el estado de ánimo), en especial al inicio del proceso, aunque pueden presentarse en cualquier momento. Estos cambios abruptos en la esfera afectiva pueden alternarse con síntomas de la esfera depresiva, sobre un fondo donde predomina el aplanamiento afectivo.

Síntomas cognitivos: en la esfera cognitiva se pueden encontrar fallas en las funciones ejecutivas (comprender y utilizar información para realizar tareas), disminución en la capacidad de atención y, secundario a esto, dificultad para utilizar información recientemente adquirida.



Fuente: Tohen M. Presentado en: VI Asociación Argentina de Psiquiatras (AAP). 1999, citado por Lopez Mato A. y Colls. Tratamiento del Primer Episodio en Esquizofrenia. Alcmeon N°32 Año X - Vol. 8 Nro. 4 - Marzo del 2000

En la esquizofrenia, el psiquismo total del paciente suele estar afectado de manera tal que los síntomas clave para el diagnóstico transcurren sobre un fondo de rarezas, extravagancias y manifestaciones menores que, aunque insuficientes por sí solas para formular ese diagnóstico, son percepciones a tener en cuenta en la consulta.

No obstante estas consideraciones, no se debe circunscribir la subjetividad de las personas con padecimiento mental a meros patrones normativos en pos de definir un diagnóstico.

Etapas de la esquizofrenia

A los fines prácticos, para su mejor comprensión, se propone dividir el proceso esquizofrénico en diferentes etapas:

Fase premórbida: suele haber antecedentes de leve retraso del desarrollo psicomotor y aprendizaje en la infancia, dificultades de adaptación social durante el período escolar, conducta excéntrica y retraimiento.

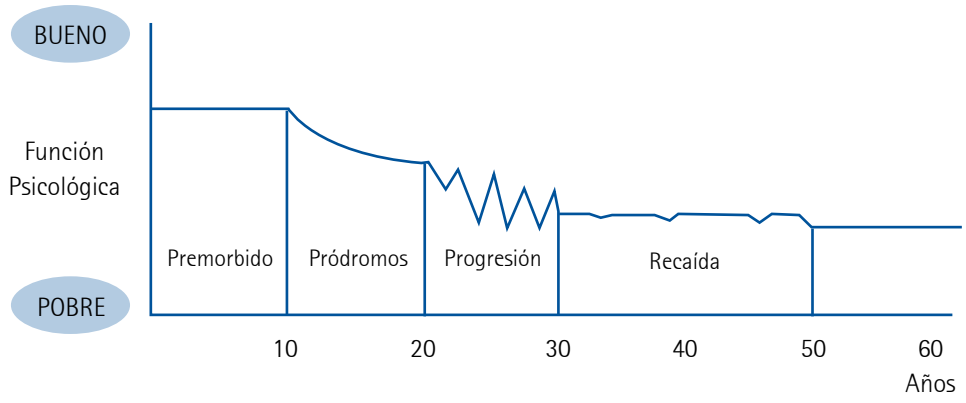
Período prodrómico: caracterizado por síntomas psiquiátricos o somáticos. Las quejas somáticas más comunes son cefalea, dolor de espalda, dolores musculares, debilidad y alteraciones digestivas. Con frecuencia se despierta interés por temas abstractos como filosofía, religión u ocultismo, a lo que el paciente dedica la mayoría de su tiempo. También son frecuentes la aparición de obsesiones y compulsiones. La persona va perdiendo energía y motivación personal, aislándose progresivamente durante meses o años. Hay que tener en cuenta que este fenómeno es común en la población adolescente, con lo cual debe interpretarse su aparición en función de la historia biográfica de la persona. En este último punto, es vital la información aportada por familiares y amigos. En otros casos, el inicio es súbito, probablemente en respuesta a un episodio de estrés, consumo de sustancias o inicio de la actividad sexual.

Trema: algunos autores suelen agrupar las fases antes descriptas bajo el término "trema". Este concepto fue utilizado por primera vez por Klaus Conrad, psiquiatra alemán en 1958. Hace referencia a la inquietud subjetiva que tienen los actores de teatro antes de salir a escena. Según este autor, durante las primeras fases de la psicosis, el sujeto afectado experimenta sentimientos de extrañeza en la percepción de si mismo y del mundo que lo rodea, provocándole una sensación de inquietud interna y retracción de la vida social.

Primer episodio o brote esquizofrénico: presentación de sintomatología psicótica florida, generalmente de tipo positiva, con pródromos de duración variable. Los manuales diagnósticos como el DSM V tienen en cuenta diagnósticos longitudinales más que transversales; de esta manera, se diagnosticará como psicosis reactiva breve (si el episodio dura menos de un mes)

El curso de la enfermedad es con frecuencia continuo y progresivo, aunque en algunos casos se puede presentar como episodios de inicio y final claro, con períodos intercríticos de funcionamiento normal. Se puede evidenciar un menoscabo de la capacidad funcional desde este primer episodio, que se acrecienta con cada nuevo episodio, y tiene tendencia a estabilizarse hacia el final de la edad adulta, con predominio de los síntomas negativos.

CLUSTER SINTOMÁTICOS DE LA ESQUIZOFRENIA



Fuente: Mac Clashan T., Johannessen J.O.: Early detection and intervention with schizophrenia: Rationale. Schizophrenia Bulletin, 22 (2) : 201-222, 1996, citado por López Mato A. y Colls. Tratamiento del Primer Episodio en Esquizofrenia, Alcmeon Nº 32 Año X - Vol.8 Nro. 4 - Marzo del 2000.

Abordaje

Los componentes básicos para un abordaje de la psicosis en atención primaria de la salud, comprenden[37].

Medicación antipsicótica: se abordará este punto en profundidad, más adelante.

Psicoterapia: se estructura en torno a sesiones regulares de terapia individual con un terapeuta experimentado o con un terapeuta bajo supervisión. Las sesiones de terapia se basan preferentemente en el modelo psicodinámico o en el psicoanalítico, utilizando una

[37] Adaptado de la Guía de Intervención mhGAP de la Organización Mundial de la Salud.

gran variedad de estrategias, que incluyen la actividad de apoyo y el trabajo en transferencia con la subjetividad de la persona.

Psicoeducación para la persona con psicosis y su familia: la persona con psicosis y sus familiares muchas veces requieren de una entrevista que les ayude a comprender lo que está sucediendo y a enmarcar con un profesional cómo continuar con sus vidas cotidianas. Para esto, es importante poder transmitir que las personas con psicosis pueden recuperarse en forma muy significativa y lograr una muy buena calidad de vida. El tratamiento puede atenuar en forma drástica el sufrimiento y los problemas. Es muy importante el cumplimiento de las medidas terapéuticas pautadas, en especial en lo que respecta a la medicación.

Abordaje de los factores psicosociales estresantes actuales: es sumamente importante poder ubicar qué desató el malestar actual para poder encontrar herramientas que ayuden a la persona a lidiar con ello.

Restablecimiento de las redes sociales y mejora de la calidad de apoyo que brindan: en caso de que la persona no tenga una familia con quien vivir, explorar las necesidades de vivienda asistida o residencias de apoyo.

Incentivación de la actividad física regular e incentivación de un reordenamiento de la vida cotidiana: respetar horario, seguir ciertas rutinas de actividades, etc. Motivar activamente a la persona a retomar o iniciar actividades sociales, educativas, ocupacionales y deportivas.

Seguimiento periódico: el seguimiento inicial debe ser muy frecuente, incluso a diario de ser necesario. El objetivo es asegurar la adherencia terapéutica, regular las dosis y el tipo más apropiado de medicación, controlar eventuales efectos adversos, reforzar el vínculo terapéutico y orientar de manera contingente el momento de crisis.

Tratamiento farmacológico

El primer factor a tener en cuenta para el uso de psicofármacos en el primer nivel es el prejuicio al que suele estar asociado su uso. Explicar a la persona que consulta los motivos de una intervención farmacológica facilita la adherencia al tratamiento y sensibiliza a la persona hacia un enfoque donde los padecimientos psíquicos no sean excluidos ni generadores de exclusión.

El segundo factor a tener en cuenta ante la posibilidad del uso de psicofármacos es la disponibilidad de los mismos. No todos los efectores de salud poseen un stock de medicación acorde a las demandas de la población. Analizar esta variable antes de cualquier prescripción resulta fundamental.

Por otra parte, centrándonos en el motivo de consulta, es importante tener en cuenta que si bien se utilizan los antipsicóticos como medicamentos de primera línea en el tratamiento de la esquizofrenia, se suele utilizar también medicación adyuvante perteneciente a otros grupos (como benzodiacepinas o estabilizantes del ánimo). A su vez, recordar que la estrategia terapéutica implementada no suele estar libre de efectos adversos.

Hay diferentes clasificaciones de los antipsicóticos, pero la más ampliamente aceptada es la que distingue entre típicos (AT) y atípicos (AA), en función de su perfil de seguridad y su eficacia sobre los síntomas negativos de la esquizofrenia[38].

Todos los antipsicóticos tienen un mecanismo de acción común (aunque no único): el efecto antidopáminérgico. Las diferencias entre ellos se deben a su afinidad por los distintos receptores dopaminérgicos y serotonérgicos y por otros subtipos de receptores noradrenérgicos, colinérgicos e histaminérgicos[39].

Se suele dividir a los antipsicoticos en dos grupos[40, 41]

Antipsicoticos típicos: grupo más antiguo, con un perfil de efectos adversos principalmente extrapiramidales (temblor, rigidez, acinesia) y menor efecto en el metabolismo de los hidratos de carbono y lipídico. Suelen ser económicos y de fácil acceso. Dentro de este grupos se encuentran el haloperidol, la clorpromazina, levomepromazina y prometazina.
Son eficaces para reducir la mayor parte de los síntomas positivos de la esquizofrenia (alucinaciones, delirios, conductas extrañas), y en menor medida los síntomas negativos (apatía, embotamiento afectivo, alogia, abulia), frente a los que son relativamente ineficaces.

Poseen un margen terapéutico de seguridad muy elevado.

Vías de administración: se pueden utilizar en forma oral, intramuscular de acción rápida o depósito de acción prolongada; la preparación intramuscular de acción breve es la que alcanza antes la concentración máxima. Las medicaciones de depósito son de especial utilidad en la fase de mantenimiento.

La dosis eficaz de una medicación antipsicótica está estrechamente relacionada con su afinidad por los receptores dopaminérgicos (especialmente los D2) y con su tendencia a causar efectos adversos extrapiramidales.

Antipsicoticos atípicos: grupo relativamente más moderno con respecto al anterior, presenta menor incidencia de efectos adversos extrapiramidales con mayor incidencia de efectos metabólicos (hiperglucemia y alteración del perfil lipídico). Eficaces para los síntomas positivos y negativos de la esquizofrenia. De mayor costo económico. Los más utilizados son risperidona, olanzapina, quetiapina. Además, se encuentra disponible la clozapina, que requiere controles periódicos con hemogramas. De no estar disponibles los medios para realizarlos, se desaconseja su uso. Dado que la clozapina es un antipsicótico que se utiliza en esquizofrenia resistente y otros cuadros clínicos de difícil manejo, no debería iniciarse tratamientos con este agente en el PNA. Distinto es el caso del seguimiento de pacientes ya tratados con clozapina y que se encuentren estabilizados en fase de mantenimiento, los cuales, de contarse con los medios para realizar los controles periódicos con hemogramas, pueden realizar seguimiento como cualquier paciente en el PNA.

Vías de administración: existen presentaciones para vía oral, intramuscular y de depósito, siendo estas últimas dos de elevado costo económico.

38, 39, 42 Ceruelo Bermejoa J, Garcia Rodiciob S. Antipsicóticos típicos. Antipsicóticos atípicos. Terapéutica en APS. FMC. 2007;14(10):637-47 http://www.elsevierinstituciones.com/ficherospdf/45/45v14n10a13113800pdf001.pdf (acceso Diciembre 2014)

40 Adaptado de Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la esquizofrenia y el trastorno psicótico incipiente. Fòrum de Salut Mental, coordinación. Guía de Práctica Clínica sobre la esquizofrenia y el trastorno psicótico incipiente [Versión resumida]. Madrid: Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo. Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques; 2009.

41 Tandon, R, et al, Schizophrenia, (2010) "Just the Facts". Treatment and prevention Past, present, and future, Schizophr. Res.122.

Los antipsicóticos atípicos han reemplazado en la práctica clínica actual a los convencionales. Sin embargo, no deben olvidarse su perfil de reacciones adversas, que la evidencia científica no siempre demuestra su superioridad, y su mayor coste[42].

Dado que uno de los principales efectos adversos de la clozapina es la agranulocitosis, se creó un programa de monitoreo de su uso. Previa firma de consentimiento informado, el usuario deberá cumplir con el control hematológico semanal si se encuentra dentro del período inicial de tratamiento (primeras 18 semanas) o mensual a partir de finalizada esa primera fase. Los controles mensuales continuarán hasta 1 mes después de haber terminado la terapia con clozapina. Para más información, ver Disposición Nº 935/2000, ANMAT, disponible en http://www.anmat.gov.ar/webanmat/Legislacion/Medicamentos/Disposicion_935-2000.pdf

Efectos Adversos de los medicamentos antipsicóticos

Teniendo en cuenta el perfil de efectos adversos de cada grupo, se realizarán evaluaciones periódicas. Cabe aclarar que si bien cada grupo tiene una mayor incidencia de efectos adversos particulares, no se descarta que puedan generar efectos adversos de otro tipo.

Sedación: es un efecto secundario muy común de algunos antipsicóticos. Este efecto puede estar relacionado con efectos antagonistas de estos fármacos sobre los receptores histaminérgicos, adrenérgicos y dopaminérgicos. La sedación es más pronunciada en las fases iniciales del tratamiento, ya que con la administración continuada de estos fármacos la mayoría de los pacientes desarrolla cierta tolerancia a los efectos sedantes. En el caso de los pacientes agitados, es posible que los efectos sedantes de estos fármacos en la fase inicial del tratamiento tengan alguna ventaja terapéutica. La sedación persistente, como la somnolencia diurna y pasar más horas durmiendo, pueden interferir con la función social, recreativa y laboral de las personas. La reducción de la dosis diaria, la consolidación de dosis separadas en una dosis nocturna o el cambio a un fármaco antipsicótico menos sedante puede ser eficaz para reducir la gravedad de la sedación.

Efectos adversos extrapiramidales agudos: son signos y síntomas que aparecen durante los primeros días y semanas de la administración de medicamentos antipsicóticos, son dependientes de la dosis y reversibles si se reduce la dosis del fármaco o se interrumpe por completo su administración (rigidez, temblores, acinesia, bradicinesia, distonia aguda, acatisia).
Distonía aguda: contracción espástica de grupos musculares aislados. Las reacciones distónicas se dan en un 10% de los pacientes que inician tratamiento. Los factores de riesgo

Los efectos secundarios extrapiramidales constituyen, junto con la falta de respuesta, los principales factores limitantes de los tratamientos antipsicóticos[43].

[43] Ceruelo Bermejoa J, Garcia Rodiciob S. Antipsicóticos típicos. Antipsicóticos atípicos. Terapéutica en APS. FMC. 2007;14(10):637-47 http://www.elsevierinstituciones.com/ficherospdf/45/45v14n10a13113800pdf001.pdf (acceso Diciembre 2014)

son la juventud del paciente, el sexo masculino, el empleo de medicaciones de alta potencia de bloqueo de receptores dopaminérgicos, como el haloperidol y la trifluperazina, las dosis altas y la administración intramuscular. Se produce con frecuencia después de las primeras dosis de medicación y en un 90% en los tres primeros días. Puede afectar a diversas regiones del cuerpo, pero aquejan con mayor frecuencia a los músculos del cuello, la laringe, los ojos y el torso. Responden rápidamente a la administración de medicación anticolinérgica o antihistamínica.

Acatisia: agitación somática, que se manifiesta de forma subjetiva y objetiva en un 30% de los pacientes tratados con antipsicóticos de primera generación o clásicos o típicos, los cuales pueden ser de alta o baja potencia y antipsicóticos de 2da generación. Los pacientes suelen referir una sensación interna de agitación y una necesidad irresistible de mover diversas partes del cuerpo.

Síndrome neuroléptico maligno: efecto adverso caracterizado por rigidez, hipertermia e inestabilidad del sistema nervioso autónomo, incluidas la hipertensión y la taquicardia. Se relaciona con una elevación de la concentración sérica de la creatinquinasa. La prevalencia es de menos del 1% de los pacientes tratados, y el diagnóstico se pasa por alto con cierta frecuencia y puede ser mortal en el 5-20% de los pacientes sin tratar. Su inicio puede ser repentino, a menudo en la primera semana o tras haber aumentado la dosis. Los factores de riesgo son: agitación aguda, juventud, sexo masculino, incapacidad neurológica previa, enfermedad física, deshidratación, aumento rápido de la dosis de antipsicótico, administración de fármacos de alta potencia y de preparados intramusculares. Se debe interrumpir el tratamiento con antipsicóticos y proporcionar tratamiento de apoyo para mantener la hidratación y tratar la fiebre, así como los síntomas cardiovasculares, renales y otros. Para su tratamiento se requiere, en la mayoría de los casos, el ingreso hospitalario.

Efectos adversos extrapiramidales crónicos: son signos y síntomas que aparecen al cabo de meses y años de la administración de medicamentos antipsicóticos, no dependen tan claramente de la dosis y pueden persistir tras la retirada del medicamento. El efecto adverso más común dentro de este grupo es la **discinesia tardía.**

> **Discinesia tardía:** trastorno de movimientos involuntarios anormales hipercinéticos causado por la exposición mantenida a la medicación antipsicótica. Puede afectar a la función neuromuscular en cualquier región del cuerpo, pero se observa especialmente en la región orofacial. La propia esquizofrenia puede asociarse a un riesgo de discinesia espontánea que es indistinguible de la inducida por medicación. La discinesia tardía aparece en un porcentaje anual del 4 al 8% en pacientes adultos tratados con este tipo de antipsicóticos. Los factores de riesgo son: edad avanzada, los síntomas parkinsonianos inducidos por antipsicóticos, sexo femenino combinado con estado posmenopáusico, el diagnóstico de trastorno afectivo (trastorno depresivo mayor), enfermedades médicas simultáneas (diabetes) y el empleo de dosis altas de medicación antipsicótica. La mayoría de pacientes tienen síntomas leves pero un 10% sufren síntomas de carácter moderado o intenso.

> **Distonía tardía:** una variante frecuente y grave de la discinesia tardía es la distonía tardía, que se caracteriza por la aparición de contracciones musculares espásticas en lugar de movimientos coreoatetósicos. La distonía tardía a menudo se relaciona con un mayor malestar y sensación de incomodidad física.

Efectos anticolinérgicos: sequedad de boca, visión borrosa, estreñimiento, taquicardia, retención urinaria y efectos termorreguladores. Pueden aparecer en un 10-50% de

los pacientes. Si bien en general son leves y tolerables, este tipo de efectos puede ser particularmente grave en los pacientes de edad. Los efectos anticolinérgicos resultan en alteraciones del aprendizaje y la memoria, y enlentecimiento de la cognición. Los síntomas de toxicidad anticolinérgica son la confusión, el delirio, la somnolencia y las alucinaciones.

Convulsiones: pueden reducir el umbral de convulsión y originar la aparición de convulsiones tonicoclónicas generalizadas, como la levomepromazina, clorpromazina, etc.

Alteraciones en el metabolismo de los hidratos de carbono y lípidos: es más frecuente con los atípicos. Pueden producir hiperglucemia, y llegar a desencadenar un síndrome metabólico. Revisar la presión arterial, el peso y la glucemia plasmática basal a todos los pacientes en tratamiento con antipsicóticos atípicos durante más de 12 semanas[44].

Los antipsicóticos atípicos se diferencian de los antipsicóticos típicos por una menor propensión a producir síntomas extrapiramidales, no producir, en general, un aumento en la secreción de prolactina, y un mejor control de los síntomas negativos de la esquizofrenia.

Biperideno: anticolinérgico muscarino de amplio uso como antídoto ante la aparición de efectos adversos extrapiramidales por el uso de antipsicóticos ya que produce una serie de estímulos generando una inhibición de acetilcolina dentro del sistema nervioso central, sin necesidad de pasar por la barrera hematoencefálica. Esto lo hace bloqueando los receptores de acetílcolina, la cual equilibra la actividad dopaminérgica de la sustancia negra del encéfalo. Como posibles **efectos secundarios** podemos encontrar los propios de su efecto anticolinérgico: náuseas, vómitos, midriasis, diplopía, retención urinaria. En raras ocasiones puede producir síntomas psicóticos afectivos (disforia). Su **presentación** es de 2 mg comprimidos vía oral (tratamiento de mantenimiento) o intramuscular (de utilización ante síntomas extrapiramidales agudos.

[44] Bermejoa J, Sansoles Garcia. Antipsicóticos típicos. Antipsicóticos atípicos. Terapéutica en APS. FMC. 2007;14(10):637-47 http://www.elsevierinstituciones.com/ficherospdf/45/45v14n10a13113800pdf001.pdf (acceso Diciembre 2014)

GLOSARIO:
se denomina sindrome metabolico a la presencia de tres o mas de los siguientes parametros a) obesidad abdominal (perimetro abdominal > 102 cm en varones y > 88 cm. en mujeres), b) hipertrigliceridemia (triglicéridos séricos ≥ 150 mg/dl), c) concentración baja de colesterol unido a lipoproteínas de alta densidad (HDLc < 40 mg/dl en varones y < 50 mg/dl en mujeres), < 50 mg/dl en mujeres), d) presión arterial elevada (130/85 mmHg) o e) glucemia en ayunas elevada (> o = a 110 mg/dl).

Tabla 1 - Antipsicóticos Típicos y Atípicos

Medicación >= a 110	Haloperidol (antipsicótico típico)	Clorpromazina (antipsicótico típico)	Risperidona (antipsicótico atípico)
Dosis terapéutica Inicial (mg)	1,5-3mg	75 mg	2 mg
Dosis terapéutica Efectiva	3-20 mg/día	75-300 mg/día	4-6 mg
Vía de Administración	Oral/ Intramuscular (episodio agudo) Intramuscular (medicación de depósito, fase mantenimiento)	Oral/Intramuscular (episodio agudo como coadyuvante)	Oral / Intramuscular (medicación de depósito, fase mantenimiento)
Sedación	+	+++	+
Dificultad Urinaria	+	+	Raro
Hipotensión Ortostática	++	+++	+
Síndrome Neuroléptico Maligno	Raro	Raro	+
Disquinesia Tardía	+	+	+
Cambios en Electrocardiograma	+	+	+
Contraindicaciones	Alteración de la conciencia Depresión Médula ósea Feocromocitoma Enfermedad de ganglios basales	Alteración de la conciencia Depresión Médula ósea Feocromocitoma	Personas con demencia, a menos que se monitoree cuidadosamente signos o síntomas de accidente vascular encefálico.

+ leve ++ moderado +++ intenso

Fuente: Adaptado de Sepulveda R. Minoletti A. Psicosis. Manual de salud mental para trabajadores de atención Primaria. Serie Paltex para técnicos medios y auxiliares. Washington DC. Organización Panamericana de la Salud. 2013

Criterios de derivación

Delimitado el motivo de consulta, realizado el diagnóstico situacional y valorada la contención familiar, se evaluará la necesidad de derivación. La derivación no debería ser pensada a una

especialidad determinada, sino a un equipo interdisciplinario de salud mental, integrado por diferentes especialidades.

Se debe tener en cuenta que un caudal importante de consultas que se reciben y atienden en el primer nivel son pacientes derivados de otros niveles de atención, hospital general u hospital especializado, u otros dispositivos de atención, para hacer el seguimiento y continuar tratamiento en el efector público más cercano a su domicilio o área de residencia, tal como indica la Ley Nacional de Salud Mental.

Muchas de las personas que consultan pueden, entonces, tener sintomatología crónica (como el caso de las alucinaciones) que no afecten su desempeño cotidiano, independientemente de la efectividad de los abordajes propuestos. Tener en cuenta este factor ayudará a distinguirlos de posibles síntomas de recaída.

Los síntomas de recaída

1) Falta de cumplimiento del tratamiento.
2) Insomnio, disminución del apetito.
3) Aumento de la ansiedad, irritabilidad, disminución de la atención.
4) Exacerbacion de la tendencia al aislamiento, disminución de las actividades sociales recuperadas.
5) Aumento de la intensidad de alucinaciones acústico verbales y/o ideación delirante.
6) Inicio o recaída de consumo de sustancias psicoactivas.
7) Cambio de conducta percibido por familiares o personas allegadas.

Se deberá considerar una derivación ante:

1) Solicitud del paciente, dentro de las posibilidades de atención del efector.

2) Superado el momento de la consulta inicial y **cuando el profesional consultado considere pertinente,** a fin de iniciar un tratamiento desde un enfoque especializado.

3) Presentación sintomática compleja: algunas presentaciones requieren un abordaje especializado en un segundo nivel de atención, por ejemplo si la sintomatología ha producido daño físico de la persona (por ejemplo, lesión del aparato digestivo debido a consumo de sustancias no comestibles a consecuencia de alucinaciones acústico verbales). Se debe tener en cuenta que la situación sintomática compleja puede aparecer no solo como situación inicial, sino identificarse luego de tentativas terapéuticas sin respuesta o respuesta parcial insuficiente para la continuación del tratamiento en el PNA (por ejemplo persistencia de los síntomas intensos luego de ajustar el esquema de medicación, o empeoramiento de síntomas intensos al iniciar la terapéutica).

4) Riesgo cierto e inminente para sí y para terceros: es un criterio de internación, el cual se puede manifestar de múltiples maneras, desde alucinaciones que condicionan la conducta de la persona hasta ideación delirante que lleve a la persona a tomar

acciones contra terceros. También la presencia de ideas de muerte con plan suicida.

5) Intoxicación aguda y severa con sustancias psicoactivas y/o efectos adversos graves de la medicación indicada.

Tabla 2 - Criterios de derivación

Condiciones clínicas	Nivel de atención
Toda persona sin otras condiciones mentales ni físicas concomitantes	Equipo de Salud en atención primaria
Baja respuesta al tratamiento o baja adherencia al mismo; efectos colaterales intolerables del tratamiento farmacológico propuesto.	Equipo de Salud en atención primaria, con apoyo de interconsulta especializada efectuada por equipo de salud mental en nivel secundario
Trastorno Conductual significativo, persistencia de síntomas severos, condiciones concomitantes graves	Equipo de Salud ambulatorio en nivel secundario (evaluar Hospital de Día)
Riesgo cierto e inminente para si o para terceros, rechazo de tratamiento en ese contexto y sin red de apoyo	Hospitalización

Fuente: Adaptado de Sepulveda R. Minoletti A. Psicosis. Manual de salud mental para trabajadores de atención Primaria. Serie Paltex para técnicos medios y auxiliares. Washington DC. Organización Panamericana de la Salud. 2013

Ejercicio 2 de Comprensión y Aplicación

Reflexione y resuelva las preguntas acerca de las situaciones clínicas que se presentan a continuación.

> Mario, 14 años.

Es acompañado a la consulta por su madre Liliana ya que presenta timidez y retraimiento social. Según comenta Liliana, desde la infancia ha sido de esta manera, pero empieza a preocuparle la falta de amistades en la adolescencia. Luego de un momento inicial donde Mario responde con monosílabos, se muestra predispuesto a colaborar con usted, brindando información de forma espontánea y solicitando que su mamá se retire del consultorio. Disfruta jugar al fútbol con sus hermanos tiene 2 hermanos mayores y una hermana menor, y conviven todos juntos en dos habitaciones contiguas en un hotel ubicado en la zona del centro de salud. Al conversar con Mario, refiere que no consume alcohol ni sustancias psicoactivas, que le va bien en el colegio y que desea ir a la facultad.

Usted revisa la historia clínica y Mario consultó este año 3 veces por tos, catarro de vías aéreas superiores y faringitis. El carnet de vacunas está completo para la edad.

1er. Paso Defina los problemas de salud que presenta Mario en esta consulta. ¿Existe algún problema de salud mental al momento de la consulta?

.....

.....

.....

¿Realizaría examen físico? ¿Qué vacunas deben figurar en su carnet?

.....

.....

.....

¿Solicitaría estudios complementarios?

.....

.....

.....

2do. Paso ¿Cuáles serían los objetivos terapéuticos con este paciente?

.....

.....

.....

3er. Paso ¿Qué conducta terapéutica adoptaría para conseguir los mismos?

.....

.....

.....

4to. Paso Realice la prescripción.

.....

.....

.....

Utilizando la CEPS-AP codifique el problema de salud/motivo de consulta de Mario

Diagnóstico	CEPS-AP		

.....

.....

.....

5to. Paso De instrucciones al paciente y a su familia.

.....

.....

.....

6to. Paso ¿Cómo va a realizar el seguimiento de Mario? Liliana está preocupada ¿Que le responde ante sus inquietudes?

.....

.....

.....

> Lucía, 17 años.

Concurre en compañía de sus padres y hermanos. Con gran preocupación comentan que, mientras se dirigían al centro, ha intentado arrojarse debajo de un colectivo que circulaba por la zona. En la entrevista se la observa inquieta, no lo mira a usted, dirige su mirada hacia los costados; musita al realizar esta acción. Los padres refieren que desde hace dos meses ha comenzado con dificultades en el colegio (actualmente se encuentra cursando primer año, dado que ha abandonado la escolaridad, retomándola recientemente) tanto a nivel académico como de conducta. A su vez, ha comenzado a concurrir a diferentes iglesias, en busca de "los misterios de la vida". Refiere la voz de un ángel que la incita a terminar con su existencia, a fin de transcender a una nueva vida.

1er. Paso Defina los problemas de salud que presenta Lucía en esta consulta. ¿Existe algún problema de salud mental al momento de la consulta?

.....

.....

.....

¿Realizaría examen físico?

.....

.....

.....

¿Solicitaría estudios complementarios?

.....

.....

.....

2do. Paso ¿Cuáles serían los objetivos terapéuticos con este paciente?

.....

.....

.....

3er. Paso ¿Qué conducta terapéutica adoptaría para conseguir los mismos?

.....

.....

.....

4to. Paso Realice la prescripción.

.....

.....

.....

Utilizando la CEPS-AP codifique el problema de salud/motivo de consulta de Lucía.

Diagnóstico	CEPS-AP		

.....

.....

.....

5to. Paso De instrucciones al paciente y a su familia.

.....

.....

.....

6to. Paso ¿Cómo va a realizar el seguimiento del tratamiento?

.....

.....

.....

> Luis, 19 años.

Concurre al centro acompañado por su madre Elena. Refieren que Luis desea continuar tratamiento ambulatorio en el centro luego de haber estado internado durante dos meses en un servicio de un hospital monovalente. Según comenta Elena, el motivo de dicha internación fue un cambio brusco en su conducta, que incluyo el comerse una pila adrede. Al preguntarle al paciente sobre este asunto, comenta que sin motivo aparente y de forma súbita, sintió la necesidad de cometer esta acción. Como antecedentes de Luis, Elena le comenta que el parto requirió asistencia con fórceps, repitió primer año del secundario, cursando el segundo con algunas dificultades. Luis refiere que tiene pocos amigos y en los últimos meses, solamente se comunicó con ellos a través de redes sociales. Antes de la internación su grupo de amigos era muy extenso.

Al momento de la consulta refiere malestar corporal generalizado, "como si tuviera electricidad en el

cuerpo, no me puedo quedar quieto" (sic), astenia y adinamia. Niega alteraciones en la sensopercepción. Presenta temblor fino distal y rigidez de miembros superiores. El esquema de medicación es:

	M	T	N
Haloperidol 10 mg	1/2	1/2	1
Lorazepam 2,5 mg	1/2	1/2	1
Prometazina 25 mg	-	-	1

1er. Paso Defina los problemas de salud que presenta Luis en esta consulta. ¿Existe algún problema de salud mental al momento de la consulta?

.....

.....

.....

¿Realizaría examen físico?

.....

.....

.....

¿Solicitaría estudios complementarios?

.....

.....

.....

2do. Paso ¿Cuáles serían los objetivos terapéuticos con este paciente?

.....

.....

.....

3er. Paso ¿Qué conducta terapéutica adoptaría para conseguir los mismos?

.....

.....

.....

4to. Paso Realice la prescripción.

.....

.....

.....

Utilizando la CEPS-AP codifique el problema de salud/motivo de consulta de Luís.

Diagnóstico	CEPS-AP		

.....

.....

.....

5to. Paso De instrucciones al paciente y a su familia.

.....

.....

.....

6to. Paso ¿Cómo va a realizar el seguimiento del tratamiento?

.....

.....

.....

3 Trastornos del estado de ánimo

> Depresión y distimia

Los trastornos depresivos provocan un deterioro importante de la calidad de vida y son la principal causa de años de vida perdidos por muerte prematura o discapacidad (AVAD) con respecto a todas las enfermedades[45].

Se estima que, junto con la obesidad, la depresión es una de las patologías más frecuentes de este siglo. Su prevalencia aumenta con la edad, y llega al 10% en mayores de 65 años y al 20% en mayores de 80 años. Se calcula que el 15% de los pacientes con depresión puede llegar al suicidio[46].

La depresión se caracteriza por:

> Presencia de un ánimo deprimido.
> Pérdida del interés o de la capacidad para sentir placer.
> Manifestación de otros síntomas como por ejemplo pérdida de peso, trastornos del sueño, pérdida de energía, falta de concentración, pensamientos de muerte o ideación suicida, entre otros.
> Presencia de los síntomas por al menos durante 2 semanas[47].

Muchas personas con depresión sufren además síntomas ansiosos y síntomas somáticos que no tienen una explicación física[48].

La distimia, por su parte, se caracteriza fundamentalmente por la presencia de un ánimo triste pero por un tiempo más prolongado que en la depresión, mínimo durante dos años. La capacidad para el placer y el interés están conservados en estos pacientes, quienes además no presentan, como en la depresión, ideas suicidas o pensamientos recurrentes de muerte.

La consulta de personas con distimia o depresión en el primer nivel de atención es muy frecuente y generalmente está asociada a síntomas somáticos. Dichos síntomas no se reconocen, muchas veces, dentro del contexto de un síndrome depresivo, tendiendo estas entidades a estar subdiagnosticadas en atención primaria.

45 Minoletti A. Seúlveda R.(2013) Depresión. Manual de salud mental para trabajadores de atención Primaria. Serie Paltex para técnicos medios y auxiliares. Washington DC. Organización Panamericana de la Salud. *Nota: el término depresión y depresión mayor se utilizan como sinónimos.

46, 47 Botargues M. Kuten E. (2008) Depresión, Ansiedad e insomnio. Capítulo 6. En PROFAM: Salud Mental. Rubinstein E. Zarate M y coll. 3era edición. Buenos Aires: Fundación MF: Para el desarrollo de la Medicina Familiar y la Atención Primaria de la Salud.

48 Minoletti A. Seúlveda R.(2013) Depresión. Manual de salud mental para trabajadores de atención Primaria. Serie Paltex para técnicos medios y auxiliares. Washington DC. Organización Panamericana de la Salud.

Dada la existencia de tratamientos farmacológicos e intervenciones terapéuticas efectivas, es importante un mayor reconocimiento y tratamiento adecuado de estos trastornos en el primer nivel de atención, ya que el tratamiento apropiado puede contribuir a mejorar la calidad de vida de esta población, disminuir la discapacidad que producen y mejorar el pronóstico de las enfermedades físicas concomitantes[49].

Criterios diagnósticos

Entre los principales trastornos depresivos, el DSM IV o el capítulo 5 del CIE-10 menciona al:

> Trastorno Depresivo Mayor.
> Trastorno Depresivo Crónico (distimia).
> Trastornos depresivos no especificados.

Trastorno Depresivo Mayor: se caracteriza por la presencia de al menos cinco de los criterios que se enumeran a continuación, de los cuales un estado de ánimo deprimido o pérdida de interés o placer siempre deben estar presentes.

Estos criterios deben presentarse al menos durante un período de dos semanas y deben representar un cambio importante respecto a la actividad previa a la aparición de estos síntomas.

1) Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según refiere el paciente (por ejemplo, se siente triste, vacío, sin esperanza) u otras personas (por ejemplo, se le ve lloroso). En niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable. Este criterio debe estar siempre presente para hacer el diagnóstico.

2) Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días.

3) Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso (por ejemplo, modificación de más del 5% del peso corporal en un mes) o disminución o aumento del apetito casi todos los días. En los niños, considerar el fracaso para el aumento de peso esperado.

4) Insomnio o hipersomnia casi todos los días.

5) Agitación o retraso psicomotor casi todos los días.

6) Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.

7) Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente el autorreproche o culpa por estar enfermo).

8) Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días.

9) Pensamientos de muerte recurrentes (no sólo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.

Además es necesario:

1) Que los síntomas causen malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

2) Que el episodio no pueda atribuirse a los efectos de una sustancia o una enfermedad médica.

3) Distinguir que el episodio de depresión mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.

4) Registrar que nunca haya habido un episodio maníaco o hipomaníaco.

Debe considerarse que el episodio depresivo puede ser en realidad la fase depresiva de una enfermedad bipolar no diagnosticada aún. Para hacer un diagnóstico y tratamiento correcto debe efectuarse un buen interrogatorio preguntando al paciente por antecedentes de síntomas de manía o euforia no justificada.

Las respuestas a una pérdida significativa (por ejemplo, duelo, ruina económica, pérdidas debidas a una catástrofe natural, una enfermedad o discapacidad grave) se pueden presentar con los mismos sentimientos que la depresión mayor y pueden simular un episodio depresivo. Aunque estos síntomas pueden ser comprensibles o considerarse apropiados a la pérdida, también se debería pensar atentamente en la presencia de un episodio de depresión mayor además de la respuesta normal a una pérdida significativa. Esta decisión requiere inevitablemente el criterio clínico basado en la historia del individuo y en las normas culturales para la expresión del malestar en el contexto de la pérdida[50].

> La clásica diferenciación en depresión endógena o reactiva hoy ha perdido significación ya que dichos términos corresponden a una clasificación antigua que dividía los trastornos depresivos en función de su origen o causa. El término "depresión atípica" también tiene un significado histórico, es decir, se utilizaba el término atípico en contraposición con las presentaciones más clásicas de depresión agitada, "endógena", que eran la norma. Actualmente no connota una presentación clínica inhabitual o inusual como el término podría implicar[51].

Trastorno depresivo persistente (distimia): se caracteriza por un estado de ánimo crónicamente deprimido durante un mínimo de dos años. En niños y adolescentes, el tiempo mínimo es un año y también puede ser un ánimo irritable.

Además tienen que estar presentes dos o más de los siguientes síntomas:

1) Poco apetito o sobrealimentación.
2) Insomnio o hipersomnia.
3) Poca energía o fatiga.
4) Baja autoestima.
5) Falta de concentración o dificultad para tomar decisiones.
6) Sentimientos de desesperanza.

Para hacer diagnóstico de este trastorno los síntomas no deben estar ausentes por más de dos meses seguidos, no tienen que estar causados por otros trastornos mentales (por ejemplo, esquizofrenia), ni ser atribuibles al consumo de sustancias o medicamentos o a una condición médica. No debe haber antecedentes de episodios maníacos o hipomaníacos. Estos síntomas deben causar malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o en otras áreas importantes.

49, 50, 51 AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM V. 2013 http://www.dsm5.org

[52] American Psychiatric Association (APA). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM V. 2013 http://www.dsm5.org

En la distimia el tiempo de evolución de los síntomas es más prolongado que en la depresión (2 años mínimo) y el principal síntoma es el ánimo triste, pero sin pérdida del interés o la capacidad para el placer. Tampoco hay ideas suicidas o ideas recurrentes de muerte.

Trastornos depresivos no especificados: anteriormente conocidos como depresión menor o trastornos subumbrales. Engloba un grupo importante de pacientes que presentan síntomas depresivos que causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen los criterios de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica de los trastornos depresivos del DSM-V[52].

Presentación clínica

Si bien la depresión se asocia con tristeza, la mayoría de los pacientes no la refieren y sí describen sensaciones de desesperanza, desánimo, "sensación de vacío" o de "estar en un pozo".

Los pacientes con depresión suelen presentar también síntomas de ansiedad y múltiples quejas somáticas que frecuentemente son las que lo llevan a consultar con el médico de atención primaria.

Entre estas quejas los síntomas más frecuentes son:

> Dolores de cabeza.
> Síntomas digestivos.
> Dolores lumbares.
> Dolores precordiales.
> Astenia.
> Trastornos del sueño.

Evaluación diagnóstica

Ante un paciente con síntomas depresivos: evalúe la presencia de otras enfermedades orgánicas concomitantes que puedan ocasionar una depresión secundaria a la misma.

Estudios complementarios: Se recomienda la realización de un laboratorio mínimo que incluya:

> TSH para descartar trastornos tiroides.
> Hemograma especialmente en los pacientes que consultan por astenia u otros síntomas físicos específicos.

Descartar que no se trate de una **enfermedad bipolar**[53]. La depresión bipolar es probable si el paciente o un familiar refiere que ha presentado en algún momento previo un cuadro de por lo menos una semana de duración con el ánimo extremadamente elevado, expansivo o irritable, "aceleramiento", inquietud, grandiosidad o sobrevaloración de sí mismo, menor necesidad de sueño o que tuvo pérdida de las inhibiciones sociales habituales. Si se sospecha un cuadro bipolar el manejo de la depresión debe ser realizado por un especialista.

Evaluar causas secundarias[54]**:**

> Cardiovasculares: enfermedad coronaria, infarto agudo de miocardio, posquirúrgico de by pass aortocoronario.
> Endócrinas: hiper o hipotiroidismo, diabetes, hipercalcemia.
> Infecciosas: hepatitis, mononucleosis, tuberculosis.
> Nutricionales: déficit de B12 o tiamina.
> Neoplásicas: linfoma, cáncer de páncreas, tumores cerebrales.
> Neurológicas: enfermedad de Parkinson.
> Drogas: cocaína, corticoides, anticonceptivos.
> Situacionales: depresión posparto, climaterio.

Determinar también si existe riesgo de suicidio:

Riesgo	Conducta
Leve	Solo ganas de morir
Moderado	Ganas de morir con esbozo de planificación
Grave	Decisión de morir, con planificación exhaustiva para su concreción, con un método concreto para llevarla a cabo

Según el riesgo evalúe realizar una interconsulta urgente con especialista. Reevalúe frecuentemente (por ejemplo, una vez por semana) al paciente. Para evitar sobredosis en personas que están en riesgo inminente de autolesión asegúrese que los mismos solo tengan acceso a una limitada provisión de fármacos antidepresivos.

En caso de riesgo, indique antidepresivos inhibidores de la recaptación de serotonina (IRSS) y no considere prescribir antidepresivos tricíclicos, ya que éstos últimos tienen complicaciones más graves en caso de sobredosis. La necesidad de controles frecuentes y brindar pautas de alarma está justificada además por el eventual efecto activante que pueden generar los antidepresivos, con la posibilidad de actuar ideas o fantasías autolesivas.

Determinar si la depresión tiene características psicóticas: evaluar la presencia de alucinaciones, ideas delirantes, lenguaje incoherente o conducta muy desorganizada. Si se sospecha una depresión con características psicóticas el manejo de la misma debe ser realizado por un especialista.

Considerar la posibilidad de un trastorno por consumo de alcohol o drogas: preguntar directamente a la persona sobre sus hábitos de consumo de sustancias. Si existe abuso o dependencia del alcohol u otras drogas se debe realizar manejo conjunto para la depresión y para el trastorno por consumo.

[53, 54] Minoletti A. Seúlveda R. (2013) Depresión. Manual de salud mental para trabajadores de atención Primaria. Serie Paltex para técnicos medios y auxiliares. Washington DC. Organización Panamericana de la Salud.

El diagnóstico de depresión es difícil de aceptar para muchos pacientes. Por lo general, tienden a negar que estén deprimidos debido al mito de que la depresión es una debilidad del carácter o del ánimo, al temor de que no sea tratable o de que vayan a depender de una medicación para siempre si comienzan con un tratamiento con psicofármacos. Es importante tomarse el tiempo para informarles que la depresión es una enfermedad y es tratable, que existe una predisposición genética a tenerla (antecedentes familiares), que las drogas antidepresivas no producen dependencia y que la mayoría de los pacientes responden muy bien al tratamiento.

Abordaje

El tratamiento de los pacientes con síntomas depresivos comprende fundamentalmente dos aspectos: la psicoterapia y el tratamiento farmacológico. El abordaje inicial también comprende psicoeducación para el paciente y su familia[55].

Es importante ayudar a que el paciente y su familia puedan comprender que:

> La depresión es un problema muy frecuente que le puede ocurrir a cualquier persona.

> Las personas que están deprimidas tienden a tener opiniones negativas e irreales sobre sí mismas que no son modificables con frases agradables o refutaciones optimistas.

> Es posible un tratamiento efectivo, pero debe tenerse en cuenta que transcurren por lo menos 3 semanas antes de que el tratamiento farmacológico pueda reducir los síntomas.

> Lograr la adherencia al tratamiento psicofarmacológico y psicoterapéutico es un paso fundamental para la compensación de los síntomas.

Es necesario motivar a las personas con depresión para que en la medida de lo posible:

> Continúen con las actividades que solían ser interesantes o placenteras aunque sientan que en este momento no lo son.

> Mantengan un ciclo de sueño regular (acostarse a la misma hora todas las noches, evitar dormir en exceso).

> Realicen actividad física en forma regular.

> Participen en las actividades sociales habituales.

> Continúen atendiendo los problemas de salud física (especialmente en las personas mayores y personas con enfermedades crónicas).

La psicoterapia está indicada como primera línea de tratamiento para depresiones leves, siendo las terapias cognitivo conductuales las opciones más estudiadas para estos casos.

Ante un paciente que reúne los criterios para depresión mayor o distimia la primera línea de tratamiento es un tratamiento combinado farmacológico y de psicoterapia[56]. Sin embargo, puede considerarse realizar únicamente tratamiento farmacológico o psicoterapia, según preferencias del paciente, tratamientos previos, comorbilidades y costos.

[55] Minoletti A. Seúlveda R. (2013) Depresión. Manual de salud mental para trabajadores de atención Primaria. Serie Paltex para técnicos medios y auxiliares. Washington DC. Organización Panamericana de la Salud.

[56] Katon W, Ciechanowski P.(2014) Unipolar major depression in adults: Choosing initial treatment. UptoDate.

Tratamiento Farmacológico

La primera línea de tratamiento para la depresión mayor son los antidepresivos inhibidores de la recaptación de serotonina (IRSS)[57, 58].

Otras alternativas pueden ser los inhibidores duales de la receptación de serotonina y noradrenalina y los antidepresivos tricíclicos. Si bien todos los antidepresivos presentan perfiles de eficacia similares, los antidepresivos tricíclicos quedan relegados a una segunda línea de tratamiento por su perfil de efectos adversos. La principal ventaja de los inhibidores de la recaptación de serotonina sobre antidepresivos tricíclicos es la menor incidencia de efectos anticolinérgicos y la ausencia de cardiotoxicidad severa.

La elección de la droga para iniciar tratamiento dependerá fundamentalmente del perfil de efectos adversos y de los costos. Según la evidencia actual la sertralina es la más utilizada por su relación costo-efectivo[59]. El escitalopram también puede considerarse como droga de elección dada su efectividad y perfil de seguridad[60].

Inhibidores de la recaptación de serotonina (IRSS)

Los inhibidores de la recaptación de serotonina más utilizados son:

> Fluoxetina.
> Sertralina.
> Paroxetina.
> Citalopram.
> Escitalopram.

Efectos adversos de los IRSS: náuseas, molestias abdominales, diarrea, cefalea, insomnio y agitación e irritabilidad (ansiedad paradójica) y disfunciones sexuales. Estos efectos adversos son dosis dependientes y generalmente van disminuyendo luego de la primera semana de tratamiento. Las disfunciones sexuales son un efecto adverso muy común de duración más prolongada. Los pacientes pueden referir disminución de la libido, anorgasmia o eyaculación retardada.

Fluoxetina puede tener un efecto **más estimulante** sobre el sistema nervioso central con mayor tendencia a producir insomnio y agitación en comparación con otros IRSS. También puede presentar más interacciones medicamentosas con otras drogas (ej. clopidogrel).

Paroxetina tiene un efecto **más sedativo** (por lo que podría indicarse por la noche y mejorar el insomnio si hubiere) y algunos efectos anticolinérgicos.

Sertralina es más propensa a producir diarrea y también tener un efecto estimulante.

La fluoxetina y la sertralina se denominan IRSS no sedantes.

57 Katon W, Ciechanowski P. (2014) Unipolar major depression in adults: Choosing initial treatment. UptoDate.

58 Minoletti A. Seúlveda R. (2013) Depresión. Manual de salud mental para trabajadores de atención Primaria. Serie Paltex para técnicos medios y auxiliares. Washington DC. Organización Panamericana de la Salud.

59 Cipriani A. La Ferla T y coll. Sertralina versus otros agentes antidepresivos para la depresión. Revision Cochrane traducida. En: Biblioteca Cochrane Plus 2009 Número 3.

60 Katon W, Ciechanowski P. (2014) Unipolar major depression in adults: Choosing initial treatment. UptoDate.

[61] Botargues M. (2007) Ansiedad. Sección 5, capítulo 37. En Rubinstein A y Terrasa S. Medicina Familiar y Práctica Ambulatoria. 2da Edición. Buenos Aires. Argentina.

[62, 63] Minoletti A. Seúlveda R. (2013) Depresión. Manual de salud mental para trabajadores de atención Primaria. Serie Paltex para técnicos medios y auxiliares. Washington DC. Organización Panamericana de la Salud.

Citalopram y escitalopram: este último presenta una eficacia superior en comparación con el citalopram, un comienzo de acción más temprano y un perfil de efectos adversos más favorable. Ambas presentan menores interacciones con otras drogas que los IRSS anteriormente mencionados.

Tabla 3 - Dosis recomendadas de los IRSS[61]:

Droga	Dosis diaria inicial	Rango dosis diario
Fluoxetina	10 mg	20-60 mg
Sertralina	25 mg	50-200 mg
Paroxetina	10 mg	20-60 mg
Citalopram	10-20 mg	20-60 mg
Escitalopram	5-10 mg	10-30 mg

Todas presentan una **latencia en el inicio del efecto de 4 semanas** aproximadamente. Se recomienda iniciar con una dosis baja para generar tolerancia a los efectos adversos y citar a los pacientes a las 2 semanas de iniciado el tratamiento para evaluar la presencia de los mismos y su tolerancia e ir aumentando gradualmente la dosis.

Si con el tratamiento con IRSS surgen síntomas de ansiedad marcada inicialmente puede considerarse el uso concomitante de una benzodiacepina durante una semana (por ejemplo, diazepam 5-10 mg/d)[62].

Se recomienda explicar al inicio del tratamiento que los efectos adversos son muy comunes pero transitorios. Es importante trasmitir este concepto al paciente para evitar que pueda comprometerse la adherencia al tratamiento.

Si luego de 6 semanas de tratamiento no hay mejoría o solo mejoría parcial (de las cuales al menos 2 fueron con las dosis máximas):

> Revisar el diagnóstico (incluyendo los diagnósticos de comorbilidad).

> Verificar la adherencia al tratamiento.

> Considerar cambiar a otro antidepresivo, disminuyendo la dosis del primer antidepresivo gradualmente hasta suspender en el curso de una semana, esperar 4 días antes de iniciar el segundo antidepresivo[63].

Antidepresivos tricíclicos

Las ventajas que presentan estas drogas son su eficacia y seguridad probadas a largo plazo y su menor costo. Entre sus desventajas se encuentran sus efectos adversos, que hacen aumentar los costos indirectamente al aumentar el número de consultas médicas que se realizan y los dificultades que presentan respecto a la adherencia.

Efectos adversos de los antidepresivos tricíclicos: sedación, efectos anticolinérgicos y los cardiovasculares.

Tabla 4 - Efectos adversos y contraindicaciones de los antidepreseivos tricíclicos

Efectos	Efectos adversos	Riesgos	Contraindicaciones
Ojos (bloqueo colinérgico)	Visión borrosa, trastornos de la acomodación	Glaucoma de ángulo estrecho	Glaucoma de ángulo estrecho
Piel y mucosas (bloqueo colinérgico)	Boca y piel secas	Aftas, caries, hiperpirexia	
Cardiovascular (efectos anticolinérgico y bloqueo alfa adrenérgico alfa 1)	Taquicardia, bloqueo A-V palpitaciones, prolongoción del QT, hipotensión postural	Fibrilación, infarto,mareos, desmayos	Trastornos cardíacos severos o recientes Usar con precaución en ancianos
Gastrointestinal (bloqueo colinérgico)	Disminución del tono, motilidad y secreción gatrointestinal	Dispepsia, constipación, bolo fecal Náuseas y vómitos	Usar con precaución en ancianos
Génitourinario (bloqueo colinérgico y otros)	Reducción del tono del detrusor y aumento del tono del esfinter vesical	Dificultad en la micción, retención urinaria, impotencia, retardo de la eyaculación	Hipertrofia prostática. Usar con precaución en ancianos
Sistema nervioso central (SNC)(bloqueo de los respectores de histamina H1 y otros)	Exitación del SNC. Perturbaciones de la atención y la memoria, sedación, aumento de peso	Ansiedad, confusión, delírio, alucinaciones, convulciones, coma	Usar con precaución en ancianos o en personas con enfermedades predisponentes a los efectos adversos Disminución de la adherencia

Fuente: Botargues M. Kuten E. Depresión, Ansiedad e insomnio. Capítulo 6 . En PROFAM: Salud Mental. Rubinstein E. Zarate M y coll. 3era edición. Buenos Aires: Fundación MF: Para el desarrollo de la Medicina Familiar y la Atención Primaria de la Salud. 2008

Tabla 5 - Efectos adversos de los antidepresivos

Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (Por ejemplo fluoxetina)	Antidepresivos tricíclicos (Por ejemplo amitriptilina)
Efectos secundarios graves (son inusuales): > Inquietud marcada/ prolongada (impulso irrefrenable de moverse continuamente o incapacidad de permanecer quieto), > Alteraciones de coagulación en aquellas personas que usan regularmente aspirina y otros medicamentos anti-inflamatorios no esteroides.	**Efectos secundarios graves (son inusuales):** > Arritmia cardíaca
Efectos secundarios comunes: La mayoría de los efectos secundarios comunes disminuyen después e algunos días; ninguno es permanente. Se pueden reportar los siguientes: inquietud, nerviosismo, insomnio, anorexia y molestias gastrointestinales, dolor de cabeza y disfunción sexual.	**Efectos secundarios comunes:** La mayoría de los efectos secundarios mas comunes disminuyen después de algunos días; ninguno es permanente. Se pueden reportar los siguientes: hipotensión ortostática (riesgo de caída), boca seca, estreñimiento, dificultad para orinar, mareo, visión borrosa y sedación.
Precauciones: Riesgo de provocar manía en personas con trastorno bipolar.	**Precauciones:** > Riesgo de pasar a manía, especialmente en personas con trastorno bipolar, > Alteración de la capacidad para realizar ciertas tareas que requieren destreza (por ejemplo: conducir un automóvil) hasta que la persona se acostumbre al medicamento, > Riesgo de autolesión (mortal en sobredosis), > Si se da a consumidores regulares de alcohol es menos efectivo y la sedación es más fuerte.

Fuente: Minoletti A. Seúlveda R. Depresión. Manual de salud mental para trabajadores de atención Primaria. Serie Paltex para técnicos medios y auxiliares. Washington DC. Organización Panamericana de la Salud. 2013

Tabla 6 – Principales dosis y modo de administración de los antidepresivos

Fármacos	Dosis diaria inicial en mg	Tomas diarias	Rango diario en mg
Amitriptilina (*)	25 a 50	1 a 3	100 a 300
Nortriptilina (*)	25	1 a 3	50 a 150
Fluoxetina	10	1 de mañana	20 a 60
Sertralina	25	1	50 a 200
Paroxetina	10	1	20 a 60
Citalopram	10 a 20	1	20 a 60
Escitalopram	5 a10	1	10 a 30
Venlafaxina	25	2	75 a 300
Venlafaxina Venlafaxina XR (**)	37,5	1	75 a 300

(*) Las dosis informadas corresponden a las recomendadas en los Estados unidos.
(**) Es una presentación diferente de la venlafaxina.

Fuente: Botargues M. Bernstein J. Depresión, distimia y trastornos subumbral. Sección 5, capítulo 39. En Rubinstein A y Terrasa S. Medicina Familiar y Práctica Ambulatoria. 2da Edición. Buenos Aires. Argentina. 2007

Seguimiento

El tratamiento con antidepresivos debe extenderse de 6 a 9 meses luego de que la persona ya no tenga síntomas o tenga síntomas mínimos y haya podido realizar sus tareas habituales durante ese período. Para retirarlos, se debe reducir gradualmente la dosis por lo menos durante un período de 4 semanas hasta suspender.

Al retirar los antidepresivos pueden presentarse síntomas de discontinuación, estos son generalmente leves y transitorios (mareos, hormigueo, ansiedad, fatiga, dolor de cabeza, náuseas).

Realice seguimiento ante la posibilidad de recaídas.

Los médicos de atención primaria deben reconocer, diagnosticar y tratar la depresión ya que es una enfermedad que genera una gran morbimortalidad y que suele estar subdiagnosticada.

> Trastorno bipolar

El trastorno bipolar, también conocido como **enfermedad maníaco depresiva,** es una enfermedad crónica que se caracteriza por episodios recurrentes de alteración significativa en el estado de ánimo y la actividad de la persona. Quien padece este trastorno sufre **grandes cambios en el estado de ánimo** pudiendo pasar desde una gran euforia hasta una profunda depresión.

Tiene una prevalencia de 1.4% en América Latina y el Caribe, siendo similar en ambos sexos. Puede presentarse a cualquier edad, pero lo más frecuente es que su inicio ocurra antes de los 30 años[64]. En su génesis intervienen factores genéticos[65].

Alrededor del 15% de las personas que presentan depresión pueden en realidad estar atravesando la fase depresiva de una enfermedad bipolar. En general, los episodios depresivos de los trastornos bipolares se inician a edades más tempranas que las depresiones mayores. Estos pacientes con trastorno bipolar presentan mayor número de recaídas, antecedentes familiares de esta enfermedad y un mayor riesgo de suicidio[66].

Según la OMS[67], el trastorno bipolar se caracteriza por "la presencia de episodios reiterados (al menos dos) en los que el estado de ánimo y los niveles de actividad del enfermo están profundamente alterados, de tal manera que, en ocasiones, la alteración consiste en una exaltación del estado de ánimo y un aumento de la vitalidad y del nivel de actividad (manía o hipomanía) y, en otras, en una disminución del estado de ánimo y un descenso de la vitalidad y de la actividad (depresión)"[68].

La evolución del trastorno bipolar a lo largo del tiempo es variable. En general, los ciclos suelen hacerse más cortos con cada recurrencia y son cada vez más frecuentes a medida que transcurre el tiempo. La recuperación luego de los episodios puede ser total o parcial, observándose en algunos casos cierto grado de deterioro cognitivo.

El impacto de esta enfermedad en la vida de los pacientes a menudo es importante, con frecuentes pérdidas de trabajo y relaciones afectivas. A veces el curso de la enfermedad es grave con mala respuesta al tratamiento y déficit cognitivo persistente. El riesgo de suicidio también está presente.

Criterios diagnósticos

Esta enfermedad se presenta en ciclos a través del tiempo, los mismos pueden ser episodios de manía, hipomanía o de depresión, según los diferentes tipos de enfermedad bipolar.

Episodios maníacos: el paciente refiere un cambio notable en su conducta, con un aumento de la energía, creatividad y euforia en forma exagerada y anormal que dura como mínimo una semana. También pueden presentarse irritables y enojarse con facilidad. Los casos más graves pueden presentar síntomas psicóticos y/o requerir internación. No hay conciencia de enfermedad durante el episodio agudo.

64, 66, 68 Organización Panamericana de la Salud. (2013) Manual de salud mental para trabajadores de atención Primaria. Serie Paltex para técnicos medios y auxiliares. Washington DC. OPS.

65 Bernstein J. (2007) Trastorno bipolar o enfermedad maníaco depresiva. Sección 5, cap. 41. En Rubinstein A. y Terrasa S. Medicina Familiar y Práctica Ambulatoria. 2da Edición. Buenos Aires. Argentina.

67 Colectivo de autores. CIE-10. Trastornos mentales y del comportamiento. Pautas diagnósticas y de actuación en la atención primaria. Madrid: organización mundial de la salud (MEDITOR); 1996

Episodios hipomaníacos: similares a los episodios maníacos pero menos intensos. Los síntomas duran como mínimo 4 días consecutivos y no son lo suficientemente graves como para provocar un deterioro laboral o social importante o para necesitar internación. No hay síntomas psicóticos.

Los pacientes pueden presentarse optimistas y con la sensación que puede vencer todas las dificultades. No se agotan, con pocas horas de sueño están bien. Son creativos, simpáticos y seductores. Pero estos episodios, sin tratamiento, evolucionarán a la depresión en la mayoría de los casos, con un alto riesgo de suicidio.

Episodios depresivos: cumplen los mismos criterios de trastorno depresivo mayor de la depresión. (Ver página 48)

Los pacientes con enfermedad bipolar suelen ser buscadores de emociones y están acostumbrados a manejar altos niveles de estrés. Muchas veces refieren vidas "apasionantes" o "tormentosas" antes de que se desarrolle el cuadro completo y otros una historia de depresión de larga data. Otra de las características de estos pacientes es la falta de autocontrol que se puede expresar como comportamientos inapropiados o imprudentes, consumo de drogas psicoactivas en exceso, atracones de comida, gastos exagerados o relaciones sexuales promiscuas.

Los trastornos de sueño son muy frecuentes entre estos pacientes, así como también lo es el consumo abusivo de alcohol (por la falta de autocontrol que presentan).

La mayoría de los pacientes tienen un episodio depresivo como manifestación inicial del trastorno bipolar. Este episodio puede tener algunas características atípicas, como retardo psicomotor e hipersomnia, y dura pocas semanas o meses. Algunos pacientes debutan con un episodio maníaco psicótico grave, que puede confundirse con un cuadro de esquizofrenia. Se calcular que sólo un 10% tendrá únicamente episodios maníacos[69].

En algunos casos, el episodio maníaco completo aparece al iniciar un tratamiento antidepresivo, el paciente mejora rápidamente con el tratamiento instaurado y presenta verborragia, expansividad (pérdida del autocontrol) o conductas no habituales en él. En estos casos en los que inicialmente se había diagnosticado depresión, debe reconsiderarse el diagnóstico a enfermedad bipolar.

Presentación clínica

El médico de familia debe sospechar un trastorno bipolar ante un paciente con:

> Síntomas depresivos y antecedentes de síntomas maníacos o hipomaníacos.

> Una vida de características muy inestable.

> Antecedentes familiares de enfermedad bipolar.

> Ante un paciente deprimido que presenta características que no concuerdan con el cuadro o que recaen con frecuencia a pesar del tratamiento instaurado.

También debe sospecharse ante pacientes que inicien síntomas de manía o hipomanía ante el inicio de un tratamiento con antidepresivos, especialmente tricíclicos, ya que estos fármacos incrementan el riesgo de que un paciente con enfermedad bipolar no diagnosticada y

[69] Bernstein J. (2007) Trastorno bipolar o enfermedad maníaco depresiva. Sección 5, cap. 41. En Rubinstein A. y Terrasa S. Medicina Familiar y Práctica Ambulatoria. 2da Edición. Buenos Aires. Argentina.

tratada con antidepresivos vire a un cuadro maníaco (switch maníaco). Por lo que es muy importante no medicar a los pacientes con cuadros depresivos, en los que se sospecha enfermedad bipolar, para evitar esta situación.

Interrogatorio puede ser poco fiable ya que los pacientes no suelen registrar los episodios de hipomanía o manía. Dichos momentos no son recordados como algo fuera de lo común ya que no hay un malestar registrable por parte de los individuos, sino más bien quedan asociados a épocas de bienestar. En estos casos, la presencia de un familiar o conocido del paciente puede ayudar.

Laboratorio: realizar un estudio de la función tiroidea dado que puede plantearse un diagnóstico diferencial con los trastornos tiroideos.

Derivación: ante la sospecha diagnóstica, se debe derivar al paciente a un especialista en salud mental.

Abordaje [70]

El objetivo del tratamiento será espaciar y atenuar los ciclos, evitar el deterioro cognitivo y disminuir el riesgo de suicidio.

La implementación de un tratamiento adecuado y completo excede al médico de atención primaria, debiendo considerarse la derivación oportuna al especialista para que comande el tratamiento y defina el mejor esquema terapéutico.

El tratamiento recomendado tiene varios componentes siendo la **medicación estabilizante del ánimo uno de los pilares fundamentales.** La psicoterapia, la psicoeducación y ciertos cambios en el estilo de vida también son importantes.

Los medicamentos de primera elección suelen ser el litio y el valproato; mientras que la carbamazepina y la lamotrigina son drogas de segunda elección. En tercer lugar, se encuentran los antipsicóticos atípicos como risperidona, olanzapina y clozapina. Otros autores recomienda de tercera línea a la quetiapina en lugar de la clozapina.

El esquema terapéutico comienza con alguna de las drogas de primera elección, pudiéndose agregar un segundo o tercer fármaco ante la falta de respuesta. Esta medicación estabilizante tiene muchos efectos adversos.

Efectos adversos: temblor que provocan el litio y el valproato, la diabetes insípida que ocasiona el litio y los problemas dermatológicos y el aumento de peso que ocasionan casi todos ellos.

Las benzodiacepinas pueden ser medicación complementaria. Los antidepresivos pueden usarse, pero solo como coadyuvantes de la medicación estabilizante y por período de tiempo limitado.

[70] Bernstein J. (2007) Trastorno bipolar o enfermedad maníaco depresiva. Sección 5, cap. 41. En Rubinstein A. y Terrasa S. Medicina Familiar y Práctica Ambulatoria. 2da Edición. Buenos Aires. Argentina.

Tabla 7: Características de los principales fármacos utilizados en el tratamiento de la enfermedad bipolar

	Inicial	Dosis más frecuentes	Efectos secundarios
Litio	300 mg en dos tomas	300 a 1.500 mg/día para lograr Niveles sanguíneos: 0,6 a 1,2 mMol/Lo mEq/L*	Diarréa, náuseas, temblor fino, debilidad muscular, disartría, aumento de peso, edema, poliurina, diabetes, insípida, arritmias, leucocitosis, gota, embotamiento, exacerbación de psoriasis, acné, **temblor marcado, ataxia, disartia.**
Valproato	250 mg En manía aguda: 2 mg/ kg	750 a 1.800 mg/día Niveles sanguíneos: 50 a125 pg/día*	Anorexia, aumento de peso, somnolencia, temblor, caída del cabello, aumento leve de las transaminasas, trastornos menstruales, rash, coagulopatías, **hepatotoxicidad**
Carbamazepina	100 a 200 mg	200 a 1.800 mg/día Niveles sanguíneos: 5 a 10 pg/día*	Mareos, vértigo, sedación, fatiga, temblor, disartría, diplopía, leucopenia transitoria, hiponatremia, náuseas, vómitos, somnolencia, rash, **agranulocitosis, aplasia medular, dermatitis exfoliativa (síndrome de Steven Johnson o de Lyell)**
Lamotrigina	25 mg día, aumento cada 2 semanas	100 a 200 mg/día*	Rash, mareos, cefaleas, náuseas, vómitos, ataxia, somnolencia. Sindrome de **Steven Johnson (0,1% en adultos) o de Lyell**

(*) Niveles sanguíneos medidos a las 12 horas de la última dosis

Fuente: Bernstein J. Trastorno bipolar o enfermedad maníaco depresiva. Sección 5, cap. 41. En Rubinstein A. y Terrasa S. Medicina Familiar y Práctica Ambulatoria. 2da Edición. Buenos Aires. Argentina. 2007

Seguimiento

La adherencia y el mantenimiento del tratamiento a lo largo del tiempo es uno de los desafíos y puntos más difíciles. El índice de recaídas es muy alto, y a menudo, las personas en estado maníaco no son capaces de ver la necesidad de tratamiento. Por lo tanto, la falta de adherencia al mismo es frecuente (al sentirse mejor o eufóricos abandonan el tratamiento).

La psicoterapia sin medicación no ha demostrado ser efectiva, pero debe considerarse como un recurso importante para ayudar a los pacientes a manejar múltiples situaciones y para aprender a convivir con esta enfermedad ya que es necesario que implementen cambios en su estilo de vida para que el tratamiento sea más eficaz (por ejemplo, no consumir alcohol, mantener patrones de sueño estables, etc.).

El **rol del médico de familia** en estos casos es colaborar en la adherencia al tratamiento, monitorear la presencia de efectos adversos a las medicaciones manteniendo una comunicación con el psiquiatra tratante cuando corresponda. Se debe reforzar con el paciente y su familia la importancia de tomar la medicación diariamente, respetar los horarios y las dosis indicadas. Teniendo en cuenta que los padecimiento de salud mental presentan una baja adherencia al tratamiento, monitorear la misma debe ser uno de los pilares del tratamiento.

También puede colaborar con la psicoeducación del paciente y su familia explicando las características de la enfermedad.

Es importante también reforzar el cuidado de las relaciones familiares y de aquellas que son un sostén en momento de dificultad. Se deben tener en cuenta las necesidades físicas, sociales y de salud mental de la familia. Los grupos de autoayuda para familiares pueden ser útiles al compartir la experiencia de cómo resolvieron situaciones similares.

> Una buena relación entre el médico de atención primaria y los pacientes que padecen estos trastornos puede mejorar los resultados a largo plazo, especialmente porque incrementa la adherencia al tratamiento[71].

[71] Organización Panamericana de la Salud. (2013) Manual de salud mental para trabajadores de atención Primaria. Serie Paltex para técnicos medios y auxiliares. Washington DC. OPS.

Ejercicio 3 de Comprensión y Aplicación

Reflexione y resuelva las preguntas acerca de las situaciones clínicas que se presentan a continuación.

> José, 60 años.

Lo consulta porque últimamente está muy cansado, con muchos problemas para conciliar el sueño y porque notó que perdió 6 kilos de peso en los últimos 2 meses. Le cuenta que siente menos apetito, pero que también a veces no almuerza porque no tiene ganas de prepararse algo para comer. Tiene problemas en su trabajo y se pelea con su esposa casi todos los días. Su hija está planeando irse a vivir al exterior en los próximos meses, eso lo preocupa y angustia un poco. Refiere que está triste la mayor parte del día desde hace ya varias semanas, no le interesan tampoco sus actividades y tiene problemas para recordar lo que debe realizar. Le cuesta levantarse a la mañana por lo que a veces no va a trabajar y se queda todo el día en su casa. Le confiesa que algunas veces piensa en la muerte. También cree que se va a terminar separando de su mujer. José presenta como antecedentes hipertensión arterial medicada con hidroclorotizida 25 mg/día. No refiere antecedentes de síntomas maníacos ni ideas suicidas, no toma alcohol, no consume drogas. Hace tiempo que no realiza controles de salud. Está casado con Rosalía y tienen una hija de 28 años que vive con ellos. Trabaja en un negocio de su propiedad con un socio.

El examen físico es normal.

1er. Paso Defina los problemas de salud que José presenta en esta consulta. ¿Existe algún problema de salud mental al momento de la consulta?

.....

.....

.....

¿Realizaría examen físico?

.....

.....

.....

¿Solicitaría estudios complementarios?

.....

.....

.....

2do. Paso ¿Cuáles serían los objetivos terapéuticos con este paciente?

.....

.....

.....

3er. Paso ¿Qué conducta terapéutica adoptaría para conseguir los mismos?

.....

.....

.....

4to. Paso Realice la prescripción. Describa las pautas de alarma que debe tener presente con José.

.....

.....

.....

Utilizando la CEPS-AP codifique el problema de salud/motivo de consulta de José.

Diagnóstico	CEPS-AP		

.....

.....

.....

5to. Paso De instrucciones al paciente. ¿Qué conducta toma con la familia? ¿Citaría a los familiares?

.....

.....

.....

6to. Paso ¿Cómo va a realizar el seguimiento del tratamiento?

.....

.....

.....

> Lorena, 43 años.

Consulta porque refiere que nuevamente está muy deprimida, desde hace unos meses que se siente muy desganada, sin energía, no puede dormir bien y está perdiendo peso a pesar de no hacer dieta; también le cuenta que por momentos se siente culpable porque tiene un hijo pequeño al que siente que no puede prestarle toda la atención y cuidados que él requiere. A veces tiene ideas recurrentes de muerte. Le cuenta que esto ya le pasó en otras oportunidades pero que luego de un tiempo se recupera y se siente bien. Nunca realizó ningún tratamiento a pesar de haber tenido intentos de suicidio. Es separada y tiene 2 hijos de una pareja anterior a los que no ve porque refiere que los chicos prefirieron vivir con el padre. Lorena concurre a la consulta con una amiga quien le cuenta que la paciente en realidad es una persona con mucha energía, muy "feliz", extrovertida, con muchos proyectos y trabajos.
Lorena no refiere antecedentes personales de relevancia y no toma ninguna medicación en forma crónica. Fuma 20 cigarrillos por día. Le cuenta que ha consumido cocaína varias veces, pero que desde hace unos meses casi no consume. Como antecedentes familiares refiere que su padre presenta enfermedad bipolar.

1er. Paso Defina los problemas de salud que Lorena presenta en esta consulta. ¿Existe algún problema de salud mental al momento de la consulta?

.....

.....

.....

¿Realizaría examen físico?

.....

.....

.....

¿Solicitaría estudios complementarios?

.....

.....

2do. Paso ¿Cuáles serían los objetivos terapéuticos con este paciente?

.....

.....

.....

3er. Paso ¿Qué conducta terapéutica adoptaría para conseguir los mismos?

.....

.....

.....

4to. Paso Realice la prescripción.

.....

.....

.....

Utilizando la CEPS-AP codifique el problema de salud/motivo de consulta de Lorena.

Diagnóstico	CEPS-AP		

.....

.....

.....

5to. Paso De instrucciones al paciente y a su amiga.

.....

.....

.....

6to. Paso ¿Cómo va a realizar el seguimiento del tratamiento de Lorena? ¿Qué conducta debe tomar con respecto al cuidado de su hijo menor?

.....

.....

.....

4 Otros motivos de consulta frecuentes

> Trastornos del sueño

El tiempo ideal de sueño es aquel que nos permite realizar las actividades diarias con normalidad, no pudiendo determinarse una cantidad exacta de horas que se necesite dormir. La duración del sueño nocturno varía entre las personas, pero oscila generalmente entre 5 y 10 horas en los adultos, siendo el promedio habitual entre 7 y 8 horas.

Las necesidades de sueño también varían con la edad; los bebés recién nacidos necesitan alrededor de 18 hs. de sueño, los niños alrededor de 11 hs. y los adolescentes 9 hs. Los adultos mayores por lo general necesitan menos horas de sueño aún y tienen un sueño más fragmentado y menos profundo, con mayor tendencia al despertar precoz y mayor latencia para conciliar el sueño. Pero estas son consideraciones generales, ya que hay bebés que duermen menos horas o adultos mayores que duermen más y esto no implica que haya ningún trastorno del sueño. Pero sí es importante recordar que la cantidad de horas que una persona duerme puede ir variando a lo largo de los años.

Dentro de los trastornos del sueño, el insomnio es el trastorno más frecuente.

> Se define insomnio como la dificultad para conciliar el sueño, mantenerlo a lo largo de la noche o cuando el despertar final se ve adelantado de manera involuntaria.

Es importante considerar que el sueño alterado de forma crónica influye en el funcionamiento diurno y en la calidad de vida de las personas.

> Se debe tener en cuenta que si no hay repercusión en el funcionamiento cotidiano de la persona al día siguiente, entonces no debe considerarse como insomnio. Esto es particularmente así en algunas personas que habitualmente duermen menos que el promedio de la población.

Clasificación del insomnio

Se lo puede clasificar en función de la etiología, momento de la noche en la que aparece o por su duración[72].

Según la etiología:

Insomnio primario: no tiene un factor etiológico claramente identificable ni

[72] Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Insomnio en Atención Primaria. Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Insomnio en Atención Primaria. (2009) Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Agencia Laín Entralgo. Comunidad de Madrid.

factores precipitantes. Puede estar relacionado con ciertos rasgos de personalidad.

Insomnio secundario: aparece como consecuencia, o en el contexto, de otros cuadros clínicos o de una situación adaptativa, que se conocen como factores precipitantes (ej. trastornos psiquiátricos, enfermedades médicas o neurológicas, medicaciones o sustancias, trastornos primarios como apnea del sueño, síndrome de las piernas inquietas, parasomnias, etc.).

Según el momento de la noche en que se produce:

Insomnio de conciliación: la persona no puede dormirse, tiene dificultades para iniciar el sueño.

Insomnio de mantenimiento: hay problemas para mantener el sueño; la persona concilia el sueño, pero se despierta durante la noche.

Despertar precoz: cuando el despertar se produce antes de terminar la noche, como mínimo dos horas antes de lo habitual para la persona.

Según el tiempo de duración el insomnio:

Insomnio de corto plazo o agudo: se caracteriza por durar hasta tres semanas o un mes. Generalmente aparece luego de situaciones estresantes menores (una enfermedad leve, un problema, un exámen, mudanza, etc.).

Insomnio crónico: aquel que dura más de tres semanas. Puede tener diferentes causas: hábitos, medicación o abuso de sustancias, problemas psiquiátricos, enfermedades graves o crónicas, etc. Asimismo pueden identificarse factores precipitantes y perpetuadores.

La diferenciación del tipo de insomnio permitirá establecer un tratamiento más adecuado, así como estimar el grado de respuesta y el pronóstico.

Presentación clínica y herramientas diagnósticas

Entre las características clínicas con la que se presenta el insomnio se detallan[73]:

> Dificultades para conciliar el sueño.
> Dificultades para mantener el sueño.
> Despertar final adelantado.
> Sueño no reparador.
> Fatiga o cansancio diurno.
> Síntomas de ansiedad y depresión.
> Alteraciones del humor: irritabilidad, disforia, tensión.
> Déficits leves de la atención o de la concentración.
> Déficits de memoria.
> Déficits en funciones ejecutivas.

[73] Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Insomnio en Atención Primaria. Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Insomnio en Atención Primaria. (2009) Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Agencia Laín Entralgo. Comunidad de Madrid.

> Excesiva somnolencia.
> Quejas somáticas (gastrointestinales, respiratorias, cefaleas y dolores no específicos).

El interrogatorio es la herramienta más importante para estudiar a un paciente con insomnio[74].

Es esencial indagar sobre:

- uso de alguna medicación por ejemplo:

> Descongestivos nasales.
> Anfetaminas.
> Corticoides.
> Teofilina.
> Fluoxetina.
> Bupropion.
> Imipramina.
> Drogas de abuso como cocaína.

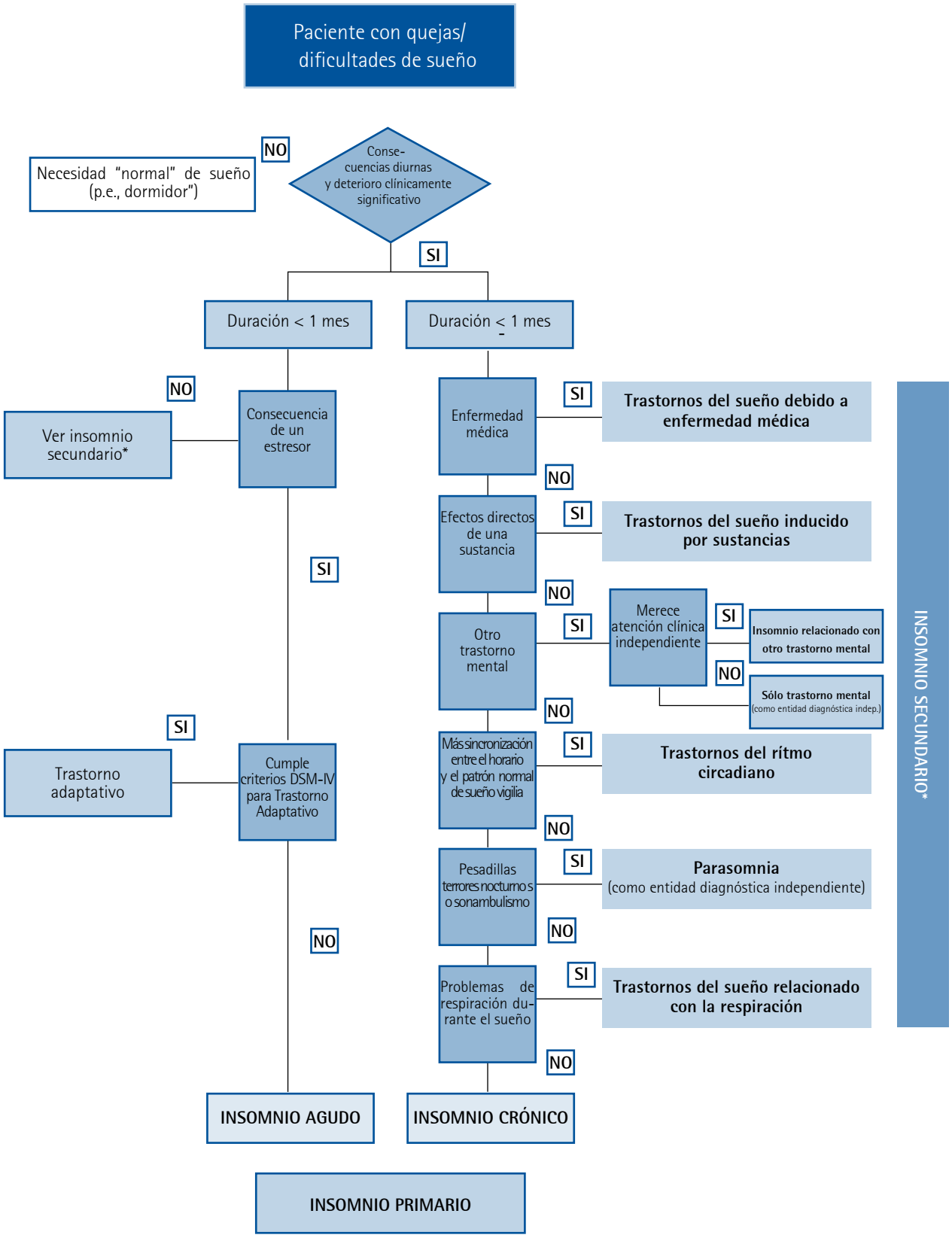
- presencia de alguna patología que pueda propiciar el insomnio:

> Apnea del sueño.
> Síndrome de piernas inquietas.
> Trastornos mentales.

- conocer sobre las características de los hábitos de la persona y sobre el comienzo del trastorno del sueño y sus posibles desencadenantes.

[74] Botargues M. (2007) Insomnio. Sección 5, capítulo 38. In Rubinstein A y Terrasa S. Medicina Familiar y Práctica Ambulatoria. 2da Edición. Buenos Aires. Argentina.

Figura 1: Algoritmo diagnóstico ante un paciente con quejas/dificultades en el sueño.



Fuente: Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Insomnio en Atención Primaria. Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Insomnio en Atención Primaria. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Agencia Laín Entralgo. Comunidad de Madrid; 2009

Abordaje [75, 76]

El tratamiento del insomnio requiere un abordaje integral para la mayoría de las personas, ya que por lo general una sola intervención suele ser insuficiente. El mismo debe ser individualizado según cada persona y según el tipo de insomnio que presente, el impacto que tenga en su vida, las comorbilidades asociadas, y el tiempo de duración de la problemática[77].

El abordaje será progresivo con las siguientes medidas[78]:

> Psicoeducación.
> Higiene del sueño.
> Intervenciones conductuales.
> Tratamientos de reestructuración cognitiva (terapia cognitivo conductual).
> Tratamiento farmacológico.

El abordaje inicial implica psicoeducación, consejería sobre higiene del sueño e intervenciones conductuales simples. Si a pesar de esto la persona persiste con insomnio, se considerará una terapia cognitivo conductual sola o en combinación con un tratamiento farmacológico durante 6-8 semanas[79].

Si el paciente mejora la calidad de su sueño con estas intervenciones, se procederá a ir disminuyendo la medicación o indicar que la utilice a demanda según necesidad. Los pacientes que no mejoren con este abordaje requieren una reevaluación de sus síntomas o una intensificación de la terapia cognitivo conductual, con o sin terapia farmacológica concomitante.

Psicoeducación [80]

Consiste en suministrar al paciente y su familia información concreta y específica sobre el sueño y sus trastornos:

> los trastornos del sueño son comunes en épocas de estrés o enfermedades orgánicas.
> la duración del sueño varía ampliamente y por lo general, es menor en personas mayores.
> mejorar los hábitos del sueño ayuda a mejorar el problema.
> la preocupación sobre el insomnio puede agravar el problema.
> el alcohol puede ayudar a conciliar el sueño, pero también puede provocar fraccionamiento del sueño, sueño intranquilo y despertar precoz.
> los estimulantes como café, té, bebidas cola, cigarrillo, pueden causar o empeorar el insomnio.

[75] Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Insomnio en Atención Primaria. Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Insomnio en Atención Primaria. (2009) Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Agencia Laín Entralgo. Comunidad de Madrid.

[76] Bonnet M. y Arand D. (2014) Treatment of insomnia. Uptodate.

[77] Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Insomnio.

[78, 80] Valiensi S. Insomnio abordaje no farmacológico desde el consultorio. Grupo de Medicina del Sueño. Sociedad Neurológica Argentina.

[79] Bonnet M. y Arand D. Treatment of insomnia. Uptodate. 2014.

Higiene del sueño

Esta estrategia consiste en una serie de medidas que favorecen un mejor descanso. Permiten también al paciente ser más consciente de los factores temporales, conductuales y ambientales que impactan negativamente sobre su descanso.

Entre las medidas que se recomiendan se encuentran[81]:

> promover una situación cómoda y calma antes de ir a dormir, libre de estímulos sonoros y visuales.
> acostarse sólo cuando se tiene sueño.
> evitar la realización de ejercicios físicos vigorosos antes de irse a dormir.
> evitar la ingesta de abundantes líquidos antes de acostarse.
> evitar las siestas.
> evitar ingestas copiosas por la noche.
> evitar actividades estresantes en las horas previas de acostarse.
>tratar de resolver las preocupaciones o problemas antes de acostarse, de modo de no quedarse pensando en ellas al intentar dormir.

En el tratamiento del insomnio crónico las medidas de higiene del sueño se recomiendan como coadyuvantes de otras intervenciones terapéuticas psicológicas y farmacológicas, ya que la eficacia de las mismas por sí solas es limitada.

Intervenciones conductuales [82, 83, 84]

Se incluyen dentro de este grupo:

Terapia de control de estímulos: basadas en los principios del condicionamiento clásico, trata de asociar el uso de la cama con el sueño. Implica fijar una misma hora para despertarse todos los días, lo que permite estabilizar el ritmo sueño-vigilia.

Terapia de restricción de sueño: son intervenciones destinadas a aumentar la "eficiencia" del sueño, o sea el tiempo de sueño total respecto del tiempo que se pasa en la cama, restringiendo la cantidad de horas que se está en la cama al tiempo que exclusivamente se duerme. La persona no debe permanecer más de 20 minutos en la cama despierta. Si después de este lapso no puede conciliar el sueño, debe levantarse y realizar alguna actividad relajante, como leer o escuchar música suave. No se recomienda que se levante para mirar televisión o realizar alguna otra actividad estimulante. Solo debe volver a acostarse cuando se sienta con sueño. Si nuevamente no logra dormirse antes de los 20 minutos debe volver a levantarse y repetir el proceso.

82 Botargues M. Para "quitarnos el sueño": ¿usamos adecuadamente las benzodiacepinas?. Evid actual pract ambul 2005;8:89-91.

83 Bonnet M. y Arand D. Treatment of insomnia. Uptodate. 2014.

84 Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Insomnio en Atención Primaria. Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Insomnio en Atención Primaria. (2009) Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Agencia Laín Entralgo.ComunidaddeMadrid.

Técnicas de relajación, respiración y meditación: deben emplearse antes de irse a acostar. Una técnica de relajación recomendada es la relajación muscular progresiva y en ascenso de grupos musculares. También todas las diferentes técnicas de meditación o control de la respiración.

Intención paradójica: se asume que una parte muy importante del problema de sueño son los intentos por tratar de resolverlo y la ansiedad que produce el fracaso por controlar el sueño. Se trabaja con la persona para que pueda hacer lo contrario, es decir, que se esfuerce en no dormir.

Tratamientos de reestructuración cognitiva [85]

El abordaje psicoterapéutico del insomnio se plantea fundamentalmente desde el enfoque de las terapias cognitivo-conductuales, que son un modelo de psicoterapia que trabaja con las ideas que el paciente tiene del sueño, sus problemas a la hora de dormir y las ideas sobre el manejo de estos problemas. El objetivo de esta terapia es la reestructuración cognitiva, de modo de identificar las concepciones erróneas sobre el sueño y el insomnio y reemplazarlas por creencias y actitudes más positivas.

Actualmente, las terapias cognitivo-conductuales están ampliamente recomendadas para el tratamiento del insomnio crónico.

Tratamiento farmacológico [86]

El tratamiento farmacológico es una medida coadyuvante dentro del modelo del abordaje integral del insomnio. Si el tratamiento farmacológico es la opción que más se adapta al paciente, es importante el seguimiento de dicha intervención para valorar la aparición de efectos adversos y evitar la dependencia a largo plazo.

El riesgo de la terapia farmacológica incluye la aparición de efectos adversos así como la dependencia y tolerancia con el uso a largo plazo. Estos riesgos se ven incrementados en las personas con enfermedades renales, hepáticas o pulmonares, apnea del sueño, adultos mayores (especialmente en los mayores de 75 años) y en los consumidores habituales de alcohol.

> La indicación precisa de tratamiento farmacológico es una opción viable en el insomnio transitorio o de corto plazo que interfiera con la vida diaria y como parte de un plan de tratamiento integral. En cuanto al insomnio crónico, no hay evidencia concluyente sobre la eficacia de las medicaciones.

Existen fundamentalmente dos grupos de drogas muy usadas para el tratamiento del insomnio:

> Las benzodiacepinas.

> Y los fármacos no benzodiacepínicos: las llamadas drogas Z (zolpidem, zopiclona y eszopiclona).

[85] Valiensi S. Insomnio abordaje no farmacológico desde el consultorio. Grupo de Medicina del Sueño. Sociedad Neurológica Argentina

[86] Bonnet M. y Arand D. (2014) Treatment of insomnia. Uptodate.

En pacientes con insomnio secundario a depresión, los antidepresivos con mayor poder sedativo (amitriptilina, nortriptilina, paroxetina, doxepina y trazodone) también constituyen una buena alternativa[87].

La elección del fármaco se realiza en función del tipo de insomnio que presente el paciente:

> Si es de conciliación o de mantenimiento.
> Si está asociado a otras comorbilidades (por ejemplo, depresión).

Benzodiacepinas

Las **benzodiacepinas** son agentes depresores del sistema nervioso central que promueven la relajación física y mental, reduciendo la actividad nerviosa en el cerebro. En los últimos años las benzodiacepinas fueron desplazadas por las drogas Z para el tratamiento del insomnio[88].

Se recomienda su uso sólo para insomnios ocasionales y a corto plazo ya que las benzodiacepinas pueden deteriorar el estado funcional causando confusión, pérdida de la memoria, mareos, somnolencia diurna, pérdida del equilibro y depresión, entre otros.

A partir de las 2 semanas de utilización de las benzodiacepinas hay un mayor riesgo de desarrollo de tolerancia, dependencia física y psíquica. La tolerancia del efecto sedante conduce a una escalada de la dosis y de allí a su dependencia. Además es importante tener en cuenta que con la interrupción brusca o retirada súbita del tratamiento se produce un síndrome de abstinencia.

Las benzodiacepinas más recomendadas en el tratamiento del insomnio son[89]:

Lorazepam: es una de las benzodiacepinas más seguras para utilizar en ancianos. Está indicado para el insomnio de conciliación por su vida media corta, lo que no generará mayor somnolencia residual al día siguiente. Se prescribe en dosis de 0.5 a 2 mg.

Midazolam: tiene comienzo de acción rápido y duración corta, por lo que induce el sueño rápidamente sin producir sedación al día siguiente. Se indica en dosis de 7.5 a 15 mg. en insomnio de conciliación.

Las benzodiacepinas menos recomendadas para uso prolongado:

Alprazolam: pertenece al grupo de fármacos con vida más corta, mayor potencia y una estructura química que le otorga un peor perfil beneficio/riesgo; los fenómenos de abstinencia son más probables y más intensos así como el desarrollo de tolerancia o pérdida de eficacia (más rápida cuanto más corta es el tiempo de eliminación y mayor la afinidad por el receptor/potencia)[90]. No tiene una indicación principal en el tratamiento del insomnio.

Diazepam y Flunitrazepam: por su larga duración de acción y su efecto

87 Botargues M. (2005) Para "quitarnos el sueño": ¿usamos adecuadamente las benzodiacepinas?. Evidencia actual en practicas ambulatorias;8:89-91.
93 ANMAT. Departamento de Farmacovigilancia. Novedades Internacionales y Nacionales en seguridad de medicamentos. Enero 2013.

88, 90 Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Insomnio en Atención Primaria. Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Insomnio en Atención Primaria. (2009) Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Agencia Laín Entralgo. Comunidad de Madrid.

89 Botargues M. (2007) Insomnio. Sección 5, capítulo 38. In Rubinstein A y Terrasa S. Medicina Familiar y Práctica Ambulatoria. 2da Edición. Buenos Aires. Argentina.

acumulativo no se recomienda su uso prolongado, ya que producen gran sedación diurna y alteración de las funciones mentales.

Hipnóticos no benzodiacepínicos – Drogas Z

Estos hipnóticos (zolpidem, zopiclona y eszopiclona) fueron desarrollados con el objetivo de mejorar algunas de las desventajas de las benzodiacepinas, especialmente aquellas ligada a sus efectos adversos, la dependencia y los efectos de la retirada del fármaco. En caso de sobredosis no son tan seguras como las benzodiazepinas

El único fármaco de este grupo aprobado por la Agencia de Medicamentos de los Estados Unidos (FDA) para el uso sin un límite de tiempo específico, ha sido la eszopiclona. Los otros han sido aprobados para un uso limitado a 35 días o menos [91].

Los efectos adversos de hipnóticos no benzodiacepínicos son: somnolencia diurna, vértigo, fatiga, dolor de cabeza, alucinaciones, náuseas, desorientación y confusión, ansiedad o crisis de pánico, debilidad, temblor, palpitaciones, y taquicardia. En algunos estudios también se ha descrito el insomnio de rebote y el síndrome de abstinencia (tanto a dosis supraterapéuticas como a dosis habituales) y el peligro de dependencia, sobre todo después de un empleo prolongado, por lo que solo se recomienda su empleo a corto plazo (excepto para la eszopiclona)[92].

Zolpidem: está indicado para el tratamiento a corto plazo del insomnio de conciliación. Los efectos adversos más frecuentes son dolor de cabeza, mareos y somnolencia. Solo está aprobado su uso como máximo durante un mes. Presenta también una formulación de liberación prolongada que se indica para el insomnio de mantenimiento.

> La agencia de medicamentos de los Estados Unidos ha publicado un comunicado. Allí se recomienda disminuir la dosis nocturna de zolpidem, debido a que algunos pacientes pueden presentar, a la mañana siguiente a la toma, niveles séricos elevados de la droga, cuyo efecto impide realizar adecuadamente actividades que requieren de un estado de alerta (por ejemplo, conducir automóviles). Las mujeres parecen ser más sensibles a este efecto, y se observa con mayor frecuencia cuando se utilizan formulaciones de liberación controlada. Las recomendaciones son las siguientes:
> - Reducir la dosis en mujeres de 10 mg a 5 mg cuando se utilizan formulaciones de liberación inmediata, y de 12,5 mg a 6,25 mg con las formulaciones de liberación controlada.
> - Utilizar la dosis más baja posible que resulte efectiva para tratar el insomnio[93].

Eszopiclona: presenta una vida media más prolongada que el zolpidem por lo que está indicado no solo en el insomnio de conciliación, sino también en el de mantenimiento, en los despertares precoces y en los casos de insomnio por alteraciones psiquiátricas[94].
Es el único aprobado para el uso a largo plazo. La dosis inicial es de 1 mg, pudiéndose elevar a 2 o 3 mg por día.

91, 92 Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Insomnio en Atención Primaria. Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Insomnio en Atención Primaria. (2009) Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Agencia Laín Entralgo. Comunidad de Madrid.

93 ANMAT. Departamento de Farmacovigilancia. Novedades Internacionales y Nacionales en seguridad de medicamentos. Enero 2013.

94 National Institute for Clinical Excellence. NHS. Guias Nice. Guidance on the use of zaleplon, zolpidem and zopiclone for the short-term management of insomnia. 2004.

> La Food and Drug Administration ha advertido acerca del riesgo de disminución del nivel de alerta al día siguiente de la ingestión del hipnótico eszopiclona. Por ello, se ha recomendado que la dosis inicial para el tratamiento del insomnio sea de 1 mg en lugar de 3 mg, lo que conlleva niveles plasmáticos menores el día posterior a la toma[95].

Otros medicamentos y hierbas

Antidepresivos

Los antidepresivos con un perfíl sedante son los tricíclicos (doxepina, trimipramina y amitriptilina), la trazodona y la mirtazapina. Estos fármacos se usan como hipnóticos a dosis menores que las utilizadas en el tratamiento de las depresiones. La indicación de estos antidepresivos en el tratamiento del insomnio debe hacerse cuando el insomnio es un síntoma del síndrome depresivo. No están indicados en ausencia de síntomas de depresión, ya que no hay evidencia científica que lo avale, tampoco por el perfil de efectos adversos que presentan y la gran sedación que producen[96].

Antipsicóticos y anticonvulsivantes (quetiapina, olanzapina)

No hay suficiente evidencia sobre su eficacia para el tratamiento del insomnio por lo que no están recomendados. Además pueden presentar significativos efectos adversos[97].

Difenhidramina

No están recomendados para su uso rutinario en el insomnio[98]. Presentan varios efectos adversos como somnolencia al día siguiente, disminución del estado de alerta, boca seca, retención urinaria, constipación, delirio, aumento de la presión intraocular.

Melatonina

La melatonina es una hormona que normalmente segrega la glándula pineal. Su secreción nocturna y su supresión durante el día por efecto de la luz solar regula el ritmo circadiano de sueño-vigilia. También se asocia a un efecto hipnótico y a una mayor propensión al sueño. Hay algunas sustancias como el tabaco, el alcohol y algunos fármacos que disminuyen la producción de melatonina.

Su administración exógena no ha demostrado beneficios para el tratamiento del insomnio, excepto en 2 situaciones: para el tratamiento del síndrome de la fase del sueño retrasada y en un subgrupo de pacientes con niveles bajos de melatonina.

El síndrome de la fase de sueño retrasada se caracteriza por un tiempo de inicio y finalización del sueño que está retrasado más de dos horas, generalmente, en relación con los tiempos de sueño aceptables social o convencionalmente. El individuo tiene dificultades para dormirse en las horas aceptadas socialmente, pero una vez que concilia el sueño no presenta problemas en su mantenimiento. En estos casos no solo los parámetros de sueño están alterados, sino también la secreción de melatonina y la temperatura corporal. El uso de melatonina se aconseja solo en el corto plazo (hasta 3 meses)[99].

95 ANMAT. Departamento de Farmacovigilancia. Novedades Internacionales y Nacionales en Seguridad de Medicamentos. Mayo de 2014

96 Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Insomnio en Atención Primaria. Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Insomnio en Atención Primaria. (2009) Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Agencia Laín Entralgo.ComunidaddeMadrid.

97, 98, 99 Bonnet M. y Arand D. (2014) Treatment of insomnia. Uptodate.

Valeriana

La valeriana, por su atribución de propiedades sedantes e inductoras del sueño, es una de las hierbas medicinales más usada para el insomnio[100]. No se ha demostrado la efectividad de la valeriana frente al placebo en el tratamiento del insomnio. Un meta análisis de 18 estudios determinó que la valeriana disminuía menos de 1 minuto el tiempo de latencia en comparación con el placebo. Además la valeriana puede ocasionar efectos hepatotóxicos[101].

Otras hierbas

No se han encontrado estudios que evalúen la eficacia específica para el insomnio de otras especies vegetales, como la pasiflora, amapola de California, lavanda, melisa y tilo.

> Ciclo vital. Crisis evolutivas

Se define como ciclo vital a las etapas que las personas atraviesan en general a lo largo de la vida, desde el nacimiento hasta la muerte.

El pasaje de una etapa del ciclo vital a otra supone un cambio y en muchos casos una crisis, entendiendo las crisis no solo como momentos de cambio sino también como situaciones de desestructuración y reestructuración de todo el sistema intrapsíquico y familiar.

Las crisis evolutivas son aquellos cambios esperables que atraviesan la mayoría de las personas. Se denominan también crisis de desarrollo o normativas, son universales y previsibles relacionadas con el ciclo vital familiar.

A diferencia de las anteriores, las **crisis inesperadas** se presentan sorpresivamente y no están relacionadas con la línea evolutiva habitual (muerte temprana de un padre, pérdida de empleo, etc.). La forma en que cada persona y familia atravesará el ciclo vital y las crisis dependeran de sus recursos psíquicos y de sus experiencias previas.

Etapas del ciclo vital [102]

> constitución de la pareja,
> nacimiento y crianza,
> hijos en edad escolar,
> adolescencia,
> salida de los hijos del hogar,
> pareja retirada o nido vacío.

[100] Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Insomnio en Atención Primaria. Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Insomnio en Atención Primaria. (2009) Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Agencia Laín Entralgo.ComunidaddeMadrid.

[101] Bonnet M. y Arand D. (2014) Treatment of insomnia. Uptodate.

[102] Rubinstein A. Terrasa S. (2007) Medicina Familiar y Práctica Ambulatoria. 2da edición. Buenos Aires. Editorial Panamericana.

Constitución de la pareja

La constitución de una nueva pareja implica algo más que la suma de las características personales de cada uno de los integrantes: es la creación de un nuevo vínculo, de un espacio con características únicas y diferentes de la que cada integrante trae de su familia de origen[103].

Durante esta etapa del ciclo vital pueden observarse algunas formas particulares de funcionamiento que pueden resultar problemáticas, por ejemplo:

> **Persistencia de una alianza privilegiada de uno o ambos cónyuges con sus familias de origen:** esto puede generar más identificación con la familia de origen que con la nueva familia, lo que se pone de manifiesto con dificultades para asumir el rol de concubina/o esposo/a o el de padre/madre.

> **Unión de la pareja como única forma de poder salir del hogar de la familia de origen:** la formación de la pareja aparece como una "ilusión" para escapar de los respectivos hogares de origen.

> **Búsqueda compulsiva de un hijo para consolidar la unión de la pareja que todavía no ha sido lograda:** cuando la pareja no pudo constituirse y afianzarse sin la llegada de un hijo.

Estas situaciones pueden llevar al desarrollo de síntomas somáticos (ej. cansancio, insomnio, cefalea, etc.), que muchas veces motivan las consultas con el médico de atención primaria.

Características y cambios familiares necesarios en esta etapa[104]:

Compromiso con un sistema nuevo: acordar roles y metas, negociar la intimidad, reordenar las relaciones (ej. familia extensa y amigos), establecer relaciones mutuamente satisfactorias.

Nacimiento y crianza

Esta etapa implica la inclusión de un tercer miembro, un hijo. Esto determina la formación de un subsistema parenteral discriminado del conyugal, apareciendo nuevos roles y funciones (función materna y paterna).

Es esperable que la madre en este período se una en forma simbiótica con el bebé, interpretando sus demandas y necesidades; mientras que el padre participará activamente desde afuera sosteniendo esta relación y haciendo el nexo entre madre-hijo/mundo exterior.

Los problemas frecuentes que se presentan en esta etapa son[105]:

> Persistencia de la simbiosis madre-bebé a lo largo del tiempo.

> Intolerancia por parte del padre a ocupar un lugar secundario en la tríada durante los primeros meses.

> Excesiva participación de la familia extensa en el cuidado del bebé, con la consecuente dificultad de los padres para adaptarse al nuevo escenario.

Características y cambios familiares necesarios en esta etapa[106]:

103 Profam Salud Mental. Rubinstein E. Zarate M y coll. Editores . 3era Edición. Buenos Aires: Fundación MF "Para el desarrollo de la Medicina Familiar y la Atención Primaria de la Salud". 2008

104 Rubinstein A. Terrasa S. (2007) Medicina Familiar y Práctica Ambulatoria. 2da edición. Buenos Aires. Editorial Panamericana.

105 García Bianchi, X. Estremero J. Ciclo vital, crisis evolutivas. Área de salud Mental. Fundación MF, para el desarrollo de la Medicina Familiar y la Atención Primaria de la salud. Unidad de Medicina Familiar y Preventiva, Hospital Italiano de Buenos Aires.

106 Rubinstein A. Terrasa S. (2007) Medicina Familiar y Práctica Ambulatoria. 2da edición. Buenos Aires. Editorial Panamericana.

Integrar a un nuevo miembro: ajustar la pareja al trío, negociar roles parenterales (esposa vs madre, marido vs padre), restringir la vida social, reordenar las relaciones con los abuelos.

Hijos en edad escolar

En esta etapa la red social de los hijos se amplía y se comenzarán a relacionar con otros adultos. Los padres tendrán la devolución de una imagen externa de su hijo, la imagen que les transmitirán los docentes. Esto en algunos padres puede ocasionar incomodidad, frustración y enojo ya que la imagen que les devuelven de sus hijos puede no satisfacerlos, y muchas veces esto redunda en responsabilizar al colegio o a los docentes de las características de sus hijos, provocando, en algunos casos, cambios frecuentes de colegio, con la consiguiente dificultad para la adaptación de los niños. Otras familias, en cambio, le demandan a la escuela funciones que les corresponden en realidad a los padres.

Características y cambios familiares necesarios en esta etapa[107]:

Crianza: lograr un equilibrio entre el hogar y el mundo exterior (ej. escuela, amigos, etc.), ensayar la separación, promover la diferenciación del subsistema "hermanos".

Adolescencia

Es una etapa de crisis, tanto para el adolescente como para la familia. El adolescente atraviesa una crisis propia de la reestructuración de su identidad.

Es una etapa en la que se vivencian temores y ansiedades ante el desafío de transformarse en un adulto, dejando la imagen idealizada de los padres en la infancia. Se define su identidad sexual y se adquiere cierto grado de autonomía.

Características y cambios familiares necesarios en esta etapa[108]:

Alterar la flexibilidad de los límites: lograr un equilibrio entre el control y la independencia, permitir al adolescente entrar y salir de la familia.

Salida de los hijos del hogar

Comprende la salida definitiva de los hijos del hogar. Esta etapa puede ser vivida con aceptación del paso del tiempo y proyectando un futuro con la llegada de los nietos, o puede ser atravesada con mucha dificultad (especialmente en aquellas parejas que han dejado todo por la crianza de los hijos).

Características y cambios familiares necesarios en esta etapa[109]:

Irse y dejar ir: reestructurar la relación entre los padres y los hijos.
Padres: empezar a construir una nueva relación y llenar el nido vacío.
Hijos: irse del hogar e independizarse.

107, 108, 109 Rubinstein A. Terrasa S. (2007) Medicina Familiar y Práctica Ambulatoria. 2da edición. Buenos Aires. Editorial Panamericana.

110, 111 Rubinstein A. Terrasa S. (2007) Medicina Familiar y Práctica Ambulatoria. 2da edición. Buenos Aires. Editorial Panamericana.

Pareja retirada o nido vacío

La salida de los hijos del hogar y el cese laboral provocan cambios individuales y familiares. A nivel individual las modificaciones corporales propias de la edad se empezarán a hacer presentes (enfermedades crónicas, menopausia, limitaciones físicas, etc.). A nivel familiar, los padres ya no serán el centro de la familia de los hijos, sino que constituirán la familia extensa de los mismos.

Esta etapa puede ser vivida en forma gratificante, disfrutando de los logros alcanzados por la independencia de los hijos, la posibilidad de realizar proyectos postergados y el disfrute de los nietos; o ser vivida con soledad, tristeza, depresión u otros síntomas inespecíficos que en muchos casos motivan la consulta con el médico.

Características y cambios familiares necesarios en esta etapa[110]:

Aceptar el cambio generacional de roles: enfrentarse con la enfermedad o muerte de los padres o abuelos, aprender a ser abuelo, adaptarse a ser jubilado o pensionado, reponerse de la muerte del cónyuge.

Presentación clínica y herramientas diagnósticas

La atención integral de las personas implica poder contextualizarlos y entender en qué etapa del ciclo vital se encuentran, así como también, poder detectar la presencia de diferentes problemas y síntomas que pueden presentarse por el pasaje de una etapa a otra; entendiendo que la aparición de estos síntomas representa el estrés que se produce en la familia o en la persona cuando la reacomodación respecto del cambio resulta difícil de lograr.

Las crisis por los cambios evolutivos pueden presentarse en la consulta de diferentes maneras, en general de forma oculta detrás de diferentes situaciones:

> Cansancio.
> Pedido de vitaminas.
> Reagudización de una patología crónica (por ejemplo, cefaleas, colon irritable).
> Somatizaciones.
> Quejas inespecíficas múltiples, etc.

Poder comprender estas situaciones permite explicarles a los pacientes que algunos fenómenos y síntomas son normales y que se deben a la transición de una etapa a la otra. Este abordaje permite no "patologizar" o "medicalizar" el problema. Esta estrategia se conoce como "normalización" de los problemas y sirve para no rotular de enfermas a las familias que se encuentran atravesando los pasajes entre las distintas etapas evolutivas[111].

Por otro lado, la escucha ampliada en la consulta permite resignificar estos problemas, así como también detectar las crisis evolutivas "normales" y/o "patológicas", y los estancamientos evolutivos en alguna etapa vital.

Una familia que funciona adecuadamente no es aquella que no manifiesta síntomas durante las diferentes etapas atravesadas, sino la que tiene la capacidad de adaptarse y mantener su sentimiento de identidad a lo largo de los procesos de cambio, promoviendo el crecimiento de todos sus miembros y favoreciendo nuevas forma de vincularse[112].

> Duelo

Se llama duelo al proceso que se produce luego de una pérdida[113]. Es una reacción adaptativa natural, normal y esperable[114].

El duelo puede asociarse a pérdidas de índole muy diversa: empleo, vivienda, bienes, situaciones, etc., aunque por lo general se refiere a una pérdida afectiva (fallecimiento, separación) y a los sentimientos y demostraciones de pesar frente a la misma.

Si bien existen muchas formas de transitar un duelo, con muchas variables individuales, existen algunos rasgos comunes:

> Pérdida de interés en el mundo exterior.
> Pérdida de la capacidad para escoger algún nuevo objeto de amor.
> Inhibición de la productividad.

Es importante considerar que el **duelo es un proceso único e irrepetible,** dinámico y cambiante momento a momento, persona a persona y entre familias, culturas y sociedades. **No es un proceso que siga pautas universales.**

Se trata también de un proceso normal por lo que es esperable que luego de un tiempo variable se supere sin necesidad de tratamiento.

Manifestaciones del duelo normal[115, 116]

Las personas que atraviesan un duelo pueden presentar diferentes síntomas físicos o bien algunas sensaciones o cambios en su conducta habitual. Entre los más frecuentes se encuentran:

> Bajo estado de ánimo, tristeza o desinterés.
> Sentimiento de soledad.
> Enojo con la persona que falleció o consigo mismo por no haber podido evitar la muerte, o con el equipo médico. A veces es difuso y la persona se muestra de malhumor.
> Sentimientos de culpa: centrados en lo que se podría haber hecho o no se hizo en el momento de la muerte del ser querido. A veces este sentimiento también

112 Rubinstein E. Zarate M y coll. (2008) PROFAM: Salud Mental.3era Edición. Buenos Aires: Fundación MF:"Para el desarrollo de la Medicina Familiar y la Atención Primaria de la Salud"

113 Chajud S. y Estremero J. Duelo. (2007) Sección 5, capítulo 48. In Rubinstein A y Terrasa S. Medicina Familiar y Práctica Ambulatoria. 2da Edición. Buenos Aires. Argentina.

114 Landa Petralanda V. y García J. (2007) Cuidados primarios del duelo. Fisterra. Acceso 10-10-14. www.fisterra.com

115 Chajud S. y Estremero J. Duelo. (2007) Sección 5, capítulo 48. En Rubinstein A y Terrasa S. Medicina Familiar y Práctica Ambulatoria. 2da Edición. Buenos Aires. Argentina.

116 Zamorano Bayarri. (2004) Manejo del duelo en Atención Primaria. Conceptos básicos. Vol. 30. Num. Octubre. SEMERGEN. Medicina de familia. Familiar y Práctica Ambulatoria. 2da Edición. Buenos Aires. Argentina.

puede aparecer desplazado hacia la figura del médico o la asistencia médica, que se vive como tardía. También puede aparecer en relación al hecho de seguir vivo, sobreviviendo a la persona fallecida.

> Ideas de muerte: ideas en torno al deseo de haber muerto junto con la persona fallecida o en lugar de ella.

> Ansiedad: puede ser leve o incluso manifestarse como ataques de pánico. La ansiedad puede aparecer porque la persona se siente más insegura sin el ser fallecido o porque adquiere mayor conciencia sobre su propia muerte.

> Insensibilidad: aparece en los primeros momentos del duelo, a modo de protección ante el dolor.

> Abandono de actividades sociolaborales.

> Falta de concentración.

> Hiperactividad.

> Sensación de despersonalización ("no soy yo").

> Trastornos del sueño.

> Anorexia, pérdida de peso.

> Disnea, sensación de falta de aire, suspiros recurrentes.

> Molestias precordiales.

> Mareos.

> Sensaciones inespecíficas en el estómago (sensación de "vacío").

> Debilidad muscular.

> Astenia.

> Trastornos sensoperceptivos transitorios en forma de alucinaciones en las que el paciente refiere ver o escuchar la voz de la persona fallecida (alucinaciones visuales o auditivas). Ocurren en los primeros momentos.

Estas manifestaciones del duelo no se dan en forma concomitante ni en cada persona de la misma forma. Cada uno vivirá el duelo de un modo particular y único, dependiendo de su personalidad, del momento vital en el que se encuentre, de la relación con la persona fallecida y según creencias religiosas y características culturales y sociales.

Etapas del duelo normal[117, 118]

Se distinguen tres estadios o etapas en la evolución temporal del duelo, orientada a un fallecimiento de un ser querido.

1) **Fase de impacto, negación o conmoción e incredulidad:** dura desde unos días a un mes aproximadamente. Se caracteriza por los sentimientos derivados de la negación o incredulidad. También el rechazo y el autorreproche. Aparece la sensación de que lo que ha ocurrido no es verdad, que "no puede ser". En este sentido, se debe considerar que la negación es un mecanismo de defensa normal que aparece en el psiquismo como un intento de defensa ante la realidad dolorosa. La negación puede presentarse de diferentes formas: la persona en duelo puede descubrirse llamando a la persona que ya no está, o creer haberla visto en la calle, otros niegan intentando

117 Zamorano Bayarri. (2004) Manejo del duelo en Atención Primaria. Conceptos básicos. Vol. 30. Num. Octubre. SEMERGEN. Medicina de familia.

118 Chajud S. y Estremero J. (2008) Duelo. Capítulo 4. En PROFAM: Salud Mental. Rubinstein E. Zarate M y coll. 3era edición. Buenos Aires: Fundación MF: Para el desarrollo de la Medicina Familiar y la Atención Primaria de la Salud.

terminar con todo lo que tenga que ver con la persona fallecida cuanto antes (por ejemplo, deshacerse de sus pertenencias muy rápidamente). Otra forma de negar el dolor es buscar el aturdimiento mediante distracciones, salidas, alcohol, drogas, etc. A veces la respuesta es alejarse de la realidad, distanciándose de las personas próximas, con respuestas frías e incluso inadecuadas. El individuo está como perdido, parece un autómata al que todo le da igual, "como si tuviera un sueño terrible". Muchos de estos intentos de negar el dolor están dentro de lo esperable y constituyen un modo normal de atravesar el primer momento del proceso del duelo.

2) Fase de duelo agudo: se caracteriza por síntomas depresivos y aislamiento, también por sentimientos de ira o enojo. La persona se encuentra sola ante la realidad de la pérdida y frecuentemente con la exigencia social imperiosa de reincorporación inmediata a su vida habitual: retorno al trabajo, cuidado de los familiares a su cargo, etc.

3) Fase de recuperación, curación o resolución: es imposible establecer una fecha exacta para terminar un proceso de duelo, ya que es muy personal; sin embargo el proceso del duelo por lo general dura entre 1 y 2 años. En esta etapa comienza la aceptación de la nueva situación como algo irremediable, se recupera el interés por otras actividades y se establecen nuevas relaciones. Se retorna al nivel de funcionamiento cotidiano esperable y se es capaz de establecer nuevos lazos afectivos.

El duelo no es un proceso lineal, puede haber idas y vueltas normales en el estado de ánimo. Asimismo, las etapas antes mencionadas no son etapas rígidas, sino que puede haber solapamiento y fluidez entre ellas.

Durante el duelo se produce un trabajo psíquico que permite elaborar o no la pérdida[119]. Este trabajo ocurrirá según los recursos emocionales de cada persona. El duelo no es un estado pasivo por el que el individuo transcurre atravesando las etapas, sino que en este proceso activamente se desarrollan ciertas tareas o trabajos psíquicos.

Se plantean 4 tareas que deben realizarse para elaborar un duelo. Pueden no darse en la cronología planteada, ya que en realidad se trata de un proceso dinámico y personal:

1) La aceptación de la pérdida: la primera tarea del duelo es afrontar la realidad de que la persona fallecida ya no está y no volverá. Llegar a aceptar la realidad de la pérdida lleva tiempo, no sólo es una aceptación intelectual sino también, y sobre todo, emocional.

2) El trabajo de las emociones y del dolor de la pérdida: la expresión de las emociones y del dolor facilita el flujo de este proceso y la elaboración del duelo. El hablar del tema y contar lo sucedido dejando que afloren los sentimientos, así como también los ritos funerarios, si no son excesivamente rígidos, facilitan la expresión de la aflicción y las emociones contrarrestando la negación.

3) La adaptación a un medio en el que el fallecido está ausente: la ausencia de la persona fallecida determina que en muchas ocasiones ciertos roles y posiciones se tengan que redefinir. Afrontar y adaptarse a estas nuevas situaciones, en las que a veces hay que tomar decisiones que tal vez anteriormente tomaba la persona fallecida, genera un desafío para la persona que está atravesando el duelo. Estas

[119] Chajud S. y Estremero J. (2008) Duelo. Capítulo 4. En PROFAM: Salud Mental. Rubinstein E. Zarate M y coll. 3era edición. Buenos Aires: Fundación MF: Para el desarrollo de la Medicina Familiar y la Atención Primaria de la Salud.

El profesional de la salud puede favorecer la expresión de las emociones y del dolor de la pérdida escuchando, preguntando y reasegurando y, muchas veces, autorizando con solo decir al paciente que lo que está contando es esperable en cualquier proceso de duelo[120].

situaciones pueden hacer que la persona que está transitando el duelo se sienta cuestionada, en el sentido de que, si otro cubría ciertas necesidades, el sujeto no necesitaba enfrentarse con sus propias falencias. Por otro lado, para otras personas, a veces estas situaciones se convierten en una oportunidad para encontrar capacidades propias que se desconocían y antes se atribuían a la persona fallecida, esto resulta entonces en una mayor autovaloración, lo que ayuda también a elaborar el duelo.

4) La reubicación emocional del fallecido y la continuación de la vida personal: el objetivo de esta etapa es encontrar un lugar adecuado en la vida emocional para el recuerdo de la persona fallecida y poder seguir viviendo. La persona fallecida no se olvida, pero su recuerdo puede estar sin provocar una reacción emocional muy intensa (llanto, angustia).

Duelo normal, duelo patológico y depresión mayor

El término duelo normal o patológico aplica al curso que toma el proceso del duelo, la evolución temporal y el modo en que la persona va elaborando y adaptándose a la pérdida. Se describirá en este apartado orientados al duelo por fallecimiento de un ser querido.

Cuando fracasa el proceso mental de adaptación frente a una pérdida, aparece el duelo patológico. Puede ser una intensificación de la respuesta adaptativa o un alargamiento del tiempo de resolución o una detención en alguna de las etapas normales del duelo.

Tiempo de evolución: Para definir si un duelo es normal o patológico, un primer elemento a evaluar es el tiempo transcurrido desde la pérdida, siendo aproximadamente uno o dos años el tiempo necesario para que una persona elabore la falta; no obstante no es posible establecer un tiempo exacto para elaborar la pérdida ya que es un proceso muy personal influenciado por muchos factores.

Sin embargo si al cabo de cierto tiempo el proceso del duelo está detenido o "congelado", y las etapas normales y esperables del duelo no fluyen, cabe la posibilidad de que se esté en presencia de un duelo patológico.

Los duelos patológicos se caracterizan por la rigidez y la falta de flexibilidad y de evolución[121]. El duelo patológico implica que el sujeto ha quedado fijado a la persona perdida y no puede superar su pérdida.

[120] Chajud S. y Estremero J. (2008) Duelo. Capítulo 4. En PROFAM: Salud Mental. Rubinstein E. Zarate M y coll. 3era edición. Buenos Aires: Fundación MF: Para el desarrollo de la Medicina Familiar y la Atención Primaria de la Salud.

> Muchos de los síntomas que suelen aparecer en el duelo normal, son similares a los que se presentan en una depresión; la diferencia entre ambas es que en el duelo no hay disminución de la autoestima, ni autorreproches ni autoacusaciones; elementos que sí son frecuentes en la depresión[122]. La persona en duelo puede tener autorreproches pero siempre aparecen vinculados al modo en que se actuó o no en relación con el fallecido, no se trata de un autorreproche generalizado hacia su propia persona con minusvalía en cuanto a su apreciación personal. La persona deprimida se ve a sí misma desvalorizada y muy lejos de sus expectativas ("no sirvo para nada","no tengo motivos para seguir viviendo").

El DSM-V[123] reconoce que el duelo es un estresor psicosocial grave que puede precipitar un episodio depresivo mayor en individuos vulnerables, generalmente poco después de la pérdida (independientemente del tiempo transcurrido desde la pérdida). La depresión mayor relacionada con el duelo es más probable que ocurra en individuos con historial personal o familiar de episodios depresivos. Está influenciada genéticamente y está asociada con características de personalidad, patrones de comorbilidad y riesgo de cronicidad y/o recurrencia similares a los que se presentan en los episodios depresivos mayores no relacionados con el duelo. Estos síntomas depresivos asociados con el duelo, responden a los mismos tratamientos farmacológicos y psicosociales que los síntomas depresivos no relacionados con el duelo.

Es importante reconocer los síntomas del duelo así como también reconocer los síntomas de duelos patológicos y diferenciarlo de la depresión mayor para poder realizar una interconsulta oportuna con el especialista o considerar un tratamiento farmacológico si fuera necesario.

El rol del médico de familia

En muchos casos las personas transcurren el duelo sin contactarse con el sistema de salud. En otros casos, el dolor o la angustia se manifiestan a través de síntomas físicos: astenia, pirosis, cefalea, mareos, astenia, insomnio etc., que motivan la consulta con el médico de atención primaria. Estas personas generalmente se presentan a la consulta para realizar un chequeo de salud o porque se sienten desganados y cansados, sin registrar ni comentar que se encuentran transitando un duelo ni relacionando sus síntomas con la situación que están viviendo.

El médico de atención primaria es quien debe estar capacitado para identificar los pacientes que están atravesando un duelo, con el objeto de monitorear su evolución y evaluar los síntomas predominantes y su intensidad; así como también debe poder redefinir el problema cuando no está claro. Es decir, transformar el motivo de consulta aparente (cefalea, mareos, astenia, etc.) en el verdadero: está atravesando un duelo[124].

[121, 122] Chajud S. y Estremero J. (2008) Duelo. Capítulo 4. En PROFAM: Salud Mental. Rubinstein E. Zarate M y coll. 3era edición. Buenos Aires: Fundación MF: Para el desarrollo de la Medicina Familiar y la Atención Primaria de la Salud.

[123] AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM V. 2013 http://www.dsm5.org/

Cuando una persona que está atravesando un duelo consulta por síntomas somáticos, es importante "normalizar" el síntoma explicando que es habitual que se sienta de esa manera e invitarlo a hablar del tema. El hecho de conversar sobre lo ocurrido y dejar que el paciente exprese sus emociones y su dolor estimula la elaboración del duelo y la adaptación a la pérdida. Reflexionar sobre lo que se está viviendo muchas veces es suficiente para que el paciente se sienta mejor. Se puede realizar preguntas abiertas para entablar diálogo como ser:

- ¿Qué ocurrió?
- ¿Cómo se siente?
- ¿Qué es lo que más extraña?

El contar una y otra vez los hechos permite que la psiquis vaya elaborando la situación. La escucha atenta también anima a las personas a contar lo que en otras circunstancias no harían.

Es importante destacar que es necesario lograr una distancia adecuada con el paciente, es decir, estar lo suficientemente cerca como para entenderlo y lo suficientemente lejos como para no sentirse involucrado con la misma intensidad que lo vive el paciente, porque de esta forma el médico no estaría siendo beneficioso[125].

Los síntomas somáticos por lo general no deben tratarse farmacológicamente, ya que se corre el riesgo de "medicalizar" una situación que no es una enfermedad. Sin embargo, hay situaciones en la que es razonable indicar un tratamiento farmacológico para aliviar alguno de los síntomas; en estas situaciones hay que aclarar igualmente que los síntomas forman parte del proceso del duelo.

> El médico de atención primaria tiene la función de sostener, de acompañar y de generar un espacio para la que persona siga desarrollando el proceso de duelo o lo inicie si aún no lo hizo[126].

Abordaje [127]

Ante una situación de duelo normal se propone considerar realizar los siguientes pasos:

1º paso: asegurarse que la persona no tiene alguna de las siguientes condiciones:

> Trastornos psiquiátricos previos.
> Riesgo de autolesiones o conductas suicidas.
> Presencia de una enfermedad física que explique los síntomas actuales.

2º paso:

> No prescribir antidepresivos o benzodiacepinas.
> No tratar los síntomas con tratamientos placebo o ineficaces, por ejemplo, vitaminas.
> Abordar la automedicación inapropiada, si es que ocurre, tratando de que la persona la

124, 125, 126 Chajud S. y Estremero J. (2008) Duelo. Capítulo 4. En PROFAM: Salud Mental. Rubinstein E. Zarate M y coll. 3era edición. Buenos Aires: Fundación MF: Para el desarrollo de la Medicina Familiar y la Atención Primaria de la Salud.

127 Organización Panamericana de la Salud. (2013) Manual de salud mental para trabajadores de atención Primaria. Serie Paltex para técnicos medios y auxiliares. Washington DC. OPS.

suspenda gradualmente.

> Reactivar las redes sociales, familiares y comunitarias para que apoyen a la persona en duelo.

> Donde sea posible y esté indicado, considerar un programa de actividad física reglada, promoción de la recreación y actividades sociales y culturales, métodos de relajación, consejería para afrontar los problemas.

> Realizar seguimiento para evaluar el progreso del cuadro, los síntomas y las necesidades eventuales de tratamiento de un trastorno mental o enfermedad física.

> Realizar interconsulta con un especialista de salud mental si la persona no tiene mejoría.

3º paso: manejo de factores estresantes

> Ofrecer apoyo emocional básico, escuchar poniéndose en el lugar del otro, sin presionar a la persona a que habla.

> Evaluar sus necesidades e inquietudes.

> Reactivar las redes familiares y comunitarias para proveer apoyo psicosocial.

> Evitar desahogos emocionales prolongados (de más de 15-30 min) dado que pueden ser perjudiciales para la persona, trate de detenerlos con suavidad, reconociendo verbalmente el dolor que se experimenta.

4º paso: manejo de síntomas físicos que no tienen explicación

En caso que la persona presente síntomas físicos sin que se haya encontrado una causa biomédica después de una evaluación:

> Comunicar a la persona las conclusiones con los resultados del examen físico y los exámenes de laboratorio si los hubiera, diciendo que no se ha identificado ninguna enfermedad relevante o peligrosa.

> Evitar nuevos exámenes médicos innecesarios.

> Ayude a reconocer que los síntomas no son "imaginarios"; por ningún motivo transmitir a la persona que "no tiene nada". Los problemas de la psiquis pueden ser causa de enfermedad física y además son fuente de un malestar intenso para la persona.

> Analizar con la persona los síntomas somáticos y explicar cómo se pueden relacionar las sensaciones corporales (por ejemplo, opresión torácica, epigastralgia) con los problemas que tiene en su vida cotidiana y las manifestaciones emocionales consecuentes.

> Intente estimular la continuación de las actividades normales, o el regreso gradual a las mismas.

> Promover el apoyo psicosocial, ofreciendo a la persona atención de salud mental si la requiere, recomiende que consulte nuevamente si los síntomas empeoran.

Ejercicio 4 de Comprensión y Aplicación

Reflexione y resuelva las preguntas acerca de las situaciones clínicas que se presentan a continuación.

> Cecilia, 24 años.

Consulta porque está muy cansada hace varios meses. Refiere que se levanta cansada, pero que lo peor es al finalizar el día. Está con muchas cosas: rindiendo parciales y finales porque está por terminar la carrera universitaria y está planificando un viaje para cuando se gradúe. Es estudiante de ciencias políticas. Vive con sus padres y una hermana menor. Está en pareja con Matías desde hace dos años. Trabaja en un local de ropa durante todo el día y por la noche concurre a la facultad. No presenta ningún antecedente patológico de relevancia. La única medicación que toma son las pastillas anticonceptivas. Fuma 10 cigarrillos por día desde los 14 años y no realiza actividad física actualmente. Refiere que duerme entre 5 y 6 hs. por día y que le cuesta conciliar el sueño. A veces tarde 1 hora o más en poder dormirse. Los problemas para dormir comenzaron hace varios años pero actualmente se agudizaron, ya que no solo le cuesta dormirse sino que también se despierta 1 o 2 veces por noche. En alguna ocasión tomo alprazolam para poder dormir. Se lo había indicado su madre que lo toma todos los días y que estaba muy preocupada porque veía que ella no descansaba bien.

Cecilia le cuenta su preocupación por los estudios y por la salida laboral que tendrá una vez recibida. Todo esto le provoca gran nerviosismo y a veces siente presión en el pecho. Afirma que muchas veces se queda pensando en esto mientras está en la cama intentando dormirse. Manifiesta un alto nivel de exigencia y superación en sus estudios y por momentos una falta de confianza en sí misma. En el área social se desenvuelve sin problemas. Su círculo social es amplio, cuenta con distintos grupos para salir y tiene dos amigas especialmente íntimas con los que tiene confianza para hablar de cosas más personales. La convivencia familiar es buena. En la historia clínica figura que el último control de salud lo realizó hace 3 años cuando comenzó con los anticonceptivos y el último PAP es de esa fecha, con un SIL de bajo grado.

1er. Paso Defina los problemas de salud que Cecilia presenta en esta consulta. ¿Existe algún problema de salud mental al momento de la consulta?

.....

.....

.....

¿Realizaría exámen físico?

.....

.....

.....

¿Solicitaría estudios complementarios?

.....

.....

.....

2do. Paso ¿Cuáles serían los objetivos terapéuticos con este paciente?

.....

.....

.....

3er. Paso ¿Qué conducta terapéutica adoptaría para conseguir los mismos?

.....

.....

.....

4to. Paso Realice la prescripción.

.....

.....

.....

Utilizando la CEPS-AP codifique el problema de salud/motivo de consulta de Cecilia.

Diagnóstico	CEPS-AP		

.....

.....

.....

5to. Paso De instrucciones al paciente y a su amiga.

.....

.....

.....

6to. Paso ¿Cómo va a realizar el seguimiento de Cecilia?

.....

.....

.....

> Liliana, 58 años

Concurre al centro de salud porque desde hace varios meses se siente muy cansada y además su colon irritable de toda la vida ha empeorado, tiene dolores cólicos más frecuentemente y alterna episodios de constipación y diarrea. Ya había consultado por este tema hace 4 meses y se le realizó una videocolonoscopia que fue normal. No presenta otros síntomas y el análisis de sangre se encuentra dentro de parámetros normales, excepto la glucemia con un valor de 123 mg/dl. Durante la consulta le cuenta que su hijo de 25 años se fue a vivir solo hace 2 meses y eso le deja muchísimo tiempo libre, ya que antes ocupaba buena parte de sus horas del día en la casa, en prepararle la comida, ordenar y limpiarle sus cosas. Está casada y su marido en 6 meses se jubilará. Usted revisa la historia clínica y figura que su último control ginecológico fue hace 3 años, que en el 2012 presentó un valor de glucemia en ayunas de 118mg/dl y en el 2013 uno de 124 mg/dl.

1er. Paso Defina los problemas de salud que Liliana presenta en esta consulta. ¿Existe algún problema de salud mental al momento de la consulta?

.....

.....

.....

¿Realizaría exámen físico?

.....

.....

.....

¿Solicitaría estudios complementarios?

.....

.....

.....

2do. Paso ¿Cuáles serían los objetivos terapéuticos con este paciente?

.....

.....

.....

3er. Paso ¿Qué conducta terapéutica adoptaría para conseguir los mismos?

.....

.....

.....

4to. Paso Realice la prescripción.

.....

.....

.....

Utilizando la CEPS-AP codifique el problema de salud/motivo de consulta de Liliana.

Diagnóstico	CEPS-AP		

.....

.....

.....

5to. Paso De instrucciones al paciente ¿Que conducta toma con la familia? ¿Citaría a la familia?

.....

.....

.....

6to. Paso ¿Cómo va a realizar el seguimiento de Cecilia?

.....

.....

.....

> Rocío, 43 años

Consulta para realizarse un chequeo de salud ya que refiere estar muy cansada, también le expresa su deseo de recibir vitaminas para poder tener más energía y poder hacer las tareas de la casa y cuidar a los chicos, que actualmente le está costando mucho. Hace 5 meses su marido falleció en forma súbita jugando al fútbol. Era un hombre sano sin enfermedades conocidas, practicaba mucho deporte y llevaba una vida muy activa. Estaban juntos desde la adolescencia y tenían una relación muy buena. Él era un buen padre y un gran compañero. Tiene 2 hijos, de 2 y 4 años. Rocío trabajó como docente hasta que nació su segundo hijo, momento en el que decidió dedicarse a los niños exclusivamente. No presenta antecedentes personales de relevancia, solo refiere un episodio de depresión importante cuando falleció su padre hace 6 años, para lo que tuvo que realizar tratamiento farmacológico y psicoterapia durante 2 años. Al interrogatorio dirigido, le cuenta que en realidad no tiene ganas de hacer nada, que hay días que se queda todo el día en la cama llorando mientras su mamá se ocupa de sus hijos. Desde la muerte de su marido su madre prácticamente se instaló en su casa para ayudarla con todo.

Su marido se ocupaba de los grandes temas del hogar, de pagar los impuestos de administrar el dinero de la familia y ella ahora se siente perdida, incluso con estas nuevas tareas que tiene que realizar. Todavía no inició los trámites para la pensión porque no sabe lo que tiene que hacer.

Al contar todo lo sucedido, Rocío se emociona mucho y comienza a llorar en la consulta. Le confiesa que no puede creer que todo esto haya sucedido, que por momentos cree que él volverá, le parece escucharlo y en ocasiones hasta le pareció verlo por la calle. Refiere que hay noches que directamente no duerme y que tampoco tiene mucho apetito. En estos 5 meses ya perdió 7 kilos de peso.

1er. Paso Defina los problemas de salud que Rocío presenta en esta consulta. ¿Existe algún problema de salud mental al momento de la consulta?

.....

.....

.....

¿Realizaría exámen físico?

.....

.....

.....

¿Solicitaría estudios complementarios?

.....

.....

.....

2do. Paso ¿Cuáles serían los objetivos terapéuticos con este paciente?

.....

.....

.....

3er. Paso ¿Qué conducta terapéutica adoptaría para conseguir los mismos?

.....

.....

.....

4to. Paso Realice la prescripción.

.....

.....

.....

Utilizando la CEPS-AP codifique el problema de salud/motivo de consulta de Rocío.

Diagnóstico	CEPS-AP		

.....

.....

.....

5to. Paso De instrucciones al paciente ¿Citaría a la madre? Junto con otro/s integrantes del equipo de salud, ¿Cómo pueden asesorarla u orientarla para que comience los trámites de la pensión?

.....

.....

.....

6to. Paso ¿Cómo va a realizar el seguimiento de Cecilia?

.....

.....

.....

5 Trastornos de ansiedad

Los trastornos de ansiedad son un grupo de cuadros clínicos caracterizados por diferentes manifestaciones emocionales, físicas o conductuales, que tienen en común la sensación de miedo ante algo desconocido o que no se sabe definir, o a situaciones u objetos que la mayoría de las personas del mismo grupo de referencia cultural no tiene.

Esta sensación se describe indistintamente como ansiedad o angustia y se considera patológica si su intensidad o duración es desproporcionada a la amenaza que la provoca, ocurre en ausencia de una amenaza y/o produce un deterioro del funcionamiento de la persona[128].

Los trastornos de ansiedad son muy frecuentes en la población general, se estima que afectan al 17% de la población en algún momento de sus vidas[129]. Sin embargo, menos de un tercio de ellos buscan atención médica.

Presentación clínica

Los trastornos de ansiedad se pueden presentar con alguno de los siguientes síntomas:

Tabla 8 - Principales síntomas de los trastornos de ansiedad:

> vegetativos: sudoración, sequedad de boca, mareo, vértigo. > neuromusculares: tensión muscular, cefalea, dolores musculares, temblor, nudo en la garganta, parestesias. > cardiovasculares: palpitaciones, taquicardia, dolor precordial. > respiratorios: disnea, hiperventilación > digestivos: falta de apetito, dificultad para tragar, náuseas, vómitos, dispepsia, diarrea, aerofagia, meteorismo. > genitourinarios: micción frecuente, problemas sexuales.	> nerviosismo: reacciones de sobresalto, impaciencia, temblor. > preocupación, sensación de agobio. > inquietud o inhibición psicomotora. > irritabilidad. > dificultad de concentración y fallas de memoria para hechos recientes. > evitación de situaciones temidas. > miedo a perder el control o sensación de muerte inminente. > alteraciones del sueño, en especial insomnio de conciliación y/o pesadillas. > temblor de estar fuera de casa y/o a la soledad. > obsesiones, compulsiones.

Fuente: Minoletti A. Trastornos de Ansiedad. Manual de salud mental para trabajadores de atención Primaria. Serie Paltex para técnicos medios y auxiliares. Washington DC. Organización Panamericana de la Salud. 2013

[128] Minoletti A. (2013) Trastornos de Ansiedad. Manual de salud mental para trabajadores de atención Primaria. Serie Paltex para técnicos medios y auxiliares. Washington DC. Organización Panamericana de la Salud.

[129] Botargues M. Kuten E. (2008) Depresión, Ansiedad e insomnio En PROFAM: Salud Mental. Rubinstein E. Zarate M y coll. 3era edición. Buenos Aires: Fundación MF: Para el desarrollo de la Medicina Familiar y la Atención Primaria de la Salud.

La ansiedad es una experiencia humana universal frecuente y normalmente presente en la vida de las personas. Se diferencia de **los trastornos de ansiedad** porque en éstos la ansiedad presenta tal grado de severidad que interfiere en la vida cotidiana de la persona y provoca, en mayor o menor medida, deterioro de la calidad de vida y funcionamiento, convirtiéndose en un problema de salud.

La ansiedad patológica puede manifestarse en alguna de estas formas:
1- Como crisis o ataque, en forma abrupta y episódica (Crisis y Trastorno de Pánico o TP).
2- En forma persistente, fluctuante o continua, (Trastorno de Ansiedad Generalizada o TAG).
3- Como consecuencia de sucesos vitales estresantes reiterados, Son los Trastornos de Adaptación y el Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) Este último puede surgir cuando un suceso extraordinario traumático altera la vida de un individuo (violación, asalto, accidente grave, secuestro, u otra situación traumática).

La ansiedad en forma de crisis situacional, puede ocasionarse cuando un fóbico es expuesto al estímulo temido o cuando a un sujeto lo atormentan ideas recurrentes que lo impulsan a realizar rituales, como se da en el Trastorno Obsesivo-Compulsivo o TOC[130] .

Los principales trastornos de ansiedad son los siguientes:

> Trastorno de pánico o por crisis de angustia.
> Trastorno por ansiedad generalizada (TAG).
> Trastorno obsesivo compulsivo (TOC).
> Fobias.
> Trastorno por estrés postraumático[131, 132].

> Trastorno de pánico

Características de una crisis o ataque de pánico
Describiremos a continuación, siguiendo los lineamientos del DSM-IV (APA,1994), en qué consiste una crisis o ataque de pánico. Para definirla podemos decir que comprende la "aparición temporal y aislada de miedo o de malestar intensos acompañada de 4 ó más de los siguientes síntomas, que se inician bruscamente y alcanzan su máxima expresión dentro de los primeros 10 minutos".
Los **síntomas** de las crisis o ataques de pánico pueden ordenarse, según la frecuencia estadística de aparición, de mayor a menor, de acuerdo al siguiente esquema:

Síntomas fisiológicos o somáticos

1) Palpitaciones o taquicardia.
2) Sudoración.
3) Temblor o sacudidas.
4) Sensación de ahogo.
5) Sensación de atragantamiento.
6) Opresión o malestar torácico.
7) Náuseas o molestias abdominales.
8) Inestabilidad, mareo o sensación de desmayo.

130 Cía AH. "La Ansiedad y sus Trastornos, Trastorno de Pánico, Agorafobia y Ansiedad Social", en Tratamiento de la Ansiedad en la Clínica Médica y Atención Primaria. Buenos Aires: Polemos, 2014.

131 Botargues M. Kuten E. (2008) Depresión, Ansiedad e insomnio. En PROFAM: Salud Mental. Rubinstein E. Zarate M y coll. 3era edición. Buenos Aires: Fundación MF: Para el desarrollo de la Medicina Familiar y la Atención Primaria de la Salud.

132 Minoletti A. (2013) Trastornos de Ansiedad. Manual de salud mental para trabajadores de atención Primaria. Serie Paltex para técnicos medios y auxiliares. Washington DC. Organización

9) Desrealización o despersonalización.
10) Miedo a volverse loco o descontrolarse.
11) Miedo a morir.
12) Parestesias (hormigueos o entumecimientos).
13) Escalofríos o sofocaciones.

Síntomas Cognitivos

Síntomas fisiológicos o somáticos

De los mencionados síntomas, como dijimos, debe haber 4 o más para que la crisis sea completa. Como podemos apreciar, en el cuadro del pánico prevalecen los síntomas fisiológicos, somáticos o neurovegetativos sobre los cognitivos, que se ubican en orden de frecuencia de aparición en los lugares 9 al 11. Entre estos últimos, la sensación de miedo o terror intenso domina el cuadro. Este predominio de los síntomas fisiológicos o somáticos lleva al paciente a suponer que sus síntomas clínicos son más de índole física, por lo que es habitual que concurra a un servicio de emergencia, visite a un cardiólogo o a un clínico, con lo que inicia un largo peregrinar por diferentes especialistas, hasta dar con el diagnóstico adecuado.

¿Qué es la Agorafobia?

La agorafobia es una patología asociada, con altísima frecuencia (70 a 80 % de los casos), al trastorno de pánico y que se desarrolla como consecuencia del mismo en la mayoría de los casos. Anteriormente, se la definía como el miedo a los espacios abiertos, de ahí su nombre, pues "agora" era la plaza o mercado de las ciudades griegas. Hoy se la define como: el miedo a sentirse solo, desamparado, sin escape e imposibilitado de recibir asistencia en caso de tener una crisis de pánico. Se la define también como el miedo a encontrarse en lugares en los que escapar resulte dificultoso[133].

Luego de una evaluación física, los factores de riesgo cardiovascular, el contexto del paciente y la realización de exámenes complementarios en los casos que lo ameriten, debe considerarse la crisis de angustia o ataque de pánico como otra posible causa de estos síntomas.

Se debe descartar:

> Ingestión de medicamentos o sustancias. La ingesta de cocaína puede ocasionar un cuadro similar.

> Otras enfermedades como el hipertiroidismo, trastornos cardiopulmonares, u otro trastorno mental como fobia o estrés postraumático.

Mientras que hasta un tercio de la población puede llegar a experimentar un ataque de pánico en su vida, solamente un 10% de este grupo (aproximadamente 3% de la población) desarrollará un trastorno de pánico[134].

Diagnóstico de trastornos de pánico

Para diagnosticar un trastorno de pánico, tienen que estar presentes los ataques de pánico acompañados de una ansiedad anticipatoria, definida como una inquietud o preocupación continua ante la posibilidad de tener una nueva crisis o sus consecuencias (por ejemplo, pérdida de control, tener un ataque de corazón, "volverse loco") y/o un cambio significativo de mala adaptación en el comportamiento (conductas evitativas) relacionado con los ataques (por ejemplo, comportamientos destinados a evitar los ataques de pánico, como evitación del

133 Cía AH. "La Ansiedad y sus Trastornos, Trastorno de Pánico, Agorafobia y Ansiedad Social", en Tratamiento de la Ansiedad en la Clínica Médica y Atención Primaria. Buenos Aires: Polemos, 2014.

134 Roy-Byrne P. (2014) Pharmacotherapy for panic disorder. UptoDate.

ejercicio o de las situaciones no familiares o de alejarse de lugares considerados no seguros).

Las primeras crisis de pánico del Trastorno de Pánico son espontáneas, o sea que no responden a una situación atemorizante que las desencadene y ocurren entre los 25 y 30 años en promedio, siendo 3 veces más frecuentes en la mujer que en el varón y suelen acompañarse de agorafobia más o menos severa[135].

Podemos decir que la tríada diagnóstica del trastorno de pánico es:

1) Ataque de pánico.
2) Ansiedad anticipatoria.
3) Conductas evitativas[136].

> Trastorno por ansiedad generalizada (TAG)

Es el subtipo de ansiedad más común, con una prevalencia en la población de 2.5 a 6.4%[136]. Es una enfermedad de curso crónico que comienza con síntomas de ansiedad en forma gradual y cursa con remisiones y recaídas.

Las personas que padecen este trastorno presentan un estado de preocupación constante, difícil de controlar, que se acompaña por los síntomas generales de ansiedad. Es común que se presenten en este contexto ataques de pánico y síntomas de depresión.

El trastorno se define por la presencia de ansiedad o preocupación de difícil control por parte del paciente durante por lo menos 6 meses (la mayor parte de los días), asociado a tres o más de los siguientes síntomas[137]:

1) Inquietud o sensación de estar atrapado o con los nervios de punta.
2) Fácilmente fatigado.
3) Dificultad para concentrarse o quedarse con la mente en blanco.
4) Irritabilidad.
5) Tensión muscular.
6) Problemas de sueño (dificultad para dormirse o para continuar durmiendo, o sueño inquieto e insatisfactorio).

La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento. No debe haber otra causa que lo justifique como consumo de drogas, presencia de otras enfermedades.

> Trastorno obsesivo compulsivo (TOC)

Este trastorno se caracteriza por la presencia de ideas repetitivas (obsesiones) que provocan ansiedad y/o conductas repetitivas (compulsiones) que si no se ejecutan provocan una fuerte ansiedad.

135 Cía AH. "La Ansiedad y sus Trastornos, Trastorno de Pánico, Agorafobia y Ansiedad Social", en Tratamiento de la Ansiedad en la Clínica Médica y Atención Primaria. Buenos Aires: Polemos, 2014.

136 Botargues M. Kuten E. (2008) Depresión, Ansiedad e insomnio. Capítulo . En PROFAM: Salud Mental. Rubinstein E. Zarate M y coll. 3era edición. Buenos Aires: Fundación MF: Para el desarrollo de la Medicina

137 AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM V. 2013 http://www.dsm5.org/

138 Minoletti A. (2013) Trastornos de Ansiedad. Manual de salud mental para trabajadores de atención Primaria. Serie Paltex para técnicos medios y auxiliares. Washington DC. Organización Panamericana de la Salud.

GLOSARIO:
El DSM-V define este trastorno por la presencia de obsesiones, compulsiones o ambas, que implican mucho tiempo diario o causan malestar clínicamente significativo.

En los casos severos puede producir discapacidad, por el número de horas diarias dedicadas a estas compulsiones[138].

Las obsesiones se definen por:

> Pensamientos, impulsos o imágenes recurrentes y persistentes que se experimentan, en algún momento durante el trastorno, como intrusas o no deseadas, y que en la mayoría de los sujetos causan ansiedad o malestar importante.

> La persona intenta ignorar o suprimir estos pensamientos, impulsos o imágenes, o neutralizarlos con algún otro pensamiento o acto (es decir, realizando una compulsión).

Las compulsiones se definen por:

> Comportamientos (por ejemplo, lavarse las manos, ordenar, comprobar las cosas) o actos mentales (por ejemplo, rezar, contar, repetir palabras en silencio) repetitivos que el sujeto se ve obligado a realizar como respuesta a una obsesión o de acuerdo con reglas que ha de aplicar de manera rígida.

> El objetivo de los comportamientos o actos mentales es prevenir o disminuir la ansiedad o el malestar, o evitar algún suceso o situación temida; sin embargo, estos comportamientos o actos mentales no están conectados de una manera realista con los destinados a neutralizar o prevenir.

Estos actos resultan claramente excesivos y producen malestar personal e interferencia en la vida cotidiana, lo que los diferencia de los síntomas obsesivo-compulsivos aislados, frecuentes en la vida diaria.

Las obsesiones, por su parte, no se reducen a simples preocupaciones excesivas sobre problemas de la vida cotidiana, sino que son ideas que la persona intenta suprimir o ignorar mediante otros pensamientos o actos, pero que no logra controlar.

> Fobias

Se define como fobia a un miedo irracional o excesivo, desencadenado por la presencia o anticipación de un objeto o situación.

Las fobias se presentan porque la exposición al estímulo fóbico provoca una respuesta inmediata de ansiedad severa, que en algunos casos puede llegar al ataque de pánico. Las personas reconocen que este miedo es excesivo o irracional pero no pueden controlarlo, por lo que las situaciones u objetos fóbicos se tratan de evitar o de lo contrario se soportan a costa de una inmensa ansiedad o malestar. Todo esto interfiere con la rutina normal de la persona, o con sus relaciones laborales o sociales, o bien provocan un malestar clínicamente significativo[139].

[139] Botargues M. Kuten E. (2008) Depresión, Ansiedad e insomnio. En PROFAM: Salud Mental. Rubinstein E. Zarate M y coll. 3era edición. Buenos Aires: Fundación MF: Para el desarrollo de la Medicina Familiar y la Atención Primaria de la Salud.

Dentro de las fobias, se distinguen las fobias simples o específicas y las sociales.
Las fobias simples son aquellas en las que el miedo irracional es desencadenado por objetos o situaciones específicas tales como: pánico a volar, a las alturas, a los animales, a la oscuridad, a la sangre o inyecciones, etc. Son frecuentes en todas las edades.

Las fobias sociales también son muy frecuentes en la población general y se definen por la presencia de un temor intenso y la evitación de situaciones en las que otras personas lo podrían observar con mayor atención y/o criticar, como por ejemplo hablar en público. Tienen una alta comorbilidad con las fobias simples (59%), los trastornos por crisis de angustia o pánico (49%), el abuso de alcohol (19%) y la depresión mayor (17%)[140].

> Trastorno por estrés postraumático (TEP)

Este trastorno ocurre en personas que enfrentaron una situación muy amenazante lo que les provocó, o pudo haberles provocado, un daño psíquico o físico grave (accidente, violación sexual, tortura, desastre natural, acto terrorista, guerra, etc).

La persona presenta recuerdos ansiosos de la experiencia con la sensación de vivirla nuevamente (reexperimentación del evento) y sueños recurrentes sobre ella.
También se caracteriza por la evitación de circunstancias parecidas a dicha experiencia traumática y por estar en un estado de alerta exagerada. Clásicamente, la persona tiene como "flashes" de la situación traumática, donde la sensación es la vivencia real, como si estuviera viviéndolo de nuevo, con las mismas sensaciones y miedos que en ese momento. La reexperiencia persistente del cuadro traumático es el síntoma principal de este trastorno. La misma puede presentarse luego del evento traumático o incluso varios meses o años después de la exposición al trauma.

Diagnóstico [141]

Ante una persona que presenta alguno de los síntomas físicos o emocionales de los trastornos de ansiedad:

1) Descartar que los síntomas de ansiedad se deban a una enfermedad física o a medicamentos utilizados para su tratamiento.

La ansiedad es un síntoma que puede estar presente en diferentes patologías que es conveniente descartar en una persona que se presenta con síntomas ansiosos; sin embargo, diferenciar estas patologías de los trastornos por ansiedad a veces es difícil.

Las enfermedades que producen ansiedad como síntoma secundario pueden ser: trastornos cardiovasculares (arritmias, coronariopatía), epilepsia, feocromocitoma, tirotoxicosis, anemia, y déficit de tiamina. La hipoglucemia, la hipoxia debida a enfermedades respiratorias y el vértigo de causa vestibular también pueden producir síntomas ansiógenos. En caso de existir una enfermedad física, los síntomas ansiosos

140, 141 Minoletti A. (2013) Trastornos de Ansiedad. Manual de salud mental para trabajadores de atención Primaria. Serie Paltex para técnicos medios y auxiliares. Washington DC. Organización Panamericana de la Salud.

deberán reevaluarse luego del tratamiento de la enfermedad de base.

Los medicamentos que pueden ocasionar síntomas ansiosos son los broncodilatadores, insulina, hipoglucemiantes orales, corticoides, levotiroxina, anticolinérgicos, medicamentos simpaticomiméticos, etc. Considerar también algunos preparados supuestamente homeopáticos que en realidad contienen sustancias no homeopáticas estimulantes como hormona tiroidea o anfetaminas.

2) Descartar que los síntomas no sean producidos por el consumo de sustancias psicoactivas o la privación de ellas.

El abuso de sustancias como alcohol, café, cocaína o sustancias estimulantes puede provocar un cuadro ansiógeno así como también el síndrome de abstinencia a benzodiacepinas o a otras drogas ilícitas.

3) Descartar que los síntomas de ansiedad no sean producidos por una depresión o psicosis.

Los cuadros depresivos pueden presentar algunos síntomas similares a los que se presentan en los trastornos de ansiedad, como disminución de la concentración y alteraciones del sueño. Además, depresión y ansiedad son dos trastornos que frecuentemente se presentan de manera concomitante. En este caso, primero debe tratarse la depresión, que en la mayoría de los casos mejora el trastorno ansioso.

Los episodios de psicosis en sus primeras etapas de evolución también pueden ser confundidos con un trastorno de ansiedad, especialmente antes de que las ideas delirantes y las alucinaciones sean claramente evidentes.

4) Determinar el grado de deterioro del funcionamiento de la persona en su actividad principal habitual (trabajo, hogar o estudio).

> **sin deterioro:** la persona es capaz de mantener el 100% de las actividades que realiza en su vida cotidiana a pesar de presentar síntomas ansiosos,
> **deterioro leve:** mantiene el 80% de las tareas principales,
> **deterioro moderado:** su nivel de funcionamiento se encuentra entre un 50 y un 80%,
> **deterioro grave:** disminución de su funcionamiento a menos del 50%,

Herramientas diagnósticas

Recuerde que:
El interrogatorio es la herramienta más importante para realizar el diagnóstico de trastornos de ansiedad.

Es importante determinar no solo la presencia de los síntomas y descartar las situaciones enunciadas anteriormente, sino también determinar la fecha de comienzo de los síntomas y su relación con lo que estaba ocurriendo en la vida del paciente en ese momento (posibles desencadenantes).

Abordaje

Todo paciente que presente síntomas por ansiedad de tal magnitud que interfiera en su calidad de vida debería recibir tratamiento. Es importante identificar qué tipo de trastorno de ansiedad presenta para determinar el mejor abordaje terapéutico. Los trastornos obsesivo-compulsivos así como los trastornos por estrés postraumático y las fobias severas deben ser interconsultadas con el especialista para su manejo y tratamiento.

El abordaje de los trastornos de ansiedad comprende la recomendación de:

> Realizar actividad física en forma regular.

> No ingerir estimulantes como café, mate, bebidas cola, ni consumir cocaina, anfetaminas o derivados.

> Consideración de un tratamiento psicológico en sus diferentes modalidades, como la terapia cognitivo conductual y la terapia conductual. Estas terapias son útiles tanto como monoterapia o en combinación con tratamiento farmacológico (dependiendo del grado de severidad del trastorno).

Se recomienda tratar farmacológicamente a todo paciente que presente síntomas de ansiedad que interfieran en su calidad de vida o a aquellos pacientes en los que se desea prevenir el desarrollo de complicaciones. Antes de indicar tratamiento farmacológico de la ansiedad, se deben considerar los síntomas, la afectación de la calidad de vida y el riesgo de abuso de sustancias.

El tratamiento farmacológico de primera elección en la mayoría de los cuadros de ansiedad son los **inhibidores selectivos de la receptación de serotonina** y no los ansiolíticos (benzodiacepinas)[142].

Si bien las benzodiacepinas en estudios comparativos contra antidepresivos han demostrado mayor alivio a corto plazo (dos semanas) los antidepresivos mostraron ser mejores a los dos meses, ya que provocaban una mayor y más estable remisión sintomática, menor tasa de recaídas, y eran más fáciles de suspender que las benzodiacepinas. Por este motivo las benzodiacepinas se reservan eventualmente para el manejo inicial de estos trastornos o para los cuadros que se sospeche que son episódicos. No se recomiendan por más de uno o dos meses por su potencial de provocar abuso, tolerancia y dependencia.

Ante aquellos pacientes que solicitan recibir una benzodiacepina para estar más tranquilos, porque presentan muchos síntomas de ansiedad en su vida cotidiana, pero que no tienen un diagnóstico claro de trastorno de ansiedad, se les debe explicar las consecuencias adversas a largo plazo del uso de estos fármacos. Estos pacientes debieran reflexionar sobre cuáles son los estresores que presentan y qué es lo que les está sucediendo que genera un mayor nivel de ansiedad.

142 Minoletti A. (2013) Trastornos de Ansiedad. Manual de salud mental para trabajadores de atención Primaria. Serie Paltex para técnicos medios y auxiliares. Washington DC. Organización Panamericana de la Salud.

Puede ser de ayuda[143]:

> Identificar cuáles son los problemas por su nivel de complejidad.
> Asignar prioridades.
> Reconocer aquello que está más allá del control personal.
> Planificar y organizarse.
> Tener objetivos y agenda que puedan cumplirse.
> Tener "resto" para lo imprevisto.
> Mantenerse saludable respetando el descanso y alimentándose adecuadamente.
> Aprender a relajarse con alguna técnica.
> Evitar el alcohol, tabaco y café.
> Hacer ejercicio.
> Buscar el equilibrio entre la vida personal y laboral.

De considerar el uso de benzodiacepinas, realizar un tratamiento intermitente para evitar la tolerancia y la dependencia.

Haremos una breve descripción del tratamiento del trastorno de ansiedad generalizada y del tratamiento del trastorno de pánico o por crisis de angustia.

Tratamiento del Trastorno de Ansiedad Generalizada

El abordaje puede realizarse mediante psicoterapia y/o con tratamiento farmacológico, según la severidad de cada caso en particular.

Las drogas de primera elección para el tratamiento de este trastorno son los inhibidores de la recaptación de serotonina[144, 145]. Estos incluyen la sertralina, la fluoxetina, paroxetina, citalopram y escitalopram. Todos presentan un perfil de eficacia similar. Estas drogas son la primera elección aun cuando los pacientes no presenten signos concomitantes de depresión.

Inhibidores de la recaptación de serotonina (IRSS)

Entre los **efectos adversos de los IRSS** se mencionan: náuseas, molestias abdominales, diarrea, cefalea, insomnio y agitación e irritabilidad (ansiedad paradójica), y disfunciones sexuales. Estos efectos adversos son dosis dependientes y generalmente van disminuyendo luego de la primera semana de tratamiento. Las disfunciones sexuales son un efecto adverso muy común de duración más prolongada. Los pacientes pueden referir disminución de la libido, anorgasmia o eyaculación retardada.

La fluoxetina puede ser más estimulante para algunos pacientes y presentar más interacciones medicamentosas con otras drogas (por ejemplo, clopidogrel) mientras que la paroxetina tiene un efecto más sedativo (por lo que podría indicarse por la noche) y algunos efectos anticolinérgicos. La sertralina es más propensa a producir diarrea y también tener un efecto estimulante. La fluoxetina y la sertralina se denominan IRSS no sedantes.

143 Botargues M. (2007) Ansiedad. Sección 5, capítulo 37. En Rubinstein A y Terrasa S. Medicina Familiar y Práctica Ambulatoria. 2da Edición. Buenos Aires. Argentina.

144 Bystritsky A. (2014) Pharmacotherapy for generalized anxiety disorder. UptoDate.

145 Minoletti A. (2013) Trastornos de Ansiedad. Manual de salud mental para trabajadores de

En relación al citalopram y el escitalopram, este último presenta una eficacia superior en comparación con el citalopram, un comienzo de acción más temprano y un perfil de efectos adversos más favorable. Ambas presentan menores interacciones con otras drogas que los IRSS anteriormente mencionados.

La elección de la droga para iniciar tratamiento dependerá fundamentalmente del perfil de efectos adversos y de los costos. Según la evidencia actual, para el trastorno de ansiedad generalizada, la sertralina es la más costo-efectiva[146].

Todas presentan una latencia en el inicio del efecto de 4 semanas aproximadamente. La administración de una benzodiacepina (por ejemplo, lorazepam 1-2 mg/d) podría utilizarse en los pacientes que presenten síntomas ansiógenos durante este lapso. Deben utilizarse solo por un corto período.

Las dosis recomendadas de los IRSS son las siguientes:[147]

Tabla 9 - Dosis recomendada de los Inhibidores de la recaptación de serotonina (IRSS)

Droga	Dosis diaria inicial	Rango dosis diario
Fluoxetina	10 mg	20-60 mg
Sertralina	25 mg	50-200 mg
Paroxetina	10 mg	20-60 mg
Citalopram	10-20 mg	20-60 mg
Escitalopram	5-10 mg	10-30 mg

Fuente: Botargues M. Ansiedad. Sección 5, capítulo 37. En Rubinstein A y Terrasa S. Medicina Familiar y Práctica Ambulatoria. 2da Edición. Buenos Aires. Argentina. 2007

Se recomienda iniciar con una dosis baja para generar tolerancia a los efectos adversos y citar al paciente a las 2 semanas de iniciado el tratamiento para evaluar la presencia de los mismos y su tolerancia, e ir aumentando gradualmente la dosis. Si luego de 6-8 semanas de tratamiento a dosis terapéutica no hay signos de mejoría, debiera evaluarse la adherencia al tratamiento y/o considerar el tratamiento con una droga diferente.

Antidepresivos inhibidores de la recaptación de serotonina y noradrenalina (antidepresivos duales)

El tratamiento de este trastorno también puede realizarse con los antidepresivos inhibidores de la recaptación de serotonina y noradrenalina (antidepresivos duales). Los que están aprobados para el tratamiento del trastorno de ansiedad generalizado son la venlafaxina y la duloxetina[148]. Estos fármacos presentan un perfil de eficacia y tolerancia similar a los IRSS y pueden considerarse también de primera línea cuando los IRSS por algún motivo no se utilicen.

146 National Institute for Health and Clinical Excellence. NHS. Generalised anxiety disorder and panic disorder (with or without agoraphobia) in adults: Management in primary, secondary and community care. Nice Clinical Guideline 113. 2011.

147 Botargues M. (2007) Ansiedad. Sección 5, capítulo 37. En Rubinstein A y Terrasa S. Medicina Familiar y Práctica Ambulatoria. 2da Edición. Buenos Aires. Argentina.

148,149 Bystritsky A. (2014) Pharmacotherapy for generalized anxiety disorder. UptoDate.

Los efectos **adversos de los antidepresivos inhibidores de la recaptación de serotonina y noradrenalina** (antidepresivos duales) que pueden presentarse con su uso son: nauseas, mareo, insomnio, sedación, constipación, sudoración y disfunción sexual. La venlafaxina puede aumentar la presión arterial, por lo que se recomienda el monitoreo de la misma durante el tratamiento[149].

Las dosis iniciales para la venlafaxina son 25 mg/d y para la duloxetina 30 mg/d, mientras que el rango de dosis es de 75-300 mg para la venlafaxina y 60-120 mg para la duloxetina.

La duración del tratamiento es de un año aproximadamente si hubo remisión completa de los síntomas, pudiendo prolongarse o reiniciarse a criterio médico, ya que las recaídas son frecuentes.

Antidepresivos tricíclicos, benzodiacepinas y algunos anticonvulsivantes

Las drogas de segunda elección para el tratamiento del trastorno de ansiedad generalizada incluyen los antidepresivos tricíclicos, las benzodiacepinas y algunos anticonvulsivantes[150].

El antidepresivos tricíclicos que se recomienda para este trastorno es la imipramina[151]. Sin embargo, se prefieren los IRSS por el peor perfil de efectos adversos y la cardiotoxicidad que presentan los antidepresivos tricíclicos.

En cuanto a las benzodiacepinas, si bien son efectivas para controlar rápidamente los síntomas, dado su perfil de abuso y tolerancia, no constituyen una primera elección terapéutica.

Pueden considerarse para el tratamiento inicial durante el tiempo de latencia de acción de los IRSS o en aquellos que presenten síntomas de ansiedad paradójicos al inicio del tratamiento con IRSS. También considerar su uso en pacientes con trastorno de la ansiedad generalizada crónico, con mínimos síntomas depresivos, sin historia de abuso de sustancias que no hayan respondido al tratamiento con antidepresivos o presenten contraindicaciones o intolerancia con su uso[152].

El tratamiento con benzodiacepinas debe durar el menor tiempo posible, para evitar las situaciones de dependencia, abuso y abstinencia. **Si las mismas son utilizadas a largo plazo (más de 6 semanas) desarrollan dependencia.** Esto ocurre especialmente con las benzodiacepinas de acción corta como el alprazolam. Esto significa que al dejar de consumirlas generan síntomas de supresión o abstinencia:

> Ansiedad de rebote.
> Taquicardia.
> Insomnio.
> Cefalea.
> Temblor.

150, 151, 152 Bystritsky A. (2014) Pharmacotherapy for generalized anxiety disorder. UptoDate.

153, 154, 155 Roy-Byrne P. (2014) Pharmacotherapy for panic disorder.UptoDate.

Tabla 10 - Dosis de las principales benzodiacepinas

Fármaco	Dosis usual	Rango de dosis	Tomas diarias	Equivalencia	Vida media eficaz*
Alprazolam	0.5 a 2 mg	0.75 a 10 mg	2 a 4	0.5 mg	Corta
Lorazepam	2 a 4 mg	2 a 6 mg	2 a 3	1 mg	Corta
Clonazepam	0.5 a 1 mg	0.5 a 4 mg	1 a 3	0.25 mg	Intermedia
Bromazepam	1.5 a 3 mg	1.5 a 3 mg	2 a 3	3 mg	Intermedia
Diazepam	2 a 10 mg	2 a 10 mg	3 a 4	5 mg	Larga

(*) Corta: 12 a 24 hs. Intermedia: cerca de 24 hs. Larga: mayor de 24 hs.

Fuente: Botargues M. Ansiedad. Sección 5, capítulo 37. En Rubinstein A y Terrasa S. Medicina Familiar y Práctica Ambulatoria. 2da Edición. Buenos Aires. Argentina. 2007

Tratamiento del trastorno de pánico o por crisis de angustia

El abordaje terapéutico de este trastorno tiene como objetivo:

> Disminuir la frecuencia de los ataques de pánico.
> La ansiedad anticipatoria.
> Las conductas evitativas.

Los antidepresivos constituyen la primer línea de tratamiento, solos o en combinación con una terapia cognitivo conductual[153]. De elección, son los inhibidores de la recaptación de serotonina.

Al igual que para los trastornos de ansiedad generalizada, se recomienda comenzar con dosis bajas e ir aumentando la dosis gradualmente hasta llegar a las dosis de mantenimiento.

En los pacientes que no respondan a este grupo de fármacos se recomienda el tratamiento con los inhibidores de la recaptación de serotonina y noradrenalina, como la venlafaxina en su formulación de liberación prolongada, comenzando con una dosis de 37.5 mg/d, incrementándola a 75 mg/d luego de una semana y a 150 mg/d luego de dos o tres semanas[154].

Si bien los antidepresivos tricíclicos han demostrado eficacia en este trastorno, quedan relegados a una segunda opción dado que tienen mayores efectos adversos.

El tratamiento farmacológico debe realizarse hasta por lo menos un año luego de que los síntomas hayan sido controlados.

Como en el trastorno de ansiedad generalizada, el tratamiento con benzodiacepinas está indicado durante el periodo de latencia de acción de los antidepresivos para aquellos pacientes que presenten síntomas severos y deterioro funcional importante por la presencia de los mismos, ya que su rápido inicio de acción produce un rápido alivio.
Entre las benzodiacepinas, se recomienda utilizar las que tienen acción más larga como el clonazepam, ya que de este modo hay menos incidencia de ansiedad de rebote en los

intervalos interdosis, aunque drogas de acción más corta como el lorazepam y el alprazolam, también han demostrado ser eficaces.

El clonazepam presenta ventajas sobre el alprazolam: la vida media más prolongada del clonazepam permite su uso en 1 o 2 dosis diarias, contra las 3 o 4 del alprazolam. Este último también está asociado a generar mayor ansiedad entre la toma de las dosis y un síndrome de abstinencia más intenso cuando se lo retira.

La dosis inicial del clonazepam es 0.5 mg por la noche, pudiendo ser dividida esta dosis en 2 tomas si fuera necesario. Puede incrementarse hasta 3 mg/d. El alprazolam puede iniciarse con una dosis de 0.25 mg 3 o 4 veces por día, pudiéndose aumentar hasta 2 mg/día.

De ser utilizadas, es imprescindible recordar que benzodiacepinas deben ser discontinuadas gradualmente (disminuir entre un 10-25% de la dosis cada 2 semanas); otra opción, si el paciente está recibiendo una benzodiacepinas de acción corta, como el alprazolam (que son las que más generan abstinencia), es rotarla por una de vida media larga a dosis, como el diazepam, ya que éstas tienden a acumularse y eliminarse lentamente, sin producir tanta abstinencia. Se debe rotar a una dosis equivalente y luego también suspenderla gradualmente[155]. Si se discontinúan rápidamente puede aparecer un síndrome de abstinencia muy desagradable y en ocasiones riesgoso para el paciente. **Tener en cuenta que los tratamientos de más de seis semanas desarrollan una fuerte dependencia.**

Tratamiento del ataque de pánico agudo

El trato amigable y contenedor por parte del equipo de salud, junto con medidas de relajación ayudan a empezar a disminuir la angustia y la hiperventilación que acompañan a este trastorno y que suele ocasionar taquicardia, vértigo o mareos.

Se debe administrar una benzodiacepina de acción corta, preferentemente por vía sublingual para acelerar el pico plasmático, como el lorazepam sublingual 1 o 2 mg, o alprazolam vía oral 0.5 a 2 mg.

Según cada paciente se deberá individualizar el tratamiento de mantenimiento que necesitará luego de la crisis aguda. Se debe considerar continuar con una benzodiacepina como el clonazepam 0.5 mg/d durante un corto plazo, iniciar IRSS, comenzar una psicoterapia o una combinación de estos tratamientos.

Opciones o posibles conductas a seguir por el médico no psiquiatra en la consulta ante la presencia de una probable psicopatología (Cía A., 2014) 9

> Opción DD: Detección o Diagnóstico y Derivación inmediata a psicopatología o a un servicio de Salud Mental. Se recomienda cuando hay comorbilidad de cualquier trastorno de ansiedad con depresión moderada a severa, ideación o intencionalidad suicida, o si el diagnóstico principal son fobias específicas, ansiedad social, TOC o TEPT.
> Opción TPN: Tratamiento en el Primer Nivel asistencial, por el médico de familia, de atención primaria o clínico no psiquiatra. Se puede implementar en casos de crisis de pánico o TP, TAG, depresiones leves, somatizaciones o estrés agudo.
> Opción TID: (Tratamiento Inicial con Derivación) posterior a salud mental si en el caso anterior no hay respuesta, o si el paciente se complica, o si mejora parcialmente, pero no se resuelve del todo el problema o cuadro clínico pasado un lapso prudencial.
> Opción MTC: Modelo de Tratamiento Colaborativo entre agentes del primer nivel asistencial y de Salud Mental (médico no psiquiatra en conjunto con un psicólogo o un psiquiatra, especialmente indicado si el paciente reside en lugares muy alejados de servicios de salud mental).

Ejercicio 5 de Comprensión y Aplicación

Reflexione y resuelva las preguntas acerca de las situaciones clínicas que se presentan a continuación.

> Roberto, 41 años.

Tiene sobreturno en el día de hoy porque refiere que hace 4 días tuvo que concurrir a la guardia del hospital porque mientras estaba en su casa empezó a sentirse un poco mareado, con falta de aire y hormigueos en ambos brazos. Cuando llegó a la guardia además presentaba taquicardia, estaba sudoroso y sentía que se iba a morir. Le realizaron un ECG, luego fue evaluado y diagnosticado como ataque de pánico, indicándole el médico en ese momento un comprimido sublingual de lorazepam y que haga una consulta con su médico de cabecera a la brevedad. Le cuenta que éste no es el primer ataque de pánico que presenta, sino que en los últimos 2 años ya ha tenido varios, pero éste último fue mucho más intenso, que ya ha realizado tratamiento con alprazolam 0.5 mg una vez al día durante casi un año, pero desde hace unos meses que no lo toma más porque se encontraba bien. Nunca realizó ninguna psicoterapia.

Como antecedentes personales presenta colon irritable y cefaleas tensionales frecuentes. No toma medicaciones en forma crónica, solo analgésicos ocasionalmente y trimebutina cuando tiene malestares abdominales. Fuma 15 cigarrillos por día. No realiza actividad física. Es directivo en una empresa y tiene muchas presiones para lograr los objetivos comerciales de su gerencia. Se lleva bastante mal con su equipo de trabajo, con el que pelea continuamente. Siempre anda muy irritable, siente que permanentemente tiene los "nervios de punta". También duerme poco y mal, ya que le cuesta mucho conciliar el sueño y luego se despierta 1 o 2 veces por la noche. Últimamente también se está peleando mucho con su esposa. Desde hace años que buscan un embarazo pero no lo logran, ya han realizado varios tratamientos de fertilización sin éxito. Este tema lo angustia porque cree que ha influenciado mucho en la relación de pareja. Usted lo nota muy ansioso y temeroso de volver a tener otro ataque de pánico, le refiere que en estos días hasta que consiguió verlo prácticamente no salió de su casa por temor a que le vuelvan los síntomas del ataque de pánico.

1er. Paso Defina los problemas de salud que Roberto presenta en esta consulta. ¿Existe algún problema de salud mental al momento de la consulta?

.....

.....

.....

¿Realizaría examen físico?

.....

.....

.....

¿Solicitaría estudios complementarios?

.....

.....

.....

2do. Paso ¿Cuáles serían los objetivos terapéuticos con este paciente?

.....

.....

.....

3er. Paso ¿Qué conducta terapéutica adoptaría para conseguir los mismos?

.....

.....

.....

4to. Paso Realice la prescripción.

.....

.....

.....

Utilizando la CEPS-AP codifique el problema de salud/motivo de consulta de Roberto.

Diagnóstico	CEPS-AP		

.....

.....

.....

5to. Paso De instrucciones al paciente.

.....

.....

.....

6to. Paso ¿Como va a realizar el seguimiento del tratamiento?

.....

.....

.....

b) Para esta parte del Ejercicio debe completar las celdas vacías del siguiente cuadro sobre benzodiacepinas:

Droga	Dosis habitual	Dosis equivalente	Vida media
Alprazolam	0,5 a 2 mg		
Clonazepan			
Lorazepam			Corta
Diazepam			
Bromazepam			Intermedia

6 Consumo problemático de alcohol y otras sustancias psicoactivas

Las sustancias psicoactivas son todas aquellas que tienen la facultad de modificar la conciencia, el ánimo y los procesos cognitivos y volitivos en el individuo; ya que actúan sobre los mecanismos cerebrales que los sustentan; y además, generan cambios psicofisiológicos que determinan una apetencia imperiosa y una conducta de dependencia por la sustancia[156].

Cualquier droga consumida en exceso provoca una activación directa del sistema de recompensas del cerebro que participa en el refuerzo de los comportamientos y la producción de recuerdos. Provocan una activación tan intensa del sistema de recompensas que se ignoran las actividades normales[157].

El alcohol es una de las principales sustancias psicoactivas que se consume en la población general. La marihuana es la droga ilícita más ampliamente usada en la región de las Américas, seguida de la cocaína y las anfetaminas, siendo menor el consumo de éxtasis y opiáceos[158].

El uso nocivo de estas sustancias constituye un grave problema social y de salud pública, ya que es causa fundamental de traumatismos, accidentes de tránsito, violencia y muertes prematuras, con grandes consecuencias que repercuten no solo en el individuo afectado sino también en la familia y la comunidad.

El promedio de consumo de alcohol per cápita en la región de las Américas es de 8.7 litros al año, lo cual representa un consumo 40% superior al promedio mundial 6.2 litros (con grandes variaciones entre países, desde 10 litros en Argentina, Perú y Uruguay a 4 litros en Guatemala y Nicaragua)[159].

En la Región de las Américas, el alcohol fue el factor de riesgo principal para la carga de morbilidad, superando al tabaquismo como el factor de riesgo.

Uso de alcohol	**9.8**
Tabaco fumado	**6.5**
Sobrepeso y obesidad	**5.2**
Hipertensión arterial	**4.5**
Colesterol alto	**3.3**
Sexo no seguro	**2.3**
Baja ingesta frutas/verduras	**2.2**
Inactividad física	**1.8**
Uso de drogas ligeras	**1.8**
Agua e higiene no seguros	**1.5**

Fuente: Ministerio de Salud de la Nación. Normativas Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones. Normativa nacional en políticas sanitarias de prevención y lucha frente al consumo excesivo de alcohol. Año 2011

156 Ministerio de Salud de la Nación. Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones. Lineamientos Normativos para la Atención Integral de la Población frente al consumo excesivo de alcohol y otras Sustancias Psicoactivas. 2011

157, 158 American Psychiatric Association (APA). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM V. 2013 http://www.dsm5.org

159 Minoletti A. Montenegro M. y coll. Trastornos por uso de alcohol y drogas. Manual de salud mental para trabajadores de atención Primaria. Serie Paltex para técnicos medios y auxiliares. Washington DC. Organización Panamericana de la Salud. 2013

160, 161, 162 Ministerio de Salud de la Nación. Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones. Lineamientos Normativos para la Atención Integral de la Población frente al consumo excesivo de alcohol y otras Sustancias Psicoactivas. 2011

163 Meza V. Detección temprana y seguimiento de factores de riesgo cardiovascular y enfermedades oncológicas en el primer nivel de atención. Terapéutica Racional en APS. Unidad 1. Programa Remediar. Ministerio de Salud de la Nación. Año 2012

Los trastornos derivados de los diferentes patrones de consumo de alcohol incluyen la intoxicación aguda por alcohol, consumo perjudicial de alcohol, síndrome de dependencia de alcohol y el estado de abstinencia de alcohol.

De estos trastornos describiremos el **consumo perjudicial y la dependencia.** También es importante saber que, previo a estos dos trastornos, la persona pasa por un período de consumo de riesgo donde también se pueden realizar intervenciones con el fin de evitar la progresión en el consumo.

Intoxicación aguda: es un trastornos transitorio que sigue a la ingesta de alcohol y que causa alteraciones de la conciencia, del funcionamiento cognitivo, la percepción, el afecto o la conducta.

Consumo de riesgo: se trata de un patrón de consumo de alcohol o sustancias psicoactivas tal, que si persiste en el tiempo, hay probabilidad de consecuencias adversas, sea por la aparición de daños en la salud y/o de otro tipo de consecuencias negativas sociales, jurídicas, etc. Es una condición previa al consumo perjudicial[160].

Consumo perjudicial: se refiere a un patrón de consumo de sustancias que daña la salud. El daño puede ser físico, mental o social. El consumo produce consecuencias directa o indirectamente negativas para el individuo o para terceros, en las áreas de salud, armonía familiar, rendimiento (laboral o escolar), seguridad personal y funcionamiento social, etc.[161]

Dependencia: conjunto de manifestaciones fisiológicas, comportamentales y cognoscitivas, que demuestran que el consumo de una o más sustancias adquiere, para la persona afectada, una prioridad desproporcionada con relación a otras conductas que antes tenían alto valor. La manifestación característica de la dependencia es el deseo imperioso (compulsión, "craving") de incorporar o utilizar la sustancia[162].

Si bien un moderado consumo de alcohol se asocia a menor riesgo de eventos cardiovasculares, el alcohol puede presentar riesgos para la persona. En caso de consumir alcohol se recomienda no sobrepasar dos medidas diarias estándar en el hombre y una en la mujer. A continuación se muestran ejemplos de medidas estándar[163].

> Rastreo de alcoholismo

Cerveza 330 ml | Whisky 40 ml | Vino 140 ml

El rastreo de alcoholismo en atención primaria es efectivo para la detección precoz de riesgo o trastorno asociado al alcohol, lo que permite intervenciones oportunas y efectivas.

Las consultas por problemas relacionados con el alcoholismo son frecuentes, pero las personas generalmente no relacionan sus síntomas a su problema hasta que las consecuencias son notorias. Las consultas directamente por alcoholismo son raras y generalmente la persona, cuando consulta por alcoholismo, en un primer momento suele hacerlo frente a la preocupación o inducción de su familia y no porque posee verdadera conciencia de enfermedad.

La importancia del rastreo radica en poder detectar a estas personas que, de otro modo, quedarían por fuera de recibir intervenciones que los ayudarían a mejorar su calidad de vida.

Método de rastreo: identificación de bebedores de riesgo (AUDIT)

Si bien existen diferentes métodos para pesquisar el alcoholismo, se propone realizar tamizaje con el instrumento desarrollado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), el **"Cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos al Consumo de Alcohol"**, más conocido por sus siglas en inglés: AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test).

Se trata de un test de screening diseñado específicamente para su uso en el ámbito de la atención primaria, que presenta como ventaja su simplicidad, brevedad y la evidencia en varios países y culturas sobre su validez y confiabilidad[164].

El cuestionario está compuesto por 10 preguntas que tienen de 3 a 5 alternativas de respuesta. Para completarlo requiere que se le explique al paciente el significado de una "consumición" o "unidad de bebida estándar".

Consumición o unidad de bebida estándar: es aquella ingesta de una bebida que contiene aproximadamente 10 gramos de alcohol puro. Como se menciona anteriormente, una medida estándar es:

1 botella de cerveza (330 ml al 5% de alcohol)
1 vaso de vino (140 ml al 12 % de alcohol)
1 copa de destilados (40 ml al 40% de alcohol)

El AUDIT puede ser administrado al paciente para que lo responda por su cuenta o bien ser el profesional el que le haga las preguntas.

[164] Minoletti A. Montenegro M. y coll. Trastornos por uso de alcohol y drogas. Manual de salud mental para trabajadores de atención Primaria. Serie Paltex para técnicos medios y auxiliares. Washington DC. Organización Panamericana de la Salud. 2013

Tabla 12 - AUDIT. Cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos al Consumo de Alcohol

DIRECCION NACIONAL DE SALUD MENTAL Y ADICCIONES
PROGRAMA NACIONAL DE PREVENCIÓN Y LUCHA FRENTE AL USO NOCIVO DE ALCOHOL

Test de identificación de Trastornos por consumo de alcohol

EDAD _____ Sexo_____ Localidad _____

Institución_____ Municipio_____

Preguntas	0	1	2	3	4	Puntos
1. ¿Con qué frecuencia consume alguna bebida alcohólica? Por ej: cerveza, vino, fernet	Nunca pase a la Nº9	Una o menos veces al mes	De 2 a 4 veces al mes	De 2 a 3 veces a la semana	4 o más veces a la semana	
2. ¿Cuántas unidades estándar de bebidas alcohólicas suele beber en un día de consumo normal?	1 o 2	3 o 4	5 o 6	De 7 a 9	10 o más	
3. ¿Con que frecuencia toma 6 o más bebidas alcohólicas en un solo día?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensual-mente	Semanal-mente	A diario o casi a diario	
4. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha sido incapaz de parar de beber una vez que había empezado?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensual-mente	Semanal-mente	A diario o casi a diario	
5. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no pudo hacer lo que esperaba de usted porque había bebido?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensual-mente	Semanal-mente	A diario o casi a diario	

6. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha necesitado beber en ayunas para recuperarse después de haber bebido mucho el día anterior?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensual-mente	Semanal-mente	A diario o casi a diario	
7. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año, ha tenido remordimiento o sentimiento de culpa después de haber bebido?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensual-mente	Semanal-mente	A diario o casi a diario	
8. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año, no ha podido recordar lo que sucedió la anterior porque había bebido?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensual-mente	Semanal-mente	A diario o casi a diario	
9. ¿Usted o alguna otra persona ha resultado herido porque usted había bebido?	No		Si, pero no en el curso del último año		Si, en el último año	
10. ¿Algún familiar, amigo, médico o profesional sanitario ha mostrado preocupación por su consumo de bebidas alcohólicas o le ha sugerido que deje de beber?			Si, pero no en el curso del último año		Si, en el último año	
					Total	

Su puntuación total es:

De 0 a 7: Ud. parece beber en forma responsable. Siga así.
De 8 a 15: Ud. parece estar usando el alcohol en un nivel de riego. Se le dedicará una consejería sobre beber sin riegos.
De 16 a 19: Ud. parece estar en un nivel de problemas con su manera de beber. Se le indicará una consulta para un estudio más detenido.
De 20 y más: sugerimos que Ud necesita de un estudio más detenido para evaluar su nivel de riesgo con su manera de beber alcohol.

[165] Minoletti A. Montenegro M. y coll. Trastornos por uso de alcohol y drogas. Manual de salud mental para trabajadores de atención Primaria. Serie Paltex para técnicos medios y auxiliares. Washington DC. Organización Panamericana de la Salud. 2013

[166] Minoletti A. Montenegro M. y coll. Trastornos por uso de alcohol y drogas. Manual de salud mental para trabajadores de atención Primaria. Serie Paltex para técnicos medios y auxiliares. Washington DC. Organización Panamericana de la Salud. 2013

Felicitaciones
Usted ha sido franco/a con usted mismo/a.
Ahora muestre sus respuestas al profesional que lo atenderá.
¡Usted decide!

Fuente: Ministerio de Salud. Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones.

Para efectos prácticos, en el caso de mujeres embarazadas, en lactancia o de niños menores de 12 años, debe considerarse un punto de corte igual a 0.

Si el puntaje es incierto o dudoso, es conveniente revisar los indicadores de valor más determinante en el cuestionario:

Pregunta 2: Puntaje igual o mayor que 2, indica consumo en nivel riesgo.
Pregunta 3: Puntaje igual o superior a 1, indica consumo en nivel de riesgo.
Pregunta 4, 5 y 6: Puntaje de 1 y más en cualquiera de ellas indica presencia o inicio de una dependencia al alcohol.
Pregunta 7 a 9: Indica que se están presentando problemas o daños relacionados con el consumo de alcohol.
Pregunta 9 y 10: Pueden mostrar evidencias de problemas pasados (no en el último año) o presentes. Incluso si no hay consumo actual, son antecedentes para un mayor grado de apoyo y controles del consultante.

> Rastreo del consumo de riesgo de drogas: ASSIST

Para este rastreo se recomienda utilizar el cuestionario de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias, más conocido por sus siglas en inglés ASSIST[165] (Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test), que fue desarrollado también por la OMS.

El cuestionario consiste en 8 preguntas que son realizadas por un profesional de la salud. Los resultados informan la puntuación de riesgo para cada sustancia que la persona informa haber consumido. (Ver en anexo 1 el cuestionario ASSIST)

Evaluación diagnóstica

A las personas a las que el cuestionario AUDIT les haya dado más de 20 puntos o a aquellas personas con más de 27 en el cuestionario ASSIST (o que hayan utilizado drogas por vía inyectable en los últimos 3 meses) se recomienda evaluar[166]:

> Presencia de enfermedad física relacionada al consumo de alcohol o drogas:

Para alcohol: signos de enfermedad hepática, hipertensión arterial, diabetes tipo 2, neuropatías.

Para alcohol y drogas: signos de enfermedades infecciosas (tuberculosis, HIV, hepatitis C o B), signos de lesiones corporales especialmente fracturas, desnutrición.

> Presencia e intensidad de síndrome de abstinencia.

> Presencia de otro padecimiento mental asociado.

> Presencia de dependencia al alcohol o drogas: en el caso de alcohol un puntaje mayor a 20 en el AUDIT señala una alta posibilidad de dependencia, en especial si las siguientes preguntas tuvieron un puntaje alto:

Pregunta 4: pérdida de control sobre el consumo

Pregunta 5: aumento de la relevancia del consumo

Pregunta 6: consumo matutino

Abordaje

En los casos de consumo en riesgo o perjudicial considere realizar intervenciones breves; que se caracterizan por ser de baja intensidad y corta duración.

Pueden consistir en:

> Mostrar los resultados del cuestionario o las características del consumo, informar que el modo de consumo actual ya está produciendo daños físicos, psicológicos, familiares y/o sociales.

> Analizar con la persona las razones por las que consume, pregúntele sobre los beneficios percibidos por el consumo y sobre el daño real y/o potencial. Cuestione la sobreestimación de los beneficios y mencione los aspectos negativos que estuvieran siendo subestimados.

> De acuerdo al grado en que se encuentre la persona en el proceso de cambio según el siguiente esquema, realice las intervenciones que se mencionan:

Tabla 13 - Estados del cambio e intervenciones breves (adaptado de Prochaska y Di Clemente)

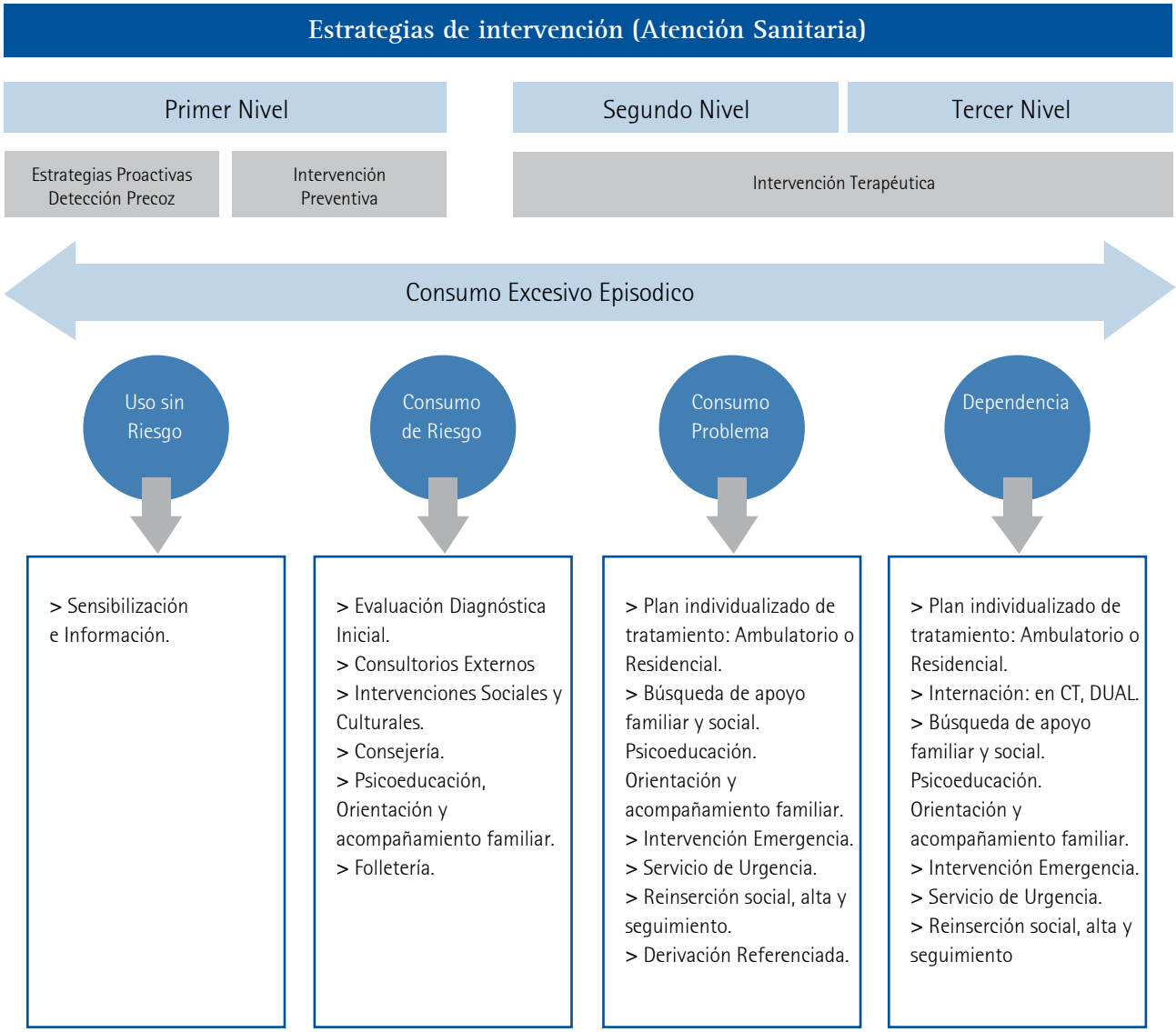
Estado	Características	Intervenciones
Precontemplación	La persona no piensa cambiar en un futuro próximo y puede no darse cuenta de las consecuencias de continuar con el mismo consumo.	Retroalimentación sobre los resultados del tamizaje y los efectos del consumo en el cumplimiento de sus metas actuales de vida más importantes.
Contemplación	La persona se da cuenta de las consecuencias del consumo pero está ambivalente para cambiar.	Resaltar los beneficios de un cambio para mejorar su vida actual (de acuerdo a las motivaciones de la propia persona).
Preparación	La persona ya ha decidido cambiar y está pensando cómo lograrlo.	Ayuda a fijar una meta sobre reducción de consumo o abstinencia y mostrar caminos de acción.
Acción	La persona ha logrado algún período de reducción de consumo o abstinencia, pero sin cambios permanentes.	Identificar situaciones de riesgo en las que ha recaído y ayudar a descubrir formas efectivas de enfrentarlas.
Mantenimiento	La persona ha logrado un período de reducción de consumo o abstinencia con alguna permanencia mayor.	Identificar y reforzar las conductas exitosas para lograr su meta de reducción de consumo o abstinencia.

Fuente: Minoletti A. Montenegro M. y coll. Trastornos por uso de alcohol y drogas. Manual de salud mental para trabajadores de atención Primaria. Serie Paltex para técnicos medios y auxiliares. Washington DC. Organización Panamericana de la Salud. 2013

En los casos de pacientes con consumo de riesgo o dependencia es necesaria la derivación del paciente al 2do. o 3er. nivel de atención o a las redes estatales y no estatales especializadas en el abordaje de personas con consumo problemático o dependencia (según los recursos comunitarios disponibles en su lugar de trabajo).

El rol del médico de atención primaria en estos casos consiste también en colaborar para que el paciente pueda adherir a un programa de tratamiento. Estos casos requieren un abordaje interdisciplinario, en el que intervengan especialistas como psiquiatras, psicólogos o profesionales especialistas en adicciones. La intervención terapéutica que se desarrollará consistirá en un plan de tratamiento personalizado, orientado a obtener la moderación o la supresión del consumo, el mejoramiento de las condiciones generales de salud física y mental, una rehabilitación de la conducta individual y social (ajuste psicosocial) y la reinserción social.

Figura 2: Estrategias de intervención para el consumo excesivo de alcohol y otras sustancias.



Fuente: Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones. Ministerio de salud de la Nación Argentina.

> Síndrome de abstinencia de sustancias psicoactivas [167, 168]

Los síntomas de abstinencia se presentan dentro de las 6 hs. de la cesación de la ingesta de alcohol y pueden ceder a las 24-48 hs.

Pueden ser leves como:

> Temblores.
> Diaforesis.
> Náuseas y otras molestias gastrointestinales.
> Palpitaciones.
> Anorexia.

[167] Minoletti A. Montenegro M. y coll. Trastornos por uso de alcohol y drogas. Manual de salud mental para trabajadores de atención Primaria. Serie Paltex para técnicos medios y auxiliares. Washington DC. Organización Panamericana de la Salud. 2013

[168] Kuten E. Alcoholismo. PROFAM Salud Mental. 3era Edición. Fundación MF "Para el desarrollo de la Medicina Familiar y la Atención Primaria de la Salud". Hospital Italiano de Buenos Aires

Glosario
Convulsiones tónico-clónicas: también llamadas convulsiones, crisis de gran mal, convulsión generalizada o crisis epiléptica. Es un trastorno convulsivo generalizado que se caracteriza por convulsiones motoras mayores que se continúan con un estado profundo de depresión de la conciencia (estado postictal) que mejora gradualmente en minutos a horas.

Glosario
Encefalopatía de Wernicke: trastorno neurológico agudo caracterizado por la presencia de oftalmoplejía, ataxia y encefalopatía, que se origina por un déficit de tiamina, un componente del complejo vitamínico B, que ocurre muchas veces en el contexto de malnutrición asociada al abuso de alcohol.

> Cefalea.
> Ansiedad.
> Pesadillas.
> Insomnio.
> Aumento de la frecuencia cardíaca y de la tensión arterial.

Frecuentemente también existe un intenso deseo de consumir alcohol.
Las complicaciones graves incluyen:

> Alucinaciones.
> El delirium tremens.
> Las convulsiones.

Alucinaciones pueden ser visuales, auditivas o más raramente táctiles. Se presentan generalmente dentro de las primeras 24 hs. de abstinencia y resuelven dentro de las 48 hs.

El **delirium tremens** se caracteriza por delirio (delirum) y temblores (tremens). Suele asociarse a fiebre, taquicardia y sudoraciones profusas. Aparece casi exclusivamente en alcoholistas crónicos después de alrededor de 10 años de dependencia alcohólica. Puede aparecer no solo por la abstinencia al alcohol sino también por disminución de la ingesta. Los síntomas ocurren luego de 72-96 hs. después de la última ingesta. La principal complicación de este cuadro es la muerte (1-5% de los casos) por trauma encefálico, arritmia o neumonía aspirativa.

Las convulsiones son tónico-clónicas y suelen aparecer dentro de las primeras 48 hs. de la abstinencia.

La presencia de complicaciones graves es criterio de internación y manejo por especialistas en un centro de atención adecuado.

Tratamiento

Los **síntomas leves** pueden manejarse con la administración de **benzodiacepinas,** que son los fármacos de primera línea para el manejo de los síntomas de abstinencia.

Se recomienda el uso de **diazepam** (por su vida medio larga) para minimizar el riesgo de síntomas entre dosis y para que sea más fácil retirar la droga después. La dosis inicial puede ser entre 10 y 40 mg diarios (10 mg 4 veces al día o 20 mg 2 veces al día). Se trata de establecer la dosis inicial según sea necesario por los síntomas del paciente. Una vez lograda la estabilización sintomática, disminuir gradualmente la dosis (aprox. 20% por día) hasta retirarla por completo.
La **duración** de este tratamiento es **de 5 a 7 días.**

En las personas con disminución del metabolismo hepático (por ejemplo, ancianos o personas con insuficiencia hepática) indicar una sola dosis inicial de 5 o 10 mg. y verificar sus efectos antes de prescribir otras dosis. También considerar el uso de lorazepam en estos casos.

Prescribir de **100 mg. diarios de tiamina** por vía oral durante 5 días (o más si se considera necesario) para prevenir el desarrollo de síndromes por déficit de tiamina como la encefalopatía de Wernicke.

Ejercicio 6 de Comprensión y Aplicación

Reflexione y resuelva las preguntas acerca de las situaciones clínicas que se presentan a continuación.

> Pedro, 52 años.

Concurre a la consulta por un control de salud. Es camionero, está casado y tiene 2 hijos de 18 y 22 años. Como antecedentes refiere dispepsia tipo ulcerosa por lo que toma en forma crónica omeprazol 20 mg, tuvo un accidente de tráfico hace 10 años cuando volvía de una fiesta en la que había tomado en exceso, en el mismo se fracturó la clavícula, a su vez le comenta que fuma 10 cigarrillos por día. Niega tener problemas con el alcohol, aunque refiere tomar vino siempre en la cena. A la consulta concurre con su esposa quien le cuenta que a veces se pelean mucho porque ella considera que él bebe demasiado por las noches y tiene miedo que se accidente en la ruta, y le gustaría que él tuviera otro trabajo. Pedro le comenta que está buscando un nuevo empleo. La esposa le muestra un laboratorio que se realizó Pedro hace unos meses: glucemia 115 mg/dl, triglicéridos de 638 mg/dl, Colesterol Total 298 mg/dl, hemograma sin alteraciones, enzimas hepáticas: GOT 103 UI/l, GPT 54 UI/L

Al exámen usted constata: TA 160-90 mm Hg, Peso: 125 kg, Talla:1.80 metros, pigmentación oscura en axilas, ingle y cuello, Circunferencia de Cintura 154 cm.

1er. Paso Defina los problemas de salud que Pedro presenta en esta consulta. ¿Existe algún problema de salud mental al momento de la consulta?

.....

.....

.....

¿Realizaría exámen físico? ¿Cómo interpreta el exámen físico y los datos del laboratorio?

.....

.....

.....

¿Solicitaría estudios complementarios?

.....

.....

.....

2do. Paso ¿Cuáles serían los objetivos terapéuticos con este paciente?

.....

.....

.....

3er. Paso ¿Qué conducta terapéutica adoptaría para conseguir los mismos?

.....

.....

.....

4to. Paso Realice la prescripción.

.....

.....

.....

Utilizando la CEPS-AP codifique el problema de salud/motivo de consulta de Pedro.

Diagnóstico	CEPS-AP		

.....

.....

.....

5to. Paso De instrucciones al paciente. ¿Que conducta toma con la familia?

.....

.....

.....

6to. Paso ¿Como va a realizar el seguimiento del tratamiento?

.....

.....

.....

7 Problemáticas de salud mental infanto-juvenil

Los niños, niñas y adolescentes presentan particularidades a la hora de abordar sus problemáticas de salud mental.

Existen muchos trastornos que son específicos de la niñez y adolescencia, como por ejemplo el autismo o el retraso mental. Y si se detectan recién en un adulto, sólo se diagnostican efectivamente en caso que su inicio haya sido antes de los 18 años.

Muchos cuadros clínicos típicamente caracterizados para los adultos pueden tener un inicio temprano, durante la infancia o la adolescencia. Y en estos períodos, las presentaciones pueden tener algunas diferencias y ser más difíciles de detectar. Un ejemplo de esto son las **psicosis infantiles.**

En general, los **diagnósticos en la infancia deberán considerarse transitorios**, nunca definitivos, en función de la movilidad y la evolución de los cuadros. Hay que tener en cuenta que, cuanto más temprano es el abordaje, mejor es el pronóstico.

El primer nivel de atención es un escenario muy fértil para el trabajo en salud mental infanto-juvenil. Desde la detección de dificultades del desarrollo en los **controles de niño sano** hasta la aparición de conductas de riesgo en adolescentes, existe el desafío de articular las respuestas del sistema sanitario, que suelen ser más eficaces cuanto antes se llegue a detectar el problema.

Las intervenciones en estas edades suelen tener un **resultado de prevención** a nivel comunitario[169, 170]. En caso que las intervenciones psicosociales no resulten suficientes, se puede requerir la ampliación terapéutica mediante psicofármacos. Aunque el cuadro sea el mismo en los adultos que en los niños, los **abordajes farmacológicos pueden ser distintos.** Siempre hay que considerar ajustar la dosis por volumen corporal y por peso corporal entre otras variables. También se puede encontrar diferente perfil de efectos adversos y, lo más importante, **no todos los medicamentos probados en efectividad para adultos han sido probados en niños.**

Especificidades del trabajo en red

Desde 2013 nuestro país cuenta con el Plan Nacional de Salud Mental, que identifica como problema prioritario la insuficiencia de las respuestas que brindan los servicios de salud mental para la niñez y la adolescencia[171]. El problema, en rigor, va más allá del campo de la salud mental pues es muy común en hospitales generales que se atienda pediatría hasta 14 años y clínica médica a partir de los 18, quedando la franja tan vulnerable de la adolescencia en una especie de vacío sanitario.

169 Organización Panamericana de la Salud, (2011) Marco de referencia para la implementación de la Estrategia Nacional de Salud Mental.

170 Organización Panamericana de la Salud (2009) Estrategia y plan de acción en salud mental http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2009/SALUD_MENTAL_final_web.pdf

171 Ministerio de Salud de la Nación (2013) Plan Nacional de Salud Mental, http://www.msal.gov.ar/saludmental/images/stories/info-equipos/pdf/2013-10-29_plan-nacional-salud-mental.pdf

Glosario
Sobrediagnóstico: Acción devenida de métodos de tamizaje, screening o de diagnóstico, probados y validados científicamente en el ámbito de la salud, cuando arrojan erróneamente un resultado determinado. Esto puede suceder por errores inherentes a los propios métodos, al incluir su margen de error estadístico y cuyo ejemplo paradigmático es el resultado denominado falso positivo, entre otros indicadores de sensibilidad y especificidad de los mencionados métodos[172]

Es una realidad cotidiana que los pocos equipos que, dentro del sector salud, se especializan en niños, niñas y adolescentes suelen estar saturados, con largas listas de espera a veces por problemas de salud prevalentes, de baja complejidad.

A la vez, los profesionales de salud mental infanto-juvenil suelen estar distribuidos en otros sectores que no son el sanitario: Educación, Desarrollo Social, Justicia, entre otros; y que suelen tener equipos destinados al trabajo con la niñez que incorporan profesionales como psicólogos, psiquiatras, psicopedagogos y otros especializados en el abordaje infanto-juvenil. Esto constituye una debilidad del sector sanitario, a la vez que una fortaleza para el trabajo intersectorial. Cada vez que un niño concurra a un centro de salud con un padecimiento mental, la respuesta no debe ser sólo sanitaria sino que debe contar con la inclusión de otros actores sociales que ya se dedican al tema y que tienen un historial de lucha por los derechos de los niños.

Es muy importante destacar que nuestro país cuenta, desde el año 2005, con la Ley 26.061 de Protección Integral de los Niños, Niñas y Adolescentes y que incorpora a la legislación la Convención Internacional de los Derechos del Niño.

Identificando las problemáticas

Existe una idea de que los problemas infantiles requieren un "superespecialista" y que todo debe derivarse a un psiquiatra o neurólogo infanto-juvenil. Dicha idea está arraigada incluso dentro del campo de la salud.

No debemos confundir la complejidad de una situación que es multideterminada, con lo que habitualmente llamamos complejidad de los niveles de atención médica. Es decir, la creencia de que se requiere de un superespecialista cada vez que el caso es más complejo.

De esta manera, la demanda que busca desesperadamente una oferta cae con frecuencia en el sobrediagnóstico. Si se realizan derivaciones innecesarias, a veces incluso fuera de la provincia, activando efectores especializados sólo por la ausencia de los mismos en cada lugar, casos de baja complejidad terminarán con una sobreintervención, incluso quizás con un padecimiento que a la larga termina siendo más complicado.

Los casos más graves enfrentan frecuentemente el problema opuesto, conocido como subdiagnóstico, en el que situaciones de mayor riesgo pasan inadvertidas. Por ejemplo, en un aula será más difícil que el personal de la escuela detecte un problema ***internalizante,*** como se denominan los relacionados al perfil de introversión y aislamiento social. Ese niño no suele traer complicaciones en la dinámica de una clase y por eso su detección es más esporádica. En cambio la institución es probable que mande a evaluación a un niño con problemas ***externalizantes***, más hiperactivo y más notorio en el aula, y que por lo general son de menor complejidad[173].

Patologización de la infancia y respuestas sanitarias

Resulta frecuente oír que hoy en día la infancia está "patologizada" o "medicalizada". Este es

[172] Plan Nacional de Salud Mental, (2013) Ministerio de Salud de la Nación.

[173] Ministerio de Salud de la Nación, (2007) Problemáticas de Salud Mental en la Infancia. Proyecto de Investigación, Informe Final, Unidades Académicas de Psicología de las Universidades Nacionales.

un fenómeno social complejo que implica adjudicar un sentido patológico a conductas que son esperables para un sujeto en desarrollo. Se trata entonces de un fenómeno que tiene sus raíces en un abordaje sanitario inadecuado: cuando la respuesta de la red resulta exagerada para el problema, y los profesionales intervienen de más, salteando instancias que desde un modelo comunitario puede abordarse de otra manera.

El modelo comunitario de atención en la infancia y adolescencia

Es muy importante conocer cada realidad regional para hallar otras formas que permitan intervenir en esta problemática ya no sólo en los casos puntuales a nivel clínico y singular, sino sobre la comunidad en su conjunto. Esto puede pensarse, por ejemplo, en espacios de participación popular como foros de infancia, instituciones que se dediquen a los niños y que tengan una apertura al diálogo con el sector salud. Sobre todo en lugares en los que pueda haber situaciones de interculturalidad o de trabajo específico con etnias. Identificar estos agentes se convierte en una prioridad para poder acercarse a la problemática de modo conjunto, eliminando el sesgo que puede dar la divergencia cultural con el actor sanitario.

Se pretende entonces ejecutar toda acción transversal con el fin de **fortalecer los factores protectores,** entre los cuales se incluyen los vínculos saludables y solidarios, con particular énfasis en favorecer los lazos familiares y comunitarios de esos niños. Que tengan la oportunidad de ampliar sus espacios de circulación social, conservando siempre su escolaridad como base de la misma. Y colocar en debate la educación inclusiva para los niños que atraviesen un proceso de tratamiento, dentro de la esfera de la escolaridad común.

Factores Protectores

Los factores protectores constituyen el reverso de los más conocidos "factores de riesgo" que implican mayor probabilidad para alcanzar un evento mórbido. Se trata de factores psicológicos, sociales y conductuales que protegen la salud ya a partir de los primeros años de vida. Esa protección facilita la resistencia a enfermedades, reduce al mínimo las discapacidades o retrasa su aparición y promueve una recuperación más rápida de la persona enferma. Los estudios epidemiológicos sobre los factores protectores[174] *han mostrado una reducción de la morbilidad y un retraso de la mortalidad entre las personas socialmente integradas. Se reconoce hoy que la calidad de las relaciones sociales en el hogar (relaciones padres/hijos y lazos conyugales) y en el lugar de trabajo influye de manera decisiva en la salud física y mental. Entre los factores psicosociales que se han vinculado a la protección de la salud figuran: una visión optimista de la vida, animada por un sentido de finalidad y dirección; estrategias eficaces para hacer frente a las dificultades; la sensación de poder controlar los acontecimientos de la vida; y las expresiones emocionales positivas.*

La escuela y el sector salud tienen que hablar el mismo idioma a nivel de criterios sanitarios y no sólo por parte de los profesionales de la salud dentro de educación sino en toda la escuela, para estar advertido de qué casos son prioritarios y qué otros pueden requerir una intervención de menor complejidad que la derivación a un tratamiento de forma automática como tantas veces sucede.

174 Organización Mundial de la Salud, The world health report 2002 - Reducing Risks, Promoting Healthy Life, Ginebra, 2002

¿Por qué hablamos de vulnerabilidad en esta etapa?

> Los niños, niñas y adolescentes son sujetos en desarrollo y sus derechos deben ser cuidados, especialmente por la facilidad con la que los jóvenes pueden quedar excluidos de la esfera social.

Históricamente, bajo paradigmas tutelares, los niños no tenían derechos específicos y se los consideraba incapaces, objetos de tutela o de represión.

Hace pocos años que la concepción de infancia fue madurando hacia esta idea de protección integral. De todas maneras, la inclusión social plena y participativa de niños, niñas y adolescentes sigue siendo un desafío para la comunidad. La Corte Interamericana de Derechos Humanos ha declarado que un adolescente con trastorno mental tiene una "doble vulnerabilidad". La OPS ha identificado que los niños con discapacidad, por ejemplo, presentan una tasa de abuso 4 veces mayor al promedio poblacional[175].

El acceso a la salud es más dificultoso y aquí se plantea una situación no ya de vulnerabilidad sino de vulneración propiamente dicha[176]. Es necesario contar con abordajes integrales desde los servicios polivalentes y/o de pediatría del segundo nivel de atención, garantizando la cobertura a toda edad, incorporando intervenciones tales como internaciones en el hospital general y desintoxicación, entre otras prestaciones.

Toda estrategia debe tender a aumentar la accesibilidad a la atención a través de la oferta de servicios que tengan en cuenta la especificidad de cada edad, mediante la adecuación y/o creación de esas mismas instancias.

Esto implica que todos los establecimientos de salud contemplen la franja etaria de la infancia y adolescencia, así como que todas las instituciones pediátricas incluyan el componente salud mental.

La infancia y la APS

> La articulación con los servicios de salud de mayor nivel de complejidad es tarea del equipo de primer nivel de atención. Muy probablemente, un niño que se diagnostique desde dicho nivel y luego requiera una derivación, en algún momento volverá a atenderse al centro de salud, por lo que se debe estar en contacto permanente entre efectores mediante la referencia y la contrarreferencia.

Y a la inversa, resulta necesario que los equipos de referencia especializados en abordajes infanto-juveniles trabajen apoyando al primer nivel, para que el saber especializado no quede como patrimonio de ciertos establecimientos de difícil acceso, llevando el conocimiento hasta la puerta de entrada al sistema de salud. Cualquier funcionamiento hospitalocéntrico ha

175 Organización Panamericana de la Salud, Maltrato Infantil y Abuso Sexual en La Niñez, http://www.unfpa.org.ni/wp-content/uploads/2013/12/Abuso-sexual-concepto.pdf

176 Ministerio de Salud de la Nación, (2007) Problemáticas de Salud Mental en la Infancia. Proyecto de Investigación, Informe Final, Unidades Académicas de Psicología de las Universidades Nacionales.

demostrado volverse tarde o temprano un abordaje insuficiente, y no sólo en salud mental.

Para esto, es necesario dejar de pensar en los viejos dispositivos que incluyen esperar a que el paciente concurra al efector (dispositivos generadores de largas listas de espera de turnos que nunca llegan), y salir a la comunidad, adonde viven las personas.

Para dialogar y articular con el resto de los sectores que se dedican a abordar problemáticas de infancia y adolescencia es necesario consensuar y trabajar los criterios, estrategias y prioridades sanitarias puertas adentro del sector salud. Difícilmente pueda lograrse un trabajo en red intersectorial sin ésta primera etapa.

A grandes rasgos, la cantidad de agentes de salud en los otros sectores amplía la cobertura de un primer nivel de atención para la edad infantil, aunque sabemos que si cada uno actúa separadamente lo más probable es que la respuesta fracase y la accesibilidad a la salud para la población quede entorpecida.

Serán necesarios entonces acuerdos enmarcados en las legislaciones vigentes tanto de salud mental como de niñez. Estas normativas son coincidentes en cuanto al enfoque de promoción y protección, a la vez que están emparentadas históricamente por los movimientos que impulsaron los cambios tanto en infancia como en salud mental. El desafío consiste entonces en que no sigan siendo movimientos separados.

Para el apartado de Problemática de salud mental infanto-juevenil, se utiliza la IV (4ta edición) del DSM, la sección de Trastornos de inicio en la infancia, niñez y adolescencia, considerando que dicha edición resulta más descriptiva y clara al momento de abordar las problemáticas que se citan en este módulo para este grupo poblacional.

Trastornos del espectro autista

El espectro autista constituye un grupo de trastornos de elevada complejidad y multifactorialidad cuyo inicio siempre se da en la infancia y cuya detección ha aumentado en las redes sanitarias en el último tiempo. Debemos señalar que en nuestro país el abordaje integral e interdisciplinario de este grupo de trastornos está declarado de interés nacional, de acuerdo con la Ley de Trastornos del Espectro Autista, sancionada el 19/11/14.

El autismo se describió históricamente como un síndrome completo, con una serie de características relacionadas a las dificultades para la interacción social y la comunicación.

Y más tarde se detallaría el "espectro"; esto implica que algunos niños presentaron signos, síntomas y rasgos del autismo que no conformaban el síndrome completo descrito originalmente. Por ello, y por otras caracterizaciones de trastornos en la socialización, es que hoy se habla de "espectro" de trastornos. Aquí se da una breve descripción general de los cuadros.

177 Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos del Espectro Autista en Atención Primaria. (2009) Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Agencia Laín Entralgo de la Comunidad de Madrid.

Trastorno autista

El **trastorno autista o autismo infantil** como síndrome "completo" es caracterizado por una serie de síntomas basados en la tríada de trastornos de:

> Interacción social.
> Comunicación.
> Falta de flexibilidad en el razonamiento y la conducta.

Son características las dificultades para la conexión con las personas. El lenguaje verbal como el gestual no presentan un uso social o comunicacional. Esto se evidencia como problemas para sostener una conversación fluida o un intercambio sostenido de gestos. También son frecuentes las alteraciones del lenguaje como las ecolalias (repetición de fonemas sin sentido o intencionalidad). Otra característica consiste en la presencia de conductas estereotipadas: rutinas de movimientos no funcionales como por ejemplo el aleteo.

Trastorno de Asperger

El segundo trastorno en frecuencia es el de Asperger, caracterizado por un más alto rendimiento cognitivo que el grupo anterior y un desarrollo del lenguaje normal o con alteraciones leves. Se observa una dificultad para establecer relaciones sociales adecuadas a su edad de desarrollo, junto con una rigidez mental y comportamental así como una inadecuación emocional y social. A menudo presentan intereses restringidos y conductas estereotipadas[177].

Trastorno generalizado del desarrollo no especificado

Agrupa todos los casos en los que no coinciden claramente con los cuadros anteriores, o bien se presentan de forma incompleta los síntomas de autismo. Se trata del trastorno más diagnosticado en el grupo, probablemente por las dificultades que presentan las clasificaciones vigentes en cuanto a la tipificación de los síntomas.

Otros trastornos

Existen otros trastornos cuya inclusión en el "espectro" se está debatiendo actualmente en función de su bajísima frecuencia y etiopatogenia diversa, por ejemplo: el **Trastorno desintegrativo** en el que después de un desarrollo inicial normal se desencadena, tras los 2 años y antes de los 10 años, una pérdida de las habilidades adquiridas anteriormente y suele ir asociado a alteraciones en el EEG y trastornos convulsivos, o como el **Trastorno de Rett,** de origen genético, que sólo se da en niñas e implica una regresión motora y de la conducta antes de los 4 años.

Detección temprana y diagnóstico

La detección de este grupo de trastornos representa un desafío para la atención primaria. Se deben destacar algunas generalidades en cuanto a los procesos diagnósticos, que suelen empezar con la detección de un caso sospechoso.

Test de pesquiza o tamizaje

Estos tests tienen varios nombres: de pesquisa, sospecha, tamizaje o screening y debemos remarcar que no son pruebas diagnósticas sino que requieren una evaluación más detallada. Estas pruebas pueden dar "positivo" en niños sin trastorno, y por eso es un error usarlas como diagnóstico. Usar un instrumento para una práctica para la que no fue creado constituye un error que, además, suele desembocar en un fenómeno de sobrediagnóstico.

> La utilidad de estos tests es identificar a todos los que puedan tener algún problema o desafío en el desarrollo, y a partir de ahí se deriva a una evaluación interdisciplinaria especializada más extensa para confirmar si dicho problema pudo resolverse o si existe algún trastorno que requiera intervención.

Casos de subdiagnóstico: son aquellos que podrían parecer leves y que nadie consultó (o si lo hicieron, el profesional lo desestimó como un trastorno). Dichos casos forman parte de un problema sanitario. En algún momento, probablemente muy tardío, las personas accederán a alguna prestación especializada y los abordajes no tendrán el impacto que habrían tenido de diagnosticarse a tiempo.

En muchos casos, el autismo es un componente más de un cuadro genético complejo, por ejemplo en contexto de una fenilcetonuria, o de síndromes como X Frágil, Prader Willi, hipomelanosis de Ito, Neurofibromatosis tipo 1, enfermedad de Duchenne, entre otras. Estos casos sumados entre sí, de todas maneras, no alcanzan al 10%.

La detección precoz encuentra un escenario ideal en la APS. Los métodos de confirmación diagnóstica de un tamizaje que haya arrojado una sospecha de trastorno de espectro autista son baterías de tests que, en combinación con la evaluación clínica, sólo pueden hacerla los equipos interdisciplinarios especializados. La articulación entre niveles sanitarios se vuelve preponderante ya que es en el control de niño sano donde suelen encontrarse los primeros indicios de que algo en el desarrollo no está yendo como corresponde.

> El diagnóstico temprano permite que las familias consigan ayuda para entender mejor lo que les pasa a sus hijos y posibilita intervenciones tempranas que podrían mejorar el pronóstico.

La demora en la aparición de algunas adquisiciones en cuanto al desarrollo emocional y cognitivo resultará muy significativa. A una edad tan temprana como los 18 meses ya puede haber indicios y existen instrumentos de *screening*[178] o tamizaje que intentan detectar problemas en áreas prioritarias. A los 18 meses, la escala a utilizar debe incluir los siguientes parámetros básicos:

- Atención conjunta, aunque no tenga lenguaje verbal, el niño debería tener gestos "protodeclarativos". Esto es, indicarle al adulto algún objeto o situación de su interés no relacionado directamente con sus necesidades básicas. Esto implica que debe ser capaz de

[178] Baron Cohen et al, (2000) Early identification of autism by the Checklist for Autism in Toddlers (CHAT), J R Soc Med.

señalar no sólo un vaso en lugar de decir "agua", sino que debe poder señalar un juguete o algo que sea objeto de atención compartida entre ambos actores. En un instrumento de detección para pediatras orientado a lo que puede observar en su consulta del niño sano, el ítem a detectar dice: ***"señala con el dedo índice el objeto que quiere o realiza gestos para pedir o para mostrar".***

- Juego: se podría observar aquí los primeros indicios de juego simbólico. El ítem de la escala sería: "juega a dar de comer a muñecos y los hace dormir"[179].

- Imitación: a partir del primer año de vida se observa que los niños incorporan la perspectiva ajena y una de las maneras de hacerlo es mediante la imitación, que empieza por lo motriz y va incorporando lo gestual como registro del otro. En el instrumento se intenta detectar con el ítem: "imita gestos: aplaude, baila, saluda".

- Comunicación: la escala también debe incluir hitos de la interacción social y del lenguaje como por ejemplo "dice por lo menos una palabra" y "responde cuando lo llaman por su nombre".

Es importante destacar que el lenguaje usado para indagar en estas adquisiciones debe ser lo más sencillo y comprensible posible.

Abordaje

Los abordajes interdisciplinarios, individuales, grupales o a nivel comunitario resultan prioritarios, tanto como las acciones intersectoriales con los actores que se dedican a niñez y adolescencia en el territorio.

> No hay un método único de tratamiento, la estrategia terapéutica debe tratarse caso a caso, ya que no sólo la severidad del trastorno es variable sino también los perfiles sensoriales de cada niño, necesitando adaptar las salas de juegos a cada uno.

Lo que sí se puede establecer como norma es que los tratamientos deben ser intensivos y diversos en materia interdisciplinaria.

Complementando lo anterior, es importante destacar que no existe un abordaje psicofarmacológico específico que actúe en la etiopatogenia de estos trastornos, con lo cual los casos en que sea necesario usar medicación lo será en función de síntomas agregados o de comorbilidad. Por ejemplo, está probada la eficacia de la risperidona y del aripiprazol para los síntomas de irritabilidad dentro del contexto de un autismo.

A nivel educativo, se debe fomentar la inclusión en las escuelas comunes con apoyos dentro y fuera del aula a fin de lograr un máximo nivel posible de circulación y desempeño social de los niños que presentan algún trastorno de este grupo. Los profesionales de la salud que se desempeñen en sectores como Educación o Protección de Derechos del Niño, Niña y Adolescente tienen que articular acciones con el sector salud, que por sí mismo no podrá

[179] Connie Kasari et al. (2005), Joint attention and symbolic play in young children with autism: a randomized controlled intervention study, Journal of Child Psychology and Psychiatry

dar cuenta de una problemática tan compleja en cuanto a las respuestas que necesitan estos niños.

Por último, es importante resaltar el rol de las familias en los abordajes, incorporándolos activamente desde una psicoeducación amplia hasta fomentar la asociatividad entre los familiares de los niños que tienen estos trastornos, para afianzar el compromiso con la situación problema. Además se estimula a que los profesionales capaciten a los adultos convivientes sobre cómo se realiza determinada estimulación o rehabilitación, pues en el ámbito del hogar es posible mediante el juego fortalecer muchos aspectos de la interacción que cada tratamiento aborda.

> Trastornos de ansiedad en la infancia y adolescencia

Los trastornos de ansiedad son la patología psiquiátrica de mayor prevalencia en niños y adolescentes. Provocan un gran impacto en el funcionamiento cotidiano asociándose con problemas a nivel familiar, escolar y social.

> Es importante tanto la prevención como la intervención temprana ya que estos trastornos no abordados correctamente aumentan el riesgo de padecer otros cuadros psiquiátricos como la depresión y el consumo problemático de sustancias en la adolescencia.

En la CIE-10 los trastornos de ansiedad en la infancia quedan incluidos dentro del apartado de *Trastornos de las emociones de comienzo habitual en la infancia* e *incluyen:* trastornos de ansiedad de separación de la infancia, trastorno de ansiedad fóbica en la infancia, trastorno de hipersensibilidad social de la infancia, trastorno de rivalidad entre hermanos, otros trastornos de las emociones de la infancia (trastorno de ansiedad generalizado de la infancia) y trastornos de las emociones de la infancia sin especificación[180].

Los trastornos de ansiedad son más frecuentes en niñas que en niños y esta diferencia se hace más acusada a partir de la pubertad. La edad media de inicio para los diferentes trastornos son:

- > Fobias a animales alrededor de los 6-7 años.
- > Trastorno de ansiedad por separación alrededor de 7-8 años.
- > Trastorno de ansiedad generalizada alrededor de 10 a 12 años.
- > Trastorno de ansiedad social alrededor de 11 a 13 años.
- > Trastorno obsesivo compulsivo alrededor de 13-15 años.
- > Trastorno de pánico el comienzo es alrededor de 22 a 24 años[181].

La ansiedad es normal cuando se manifiesta como una reacción adecuada ante alguna situación de peligro y que aparecen miedos evolutivos normales que cambian según la edad y el nivel de desarrollo del niño o adolescente (Ver tabla 14). Es importante que el médico esté atento a esto para no generar un sobrediagnóstisco de estos cuadros en la infancia y adolescencia.

[180] Según el DSM-IV-TR los trastornos de ansiedad en la infancia y la adolescencia se clasifican en: Trastorno de ansiedad por separación, fobias específicas, fobia social, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de pánico con/sin agorafobia, agorafobia sin trastorno de pánico, trastorno obsesivo compulsivo, trastorno por estrés postraumático.

[181] Rapee RM. (2012) Anxiety disorders in children and adolescents: Nature, development, treatment and prevention. In Rey JM (ed), IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health. Geneva: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions.

Tabla 14 - Miedos Evolutivos Normales

Edad	Desencadenantes Ambientales	Desencadenantes sociales y reacción frente a la separación
0-1 año	Ruidos fuertes	Frente a extraños
1-2 años	Alturas	Separación (momento de la separación) Frente a extraños
2-5 años	Tormentas Animales Oscuridad	Separación (Miedo a no volver a ver a la persona de la que se separa)
6-12 años	Monstruos Fantasmas	Situaciones nuevas Preocupación por su salud Desempeño escolar y social
Adolescentes	Exámenes	Evaluación social Popularidad Situaciones nuevas

Fuente: Adaptada de Soutello, Guía esencial de psicofarmacología del niño y el adolescente. España. Editorial Médica Panamericana; 2011

Diagnóstico

La evaluación de estos trastornos debe ser completa e incluir información de todos los actores significativos del entorno del niño: padres, hermanos, profesores o maestros, talleristas, operadores barriales, para valorar el impacto psicosocial, educativo y familiar que el trastorno conlleva.

Al momento de la evaluación es prioritario descartar patologías médicas que cursan con síntomas de ansiedad con un minucioso examen clínico. Además se debe evaluar si los síntomas de ansiedad son secundarios a otra patología psiquiátrica o a situaciones ambientales desfavorables para el niño o adolescentes tales como maltrato físico y/o psicológico o abuso sexual.

Diagnóstico de trastorno de ansiedad: cuando el niño o adolescente manifiesten una excesiva aprensión, inapropiada para la etapa evolutiva o para sus circunstancias vitales actuales. La persistencia de los miedos evolutivos normales a lo largo del tiempo, en lugar de ser transitorios, marca una señal de alerta diagnóstica[182].

La ansiedad es una respuesta fisiológica esperable, y se vuelve patológica, es decir, se convierte en un "trastorno de ansiedad", cuando:

> Es excesiva e ilógica para la situación que la causa.
> Dura mucho más de lo esperable.
> Se provoca por una causa neutra o inofensiva.

[182] Moyano MB. (2009) Trastornos de ansiedad en niños y adolescentes. Publicación de la Asociación Argentina de Trastornos de Ansiedad Revista Anxia Anuario 2009 pp: 32- 49

> Causa un malestar/sufrimiento importante.

> Interfiere en la circulación social del niño o produce en él conductas de evitación[183].

La característica principal de los trastornos de ansiedad es la evitación. Este comportamiento es relativamente constante en los distintos trastornos y la diferencia clave entre los trastornos específicos es el desencadenante de esta evitación. Generalmente la ansiedad se produce debido a la expectativa de que algún evento peligroso o negativo está a punto de ocurrir. Esto genera que el niño o adolescente intente evitar la situación que la provoca. Otros síntomas que aparecen son miedos, angustia o timidez. Algunos niños, especialmente los más pequeños, suelen tener dificultades para verbalizar estas emociones[184].

Es importante tener en cuenta las diferencias en las manifestaciones clínicas de los trastornos de ansiedad en niños y adolescentes comparadas con la de los adultos. Algunas diferencias importantes que pueden confundir el diagnósticos son las siguientes: los niños con trastornos de ansiedad pueden no reconocer que su miedo es irracional, pueden manifestar múltiples y reiteradas quejas somáticas, llanto, irritabilidad y ataques de ira que acompañan con frecuencia los trastornos y pueden ser malinterpretados como oposicionismo o desobediencia, cuando en realidad representan la expresión de miedo o sus esfuerzos por evitar los estímulos que lo provocan.

A continuación se especifican dos de los trastornos de ansiedad con inicio específico en la población infanto juvenil:

Trastorno de ansiedad por separación

Según la CIE-10[185] este trastorno se diagnostica cuando el temor a la separación constituye el foco ansiógeno y cuando tal ansiedad aparece por primera vez en los primeros años de la infancia. A su vez, para diagnosticar este cuadro deben estar presentes al menos tres de los siguientes:

1) Preocupación injustificada y persistente por los posibles daños que pudieran ocurrir a personas significativas o temor a su pérdida (por ejemplo: miedo a que no vuelvan o a no verlas de nuevo) o miedo a la muerte de las mismas.

2) Preocupación injustificada y persistente a que un acontecimiento fatal le separe de personas significativas (por ejemplo: perderse, secuestro, ser hospitalizado o asesinado)

3) Desagrado o rechazo persistente a ir al colegio, sobre todo por miedo a la separación (más que por otras razones, como temor a que algo pudiera ocurrir en el colegio).

4) Dificultad para separarse por la noche manifestado por cualquiera de las siguientes:

a) Desagrado o rechazo repetido a irse a la cama sin una persona significativa cerca.

b) Frecuentes despertares durante la noche para comprobar o para dormir cerca de personas significativas.

c) Desagrado o rechazo repetido a dormir fuera del hogar.

183 Soutello, C. Guia escencial de psicofarmacología del niño y del adolescente España Editorial Médica Panamericana. pp 212-229. 2011

184 Rapee RM. (2012) Anxiety disorders in children and adolescents: Nature, development, treatment and prevention. In Rey JM (ed), IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health. Geneva: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions.

185 http://ais.paho.org/classifications/

5) Temor inadecuado y persistente a estar solo o sin la persona significativa en casa durante el día.

6) Pesadillas reiteradas sobre temas relacionadas con la separación.

7) Síntomas somáticos reiterados (náuseas, dolores gástricos, cefaleas o vómitos) en situaciones que implican separación de personas significativas, tales como dejar la casa para ir al colegio u otras

8) Malestar excesivo y recurrente antes, durante o inmediatamente después de la separación de una persona significativa, manifestado por ansiedad, llanto, rabietas, rechazo persistente a salir a la casa, necesidad excesiva de hablar con las figuras significativas o deseo que vuelva a casa, tristeza, apatía o aislamiento social.

Para la CIE-10, el trastorno debe aparecer antes de los 6 años y durar al menos 1 mes. Además no debe existir un trastorno por ansiedad generalizada en la infancia (la ansiedad no se limita a las situaciones de separación), ni alteraciones generalizadas del desarrollo de la personalidad o del comportamiento, trastornos psicóticos o trastornos por el uso de sustancias psicoactivas.

Abordaje

El tratamiento será diseñado por un equipo interdisciplinario en cada caso en particular, y dependerá de la gravedad de los síntomas, enfermedades comorbidas, el nivel de desarrollo del niño/adolescente, y la presencia de factores estresantes psicosociales y familiares.

Los síntomas de ansiedad, en la infancia y la adolescencia, muchas veces coexisten con síntomas de depresión, y con frecuencia establecer un diagnóstico claro puede ser complejo. Asimismo, los trastornos de ansiedad pueden ser precursores de los trastornos depresivos, por esta razón se considera importante la detección y tratamiento precoz de los trastornos de ansiedad en la población infanto juvenil, ya que puede ser una estrategia de prevención de la depresión a todas las edades[186].

En primer lugar se debe indicar medidas generales no farmacológicas como por ejemplo:

> Regularizar horarios de las rutinas y las comidas.

> Realizar actividades recreativas relacionadas a la música, la lectura, el arte, el deporte.

> Descansar y mejorar las condiciones del sueño.

Dentro de las intervenciones propuestas se recomiendan:

> Psicoeducación de los padres y el niño/adolescente.

> Comunicación con la escuela.

> Psicoterapia individual, grupal y/o familiar.

Las intervenciones no farmacológicas son eficaces y pueden reducir notoriamente los síntomas de ansiedad en la infancia y la adolescencia. Sin embargo, hay casos de ansiedad severa que no responden a las intervenciones planteadas previamente, en los que se hace necesaria la prescripción de medicación. Estos casos deberán ser referidos al equipo interdisciplinario de

[186] Rey J M, Bella-Awusah TT, Jing L. (2012) Depression in children and adolescents. In Rey JM (ed), IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health. Geneva: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions.

un efector de mayor nivel de complejidad que cuente con la presencia de un psiquiatra infanto-juvenil.

Tratamiento farmacológico

La medicación de primera línea que se utiliza en los trastornos de ansiedad son los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (IRSS) y las benzodiacepinas.

Entre los IRSS: fluoxetina, sertralina y escitalopram son los aprobados actualmente por la FDA para el tratamiento de depresión en niños y adolescentes, y solo sertralina para los trastornos de ansiedad (trastorno de ansiedad generalizada y fobia social). Cabe destacar que la FDA incluyó una advertencia para los profesionales de la salud respecto del uso de todos los antidepresivos, donde se indica que los niños y adolescentes tratados con estos fármacos presentan un riesgo más elevado de ideación y conductas suicidas, y que es necesario vigilar de cerca dichos síntomas.

Con respecto a las benzodiacepinas se recomienda evitar su uso en niños menores de 9 años, ya que los niños son más propensos a sufrir efectos adversos principalmente el efecto paradojal (hiperexcitabilidad, nerviosismo, desinhibición conductual). De la misma forma cabe mencionar que el uso en adolescentes debe ser excepcional y limitado en el tiempo por un mayor perfil de abuso de estas sustancias a dicha edad.

Tabla 15[187] - Uso de IRSS en niñez y adolescencia. Niveles de evidencia

Indicación	Psicofármaco	Nivel de Evidencia	Edad para lo cual está aprobado su uso según FDA
Trastornos Depresivo Mayor	fluoxetina	Tipo I	Mayores de 8 años
	sertralina	Tipo I	Mayores de 6 años
	escitalopram	Tipo I	Mayores de 12 años
Trastorno de ansiedad generalizada	sertralina	Tipo I	Mayores de 6 años
Fobia Social			

[187] Adaptada de Vitiello B. (2012) Principles in using psychotropic medication in children and adolescents. In Rey JM (ed), IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health. Geneva: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions.

El médico de atención primaria podrá continuar un tratamiento psicofarmacológico en pacientes previamente evaluados por un equipo interdisciplinario y deberá indicar 3 o 4 controles anuales. Asimismo deberá solicitar nuevamente la intervención del especialista en casos de reactivación de la sintomatología o descompensación del cuadro de base.

> trastornos por déficit atencional con hiperactividad (TDAH),
> trastornos de la conducta confinado al entorno familiar,
> trastorno de conducta socializado,
> negativista desafiante,
> mixtos de conducta y emociones, entre otros.

Presentan diferentes niveles de gravedad y son muy comunes en la población.

Diagnóstico

Al momento de evaluar al niño es importante explorar el impacto de los factores sociales, familiares y educativos. Descartar condiciones médicas u otros trastornos prioritarios que pueden causar potencialmente trastornos de conducta:

> Hipertiroidismo.
> Epilepsia.
> Consumo de alcohol o drogas.

Evaluar también el nivel de gravedad de la sintomatología, desde falta de atención en la escuela y dificultades para sostener actividades o mantenerse sentado, hasta conductas agresivas reiteradas, niveles excesivos de peleas escolares, conductas desafiantes y agresivas persistentes.

Abordaje

Las intervenciones como la psicoeducación familiar, comunicación con la escuela, el apoyo a la familia para abordar los problemas sociales y familiares que afectan la conducta del niño, son primordiales.

También es necesario evaluar las necesidades del cuidador y promover el apoyo y los recursos necesarios para su vida familiar, empleo, actividades sociales y su estado de salud.

La consulta inmediata al especialista debe hacerse cuando: fracasan las intervenciones mencionadas, en caso de agravamiento de la sintomatología en el tiempo, y la presencia de comorbilidades con otros trastornos graves, como por ejemplo la psicosis infantil y depresión.

No deben utilizarse medicamentos para tratar los problemas de conducta en atención primaria sin antes consultar con un equipo interdisciplinario especializado, exceptuando los pacientes ya evaluados y con indicación por parte de dichos especialistas.

Tratamiento farmacológicos

El metilfenidato es un estimulante usado con frecuencia en niños con diagnóstico de trastornos por déficit atencional con hiperactividad (TDAH) ya que mejora el rendimiento atencional. No debe usarse en menores de 6 años. Presenta un perfil de efectos adversos a tener en cuenta como por ejemplo insomnio, aumento de la presión arterial, anorexia. Puede incluir retraso del crecimiento con el uso prolongado. Se trata de una sustancia de posible consumo abusivo y por eso debe ser discontinuada en pacientes que presentan perfil de consumo problemático.

Si la medicación recibida es del grupo de los antipsicóticos, puede haber aumento de peso, hipotensión, rigidez y otros síntomas extrapiramidales. La aparición de cualquiera de estos efectos adversos requiere de remisión inmediata a equipo especializado.

El paciente compensado debe remitirse al equipo interdisciplinario especializado con una frecuencia de tres o cuatro controles anuales para evaluar la pertinencia de continuar con el tratamiento.

> Trastornos por el consumo problemático de sustancias: alcohol y otras drogas

Los trastornos por el uso de alcohol incluyen:

> La intoxicación aguda.
> El consumo perjudicial de alcohol.
> El síndrome de dependencia.
> El sindrome de abstinencia.

Los trastornos por el uso de drogas tienen que ver con los diversos modos de consumo de estas sustancias, incluyendo:

> La sobredosis de sedantes.
> La intoxicación aguda de estimulantes.
> El consumo perjudicial o de riesgo de drogas.
> La dependencia a la marihuana, a opioides, a estimulantes, a benzodiacepinas.
> Síndrome de abstinencia respectivos.

Estos trastornos requieren una atención especial en la infancia y adolescencia, en especial en ésta última, considerando algunos de los rasgos de los adolescentes tendientes a la tramitación de las crisis a través de comportamientos impulsivo-compulsivos.

Diagnóstico

Ambas **dependencias** (de alcohol y drogas) provocan un conjunto de fenómenos fisiológicos, conductuales y cognitivos en los cuales el consumo, como problemática prioritaria o como

morbilidad asociada con otro padecimiento mental, se constituye en un elemento clave en el abordaje clínico, en la evolución y el pronóstico de éstas problemáticas.

Por otro lado el **tratamiento de las problemáticas de consumos** debe orientarse hacia el abordaje interdisciplinario del padecimiento subjetivo implicado en éstas conductas adictivas, destacando siempre el trabajo con la persona afectada desde una lógica que lo priorice como sujeto en situación de vulnerabilidad, más allá del consumo sintomático agregado.

A su vez, el **estado de abstinencia** de ambos cuadros se refiere a un grupo de síntomas que se pueden presentar cuando se suspende el uso de alcohol y/o drogas después de un consumo dependiente. El uso perjudicial de ambas sustancias conforma un patrón de consumo que daña la salud físicamente (infecciones relacionadas, daño neurológico, entre otras), mentalmente (episodios de trastornos depresivos, de ansiedad, de la conducta) y, a menudo, socialmente (problemas familiares, legales, escolares, entre otros).

Abordaje

En ambos trastornos se debe obtener una historia sobre el consumo (de alcohol y/o de drogas). El consumo perjudicial de alcohol puede ser objeto de intervenciones diversas a nivel preventivo y comunitario como la plena implementación de la ley que regula la oferta y prohíbe la venta de bebidas alcohólicas en la niñez y adolescencia.

Se deberá tener un especial cuidado en la infancia y la juventud que, más allá de sus crisis psicoevolutivas naturales, pueden presentar mayor vulnerabilidad al consumo excesivo de alcohol y/o al uso de drogas, por problemáticas psicológicas o socio-culturales agregadas.

En todos los casos se indica una atención personal, familiar o grupal, pudiendo ser esta última en términos terapéuticos o a través de grupos de autoayuda. En los trastornos por uso de drogas es necesario procurar determinar el tipo de sustancia de abuso utilizada, su vía de administración y, como con el caso del alcohol, la eventual presencia de intoxicación y abstinencia.

También se podrá considerar la implementación de estrategias de reducción de daño, que representan una herramienta que difiere con las estrategias del abstencionismo. Estas últimas tenían como condición de tratamiento que la persona se comprometiera a consumo cero, lo cual demostró no ser eficaz. Con la reducción de daños se intenta que el joven consuma menos cantidad progresivamente[188] y que mantenga la adherencia al tratamiento, ya que el abandono del mismo es más frecuente en estas edades.

> La atención primaria de salud mental infanto-juvenil ha de priorizar la detección precoz y las intervenciones que promuevan la utilización de los recursos de la comunidad.

La amplia diversidad de las presentaciones cognitivas, afectivas y conductuales podrán ser objeto de numerosas **respuestas psicofarmacológicas,** debiendo ser referenciadas a especialistas de dispositivos de mayor complejidad aquellas situaciones o presentaciones donde el padecimiento implica un alto nivel de complejidad, conflictividad y riesgo.

> Trastornos mentales severos de inicio en la infancia: psicosis de inicio temprano y bipolaridad

El concepto de trastorno mental severo (TMS) es de uso común en la población de usuarios adultos, pretendiendo constituir una categoría superadora a la concepción de cronicidad que usaban las antiguas clasificaciones en psiquiatría.

Los trastornos mentales severos implican tres características:

1) Diagnóstico.
2) Duración del tratamiento (al menos dos años).
3) Presencia afectación de moderada a severa del funcionamiento social, familiar y laboral.

Como consecuencia de un abanico tan amplio es posible encontrar bajo este mismo concepto una gama extensa y heterogénea de pacientes con necesidades muy diferentes.

En cuanto al diagnóstico, los trastornos psicóticos y la bipolaridad son los más frecuentes en requerir de mucho tiempo de tratamiento. Esto sucede también en casos de inicio temprano. Se debe ser muy cuidadoso al usar cualquier diagnóstico de esta categoría en niños y adolescentes, por la movilidad clínica que suelen tener sus presentaciones. Como ya se dijo, los diagnósticos **en la infancia son siempre presuntivos y nunca definitivos.** Sin embargo, como las normativas vigentes entienden al niño hasta los 18 años, encontraremos en los adolescentes muchas veces el inicio de uno de estos trastornos que requieren de una continuidad de cuidados intensiva, y es por este motivo que se los agrupa bajo este nombre.

Se favorece de esta manera la psicoeducación, la adherencia a los tratamientos (siempre compleja en estos casos con debut adolescente) y se hace hincapié más en esta línea que agrupa los trastornos por tipos de tratamiento antes que por clasificaciones en las que el consenso es variable[189].

> Psicosis de inicio temprano

Cuando hablamos de psicosis nos referimos a trastornos de origen y evolución variados. Por dicho motivo, el término debe ser utilizado cuidadosamente, ya que implica un diagnóstico que tendrá impacto en todas las instancias de la vida del sujeto.

Dentro de los trastornos psicóticos pueden incluirse: esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastornos delirantes[190].

La epidemiología de la psicosis en infancia y adolescencia no ha sido suficientemente estudiada. La esquizofrenia de inicio muy precoz (EIMP), que se desarrolla antes de los 13 años, es de aparición poco frecuente (0,1% con una relación de varón-mujer 2:1). En la esquizofrenia de inicio precoz (EIP), aquella que tiene inicio antes de los 18 años, la tasa de aparición es similar a la de adultos (1%)[191], y a medida que aumenta la edad suele igualarse la diferencia entre sexos.

188 Reglamentación de la Ley Nacional de Salud Mental 26657, artículos 4 y 11.

189 Rehabilitación psicosocial del trastorno mental severo. Situación actual y recomendaciones. Cuadernos técnicos, 6, Asociación Española de Neuropsiquiatría, MADRID , 2002 https://www.aen.es/docs/ctecnicos6.pdf

190 Clasificacion Internacional de Enfermedades 10ª CIE 10 Revisión.

191 American Academy of Child and Adolescents Psychiatry: Practice Paramenter for the Assesement and Treatment of Children and Adolescents With Schizophrenia. Lambert LT: Identification and management of schizophrenia in childhood. JChild Adolescent Psychiatry Nurs 2001.

Diagnóstico

El diagnóstico siempre es clínico, y requiere de una evaluación interdisciplinaria cuidadosa. Ante la sospecha de un diagnóstico de trastorno psicótico en un niño o adolescente, siempre se debe realizar derivación a equipo especializado. No existen actualmente categorías diagnósticas específicas dentro de los manuales internacionales. En la práctica clínica, se utilizan criterios para adultos sin perder de vista que durante la infancia y adolescencia existen peculiaridades en la detección, evaluación y tratamiento del trastorno psicótico.

La detección de síntomas psicóticos en niños (alucinaciones, alteración del pensamiento, ideación delirante) suele resultar difícil y extremadamente infrecuente en los primeros años de vida, sobre todo si no han desarrollado aún lenguaje. En ocasiones los niños pueden presentar alteraciones perceptivas no psicóticas debidas a otros trastornos más frecuentes en la infancia.

En la EIMP, el comienzo suele ser insidioso y crónico, con presencia de síntomas prodrómicos como hiperactividad, dificultad en la concentración, deterioro escolar y en la relación con pares, alteración de la conducta, inestabilidad del humor y síntomas relacionados a problemas de desarrollo (psicomotor, lenguaje, etc.). Las alteraciones sensoperceptivas suelen ser alucinaciones auditivas de carácter simple, y no suelen aparecer antes de los 7 años. Los subtipos de esquizofrenia catatónica y los delirios sistematizados son extremadamente infrecuentes en este grupo.

En la EIP, el comienzo puede seguir los patrones de la EIMP, aunque en ocasiones puede desencadenarse de manera aguda luego de situaciones de estrés físico o psicosocial.

Abordaje

En la atención de un niño o adolescente con trastorno mental severo, y en el marco de la atención primaria de la salud y de los nuevos paradigmas en salud mental, debe ser prioritario el trabajo integral con todos los actores que están involucrados en la vida del niño o adolescente (familia, instituciones educativas, recreativas, de salud, etc.).

La evaluación, diagnóstico y tratamiento de un niño o adolescente con trastorno psicótico debe ser realizada por equipos interdisciplinarios especializados. A nivel escolar, se debe promover que los niños con estos diagnósticos puedan concurrir a las escuelas comunes, mediante una integración en aula con adecuación de contenidos de forma personalizada.

El seguimiento debe estar destinado a evaluar permanentemente el estado del sujeto: tanto su situación clínica y su contexto socio-familiar, como la presencia de eventuales efectos adversos vinculados a la medicación (aumento de peso, hipotensión, rigidez y otros síntomas extrapiramidales).

Los niños que estén compensados podrán tener un seguimiento desde el primer nivel siempre y cuando se mantenga una fuerte articulación con el equipo especializado por las variantes dinámicas propias de este cuadro.

> Bipolaridad

Como ocurre con otros padecimientos de la esfera de la salud mental y sobre todo en población infantojuvenil es importante tener cautela al momento de diagnosticar a un niño/a o adolescente con trastorno bipolar, siempre se requiere de una cuidadosa evaluación por equipo interdisciplinario. Debemos señalar que un inicio puberal o anterior es infrecuente, aumentando la prevalencia en adolescentes o adultos jóvenes.

El trastorno bipolar se caracteriza por la presencia de episodios anímicos polares que fluctúan entre sí, depresión y manía o hipomanía[192]. El diagnóstico es complejo, incluso para los especialistas, y es necesario tener en cuenta que si bien se utilizan criterios diagnóstico para adultos, existen diferencias en la fenomenología y la presentación clínica de la población infanto-juvenil y es controvertido el diagnóstico antes de los 13 años[193].

En la evaluación inicial se debe descartar la presencia de causas orgánicas como enfermedades infecciosas, endocrinológicas, neurológicas, autoinmunes, neoplasias, déficit vitamínicos. Así como también pueden ser secundarios al uso de sustancias psicoactivas[194].

En relación a episodio maniaco, se describen como presentación según orden de frecuencia:

> Aumento del nivel de energía.
> Distractibilidad.
> Presión del habla.
> Irritabilidad.
> Grandiosidad.
> Pensamiento acelerado.
> Disminución de la necesidad del sueño.
> Euforia o humor elevado.
> Pobre capacidad de juicio.
> Fugas de ideas.
> Hipersexualidad.

Se considera la irritabilidad como uno de los síntomas característicos, diferenciándola de la que presentan los niños con depresión o ansiedad, porque no suele estar relacionada a un desencadenante o este es mínimo, y puede estar acompaña por episodios de agresividad y alteraciones del sueño.

En los adolescentes suelen ser frecuentes las ideas de suicidio y los síntomas psicóticos, sobre todo alucinaciones, motivo por los cuales es frecuente que el adolescente llegue a consultar a una guardia. Es por eso que el diagnóstico diferencial fundamental se haga con los trastornos psicóticos que, por su gravedad, también será más común en un primer nivel recibir al paciente ya diagnosticado por un equipo especialista luego de la estabilización del cuadro.

192 Salud mental Infantojuvenil: prioridad para la humanidad. Ediciones científicas APAL. Experiencias y evidencias en psiquiatria. 2010

193, 194 Soutello Esperón, C y Mardomingo Sanz M. J.(2010) Manual de psiquiatria del niño y adolescente, coordinadores. Buenos Aires-Madrid. Editorial Panamericana.

Este diagnóstico, por los usos populares y a veces estigmatizantes que se dan por fuera del ámbito de la salud, cuenta a lo largo de la historia una serie de modificaciones, conservando la misma caracterización. Es por ello que en otras clasificaciones actuales también se puede encontrar la denominación, para el cuadro de retraso mental los de: Discapacidad Intelectual/ Trastorno del Desarrollo Intelectual, o el de Retraso Global/General del Desarrollo para cuando se detecta antes de los 5 años.

También pueden ser habituales en esta edad, los episodios mixtos, con irritabilidad, depresión e impulsividad, así como un patrón de ciclado (pasaje de un episodio depresivo a maniaco o viceversa) complejo, ya que pueden tener un curso continuo (no episódico) o por el contrario un patrón de ciclado más rápido que en los adultos. La duración de los síntomas maniacos puede ser más breve que la establecida en los criterios diagnósticos internacionales.

> Retraso Mental (RM)

El retraso mental (RM) es un amplio grupo dentro de los diagnósticos de trastornos mentales con inicio en la infancia.

> Las personas con retraso mental presentan una ejecución disminuida en los test de inteligencia y en los aprendizajes escolares, y muestran competencias de autonomía menores que sus pares.

Paradigmas anteriores realizaban evaluaciones diagnósticas y abordajes centrados en el déficit. El paradigma actual basado en la capacidad se enfoca en los requerimientos de apoyos específicos[195].

Las personas con retraso mental RM pueden presentar además cualquier otro diagnóstico de padecimiento mental. Esto quiere decir que no se debe atribuir toda manifestación clínica al retraso mental (RM). Un adecuado diagnóstico diferencial evita que el diagnóstico de RM eclipse otras determinaciones (crisis vitales, conflictos interpersonales, etc). Dado que el diagnóstico de RM puede ser estigmatizante, es necesario que las intervenciones socio-sanitarias intenten fomentar la inclusión.
Si bien hay infinidad de causas, muchas personas presentan RM por déficits en el desarrollo del sistema nervioso central por desnutrición y/o falta de estimulación en los primeros años de vida. El acceso adecuado a derechos, las políticas públicas con distribución justa de los recursos previene daños irreparables tanto en la salud general como en salud mental[196].

Diagnóstico de retraso mental

En paradigmas clásicos, la evaluación se centraba en el Cociente Intelectual (CI), clasificando en leve, moderado y severo conforme a limitaciones cognitivas evidenciables en tests de inteligencia. Actualmente se considera estigmatizante y poco útil para evaluar las habilidades adaptativas o el grado de autonomía e inclusión social. Es relevante analizar la **"capacidad adaptativa en la vida cotidiana"** referidas a:

> Salud y seguridad.
> Uso de la comunidad.
> Autodeterminación (posibilidad de decidir por sí mismo acerca de la propia vida).
> Habilidades académicas-funcionales.
> Autosuficiencia personal.
> Vida en el hogar.

195 Ley Nacional de Salud Mental 26657 artículos. 3, 5, 8 y 42 / Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad Ley 26.378 artículo 12

196 Vertex, Revista Argentina de Psiquiatría. Volumen XI Nº 42 Dic 2000 Ene Feb 2001. Presentación de Dossier Retraso Mental.

> Habilidades sociales.
> Capacidades comunicativas.
> Trabajo.
> Uso del tiempo libre.

La comparación se realiza con respecto a los pares en edad y procedencia socio-cultural.

Se entiende el retraso mental (RM) como efecto de la interacción entre las capacidades y limitaciones de la persona con el medio ambiente. El nivel de funcionamiento de la persona se mide con los apoyos que necesite para su desempeño cotidiano; no sin ellos.

Importa propiciar la estimulación del entorno, la inclusión social, las oportunidades de participación, la asistencia específica. Estos factores son indicadores más sensibles de evolución y pronóstico.

Diagnóstico diferencial

Entre un 20% y un 40% de las personas con RM, presentan además otro diagnóstico en salud mental[197]. Los más frecuentes son los del espectro autista, trastornos afectivos, trastorno por déficit de atención con hiperactividad, trastorno psicótico breve y trastornos adaptativos.

Un "enfoque de síntomas blanco": comportamientos autolesivos, heteroagresividad, destrucción de objetos, conductas disruptivas, hábitos atípicos, conducta social ofensiva, retraimiento/falta de atención, conductas no colaboradoras, permite evaluar signos y síntomas cuando no es posible hacer un diagnóstico DSM ni CIE.

Abordaje

Abordajes que atiendan la singularidad, la complejidad, que sostengan un trabajo interdisciplinario, intersectorial, con perspectiva de derechos y basado en la comunidad, mejoran los resultados.

La familia, los amigos, las redes de pertenencia, los servicios disponibles para la población general (clubes, centros culturales, etc) son ámbitos de inclusión por excelencia especialmente para personas con retraso mental que no presentan cuadros graves.

Apoyos: es la modalidad de intervención principal que se corresponden con el paradigma de la diferencia (no del déficit). Se refiere a acciones inclusivas planificadas y personalizadas que operen como puente entre las capacidades y limitaciones de una persona y una comunidad, conforme a la legislación vigente. La consulta en ámbitos institucionales especializados debería reservarse para situaciones puntuales.

Los abordajes psicofarmacológicos no siempre son necesarios. En situaciones en que los

[197] Wahlberg, E.; Damigella, L., (2006) Trastornos psiquiátricos y de conducta en el Retraso mental. Vertex Revista Argentina de Psiquiatría. volXVII: 373-377

abordajes psicosociales no son eficaces y en casos con sintomatología severa, debe evaluarse su pertinencia por un/a médico/a especialista en psiquiatría infanto-juvenil.

Toda indicación farmacológica debe ser parte de un plan integral de abordaje (interconsulta clínica, abordaje familiar, psicoterapia, apoyo escolar o laboral, articulación entre instituciones intervinientes, etc.), ser lo más simple posible con el fin de propiciar la adherencia terapéutica, minimizar los efectos adversos, tener un objetivo preciso, tener reevaluaciones periódicas para evaluar eficacia en función de los síntomas-blanco específicos, pertinencia de su continuidad, necesidad de modificaciones y evitar drogas del mismo grupo. No deberían ser por un tiempo indefinido ni volverse rígidos y repetitivos.

Antipsicóticos: serán de primera elección los antipsicóticos atípicos por sobre los antipsicóticos típicos. Los primeros presentan un mejor perfil de efectos adversos comparados con los segundos. Los antipsicóticos típicos son de última elección por la mayor frecuencia de efectos extrapiramidales, de efectos deficitarios de retracción emocional, pérdida de memoria, dificultades en la concentración que agravan la discapacidad de base.

Antipsicóticos típicos: haloperidol, trifluoperazina, levomepromazina.
Antipsicóticos atípicos: risperidona, olanzapina, quetiapina, aripiprazol.

Benzodiazepinas: su uso es restringido dado que es más frecuente el efecto paradojal (con irritabilidad y agresividad) que en población general; además de otros efectos adversos sobre la memoria, la tolerancia, y la dependencia, que ya se han mencionado en el presente módulo.

El seguimiento, si bien puede realizarse desde el primer nivel de atención, requiere de una comunicación continua entre los profesionales de equipos intervinientes de cada nivel. Una reevaluación por el equipo especializado debe realizarse al menos trimestralmente, o cada vez que surja la necesidad ante modificaciones sintomáticas.

Ejercicio 7 de Comprensión y Aplicación

1) Reflexione y resuelva las preguntas acerca de las situaciones clínicas que se presentan a continuación.

> Santino, 8 años.

Concurre a la consulta acompañado por su madre, Marcela de 36 años. Ella le cuenta que en el colegio no se queda quieto, no puede estar en silencio durante las clases y tampoco pueden hacer que se quede sentado en su banco; no puede prestar atención. Comparte el aula con chicos que han repetido varios años, con compañeros de 10 y 11 años. Este cuadro empeoró hace un mes cuando sus padres se separaron. Marcela trabaja como administrativa ocho horas diarias, están viviendo con su mamá quien cuida a Santino y se llevan muy bien. Santino no ve a su papá hace un mes. Usted revisa la historia clínica de Santino y observa que no concurre al centro hace 3 años, que no presenta las vacunas de los 6 años y Marcela no recuerda si se las aplicó.

En la consulta Santino rompió una taza, escribió en las paredes y no respondió ninguna pregunta que se le hizo, solo hablaba de los dibujitos y de sus juguetes.

1er. Paso Defina los problemas de salud que Santino presenta en esta consulta. ¿Existe algún problema de salud mental al momento de la consulta?

.....

.....

.....

¿Realizaría exámen físico?

.....

.....

.....

¿Solicitaría estudios complementarios?

.....

.....

.....

2do. Paso ¿Cuáles serían los objetivos terapéuticos con este paciente?

.....

.....

.....

3er. Paso ¿Qué conducta terapéutica adoptaría para conseguir los mismos?

.....

.....

.....

4to. Paso Realice la prescripción.

.....

.....

.....

Utilizando la CEPS-AP codifique el problema de salud/motivo de consulta de Santino.

Diagnóstico	CEPS-AP		

.....

.....

.....

5to. Paso De instrucciones a Marcela. ¿Citaría a la maestra de Santino y al padre?

.....

.....

.....

6to. Paso ¿Como va a realizar el seguimiento del tratamiento?

.....

.....

.....

> Felipe, 9 años.

Sus padres consultan porque Felipe repitió dos veces: primer y segundo grado. Le cuentan que no tiene amigos, ni quiere ir a los cumpleaños del colegio, no habla mucho, y generalmente no responde a las preguntas. Muchas veces empieza o sigue una conversación con cosas incoherentes, por eso lo cargan mucho en el colegio. Los padres trabajan, la madre tiene un vivero y el padre un negocio de venta de pequeños electrodomésticos. Felipe es el menor de tres hijos, tiene un hermano de 14 años y una hermana de 11 años, que están bien en el colegio y tienen amigos.

1er. Paso Defina los problemas de salud que Felipe presenta en esta consulta. ¿Existe algún problema de salud mental al momento de la consulta?

.....

.....

.....

¿Realizaría exámen físico?

.....

.....

.....

¿Solicitaría estudios complementarios?

.....

.....

.....

2do. Paso ¿Cuáles serían los objetivos terapéuticos con este paciente?

.....

.....

.....

3er. Paso ¿Qué conducta terapéutica adoptaría para conseguir los mismos?

.....

.....

.....

4to. Paso Realice la prescripción.

.....

.....

.....

Utilizando la CEPS-AP codifique el problema de salud/motivo de consulta de Felipe.

Diagnóstico	CEPS-AP		

.....

.....

.....

5to. Paso De instrucciones a Marcela. ¿Qué conducta toma con la familia?

.....

.....

.....

6to. Paso ¿Como va a realizar el seguimiento del tratamiento?

.....

.....

.....

2) Reflexione y resuelva las preguntas acerca de las situaciones clínicas en adolescentes que se presentan a continuación.

> Benicio, 16 años.

Concurre al centro solo, y pregunta por usted, quién lo atiende hace 4 años. Pide hablar a solas en el consultorio y le cuenta que consume drogas y que está dejando de a poco su grupo de amigos que lo lleva a consumir. Los dos últimos años Benicio repitió porque no podía concentrarse para estudiar y porque el grupo de amigos se oponía a que estudie; pero hace pocas semanas retomó, luego de blanquear la situación con los padres, quienes lo están ayudando. Sin embargo, éstos creen que sólo consume alcohol y Benicio pide que no se enteren que también consume marihuana y cocaína algunas veces al mes. Benicio quiere ir a un grupo de ayuda y que usted hable con sus padres. Tiene una hermana de 18 años y un hermano de 21 años. La madre es ama de casa y su padre es plomero.

1er. Paso Defina los problemas de salud que Benicio presenta en esta consulta. ¿Existe algún problema de salud mental al momento de la consulta?

.....

.....

.....

¿Realizaría exámen físico?

.....

.....

.....

¿Solicitaría estudios complementarios?

.....

.....

.....

2do. Paso ¿Cuáles serían los objetivos terapéuticos con este paciente?

.....

.....

.....

3er. Paso ¿Qué conducta terapéutica adoptaría para conseguir los mismos?

.....

.....

.....

4to. Paso Realice la prescripción.

.....

.....

.....

Utilizando la CEPS-AP codifique el problema de salud/motivo de consulta de Benicio.

Diagnóstico	CEPS-AP		

.....

.....

.....

5to. Paso De instrucciones al paciente. ¿Qué conducta toma con la familia? ¿Citaría a los familiares?

.....

.....

.....

6to. Paso ¿Como va a realizar el seguimiento del tratamiento?

.....

.....

.....

3) Reflexione y resuelva las preguntas acerca de las situaciones en urgencias y su seguimiento posterior

> Marcelo, 14 años.

Concurre acompañado por sus padres. Los padres le cuentan que es muy agresivo, que se enoja de manera exagerada por todo, que pelea y golpea a sus hermanos, siempre piensa que todos están en su contra, que hablan de él a escondidas y traman cosas para engañarlo. Hoy se peleó con su hermano mayor porque Marcelo dice que su hermano estaba hablando por teléfono mal de él con un amigo, lo golpeó y su hermano terminó en el hospital donde le suturaron el labio. Ya ha intentado tratamiento previo ambulatorio. Vive en la casa de la abuela, que queda a la vuelta. Los padres no pueden llevarlo a la casa de ellos y la abuela está asustada ya que ayer a la noche la amenazó con una navaja. Marcelo no quiere internarse, sostiene que la familia está en su contra.

Consignas:
Resuelva el caso como si fueran el equipo de guardia del establecimiento y su posible articulación con el primer nivel luego de la resolución de la crisis.

.....

.....

.....

¿Cómo codificaría este problema de salud mental según el CEPS- AP?

.....

.....

.....

8 Riesgo y prevención del Suicidio

> Epidemiología

El suicidio, fenómeno más frecuente de lo que la mayoría de la gente supone, constituye una causa de muerte muy importante en todas las estadísticas sanitarias. En 1998, se estimó que un 1,8% del total de muertes se debieron a suicidios. Según las tasas actuales, se estima que en este año se suicidará un millón de personas, mientras que las tentativas oscilarán entre 10 y 20 millones. Cifras que justifican que se considere al suicidio como un grave problema de Salud Pública[198].

En el año 2012 se registraron en el mundo 804.000 muertes por suicidio, lo que supone una tasa global de 11.4 por 100.000 habitantes. La proporción de hombres es mayor que la de mujeres, con una tasa de 15 frente a 8; los países de más altos ingresos tienen una tasa ligeramente más alta que los de bajos y medianos ingresos, pero dado que la población es mucho mayor en el segundo grupo, el 75% de las muertes por suicidio se registraron en estos países. Cada 40 segundos se suicida una persona en el mundo y se calcula que por cada adulto que consuma un suicidio otros 20 lo intentan. Margaret Chan, ex directora de la OMS planteó que "... el estigma impide a muchos ciudadanos pedir ayuda y, cuando lo hacen, muchos no la encuentran en los sistemas de salud...".

En poblaciones especiales, como los adolescentes y adultos jóvenes (universitarios), el suicidio es una importante causa de muerte a nivel mundial, después de los accidentes y las neoplasias. En cambio, entre la población senil, donde el suicidio se ha incrementado mucho, aunque, en razón del peso relativo de otras condiciones de salud, está situado entre la vigésima y vigésimo quinta causa de muerte.

En la Argentina, según cifras oficiales, la tasa de suicidio general se ha mantenido relativamente estable desde hace cuatro décadas, con un incremento entre adolescentes y adultos jóvenes de menos de 35 años y de personas de más de 65 años de edad. En ese contexto, se ha registrado un incremento de las tasas de suicidio en las regiones del Noroeste y la Patagonia.

Tabla 16 - Cantidad de suicidios por edad y género en la Argentina /año 2010 (Ministerio de Salud de la Nación, 2010)

Edad (años)	May 14	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	64-74	75 y +	Sin especif.	
Varones	34	706	494	320	264	218	184	209	15	2444
Mujeres	20	152	102	84	80	66	33	34	1	572
Total	54	858	596	404	344	284	217	243	16	3016

Fuente: Secretaría de Políticas, Regulación e Institutos. Dirección de Estadísticas e Información de salud. Sistema Estadístico de salud. Ministerio de Salud de La Nación. Estadísticas Vitales. Información Básica. Serie 5 - Número 54. Año 2010 http://www.deis.gov.ar/Publicaciones/Archivos/Serie5Nro54.pdf

198 Bourgeois M, Facy F, Rouillon F, Verdoux H. Épidémiologie du suicide. Encyclopedie Médico Chirurgicale, Paris, 2003.

Cohen Agrest sostiene que en Argentina existe un importante sub-registro, calculándose que la diferencia entre suicidios cometidos y suicidios registrados es aproximadamente del 20% al 30%[199]. Estos datos demuestran que la prevención del suicidio, y el tratamiento inicial de los procesos suicidas en curso (que son una verdadera emergencia médico-psicológica), constituyen un tema de gran importancia en la estrategia de APS, en particular en el primer nivel de atención.

[199] Cohen Agrest D. Por mano propia. Estudio sobre las prácticas suicidas. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica, 2007

> Definición de la conducta suicida

Aunque la conducta suicida no es un comportamiento exclusivamente producto de una enfermedad mental, en particular de la depresión, es en el contexto de ese trastorno psicopatológico es donde se encuentra la mayor incidencia de muertes por suicidio.
Por lo tanto se deben distinguir:

a) la crisis suicida de origen psicosocial,

b) la crisis suicida de una persona afectada por una enfermedad mental. Diversos autores sitúan la ansiedad como uno de los factores más implicados en el riesgo inminente de suicidio en pacientes afectados por depresión; mientras que la desesperanza y la anhedonia grave serían factores de más peso en los suicidios de trastornos prolongados y con sucesivas crisis que deterioran la existencia de la persona como la esquizofrenia, los trastornos bipolares y las personalidades antisocial y borderline.

Tentativa de suicidio

Ya sea que responda a una u otra de las situaciones de crisis mencionadas se han descrito múltiples motivaciones que pueden, en un momento dado, llevar a una persona a cometer una tentativa de suicidio. Entre las más frecuentes encontramos:

1- Desesperación por no alcanzar determinadas metas u objetivos que se ha impuesto, lo que se vive como un fracaso irremediable.

2- Una conducta de huida, una suerte de vía de escape ante situaciones estresantes u opresivas.

3 - Una forma de llamar la atención en busca de ayuda ante una situación que el sujeto evalúa como desesperada.

4 - Una forma de "presión" sobre otras personas para obtener determinados cambios en la actitud de los demás.

5 - Una falta de sentido de la vida, un cansancio de vivir, del que sólo surgen sentimientos negativos. El hecho de vivir es penoso, doloroso e irresistible, viéndose en el suicidio la única forma de solución. Es típico en las psicosis afectivas.

6 - La soledad y el aislamiento hacen que la vida pierda sentido. El aislamiento característico de la vida de algunos ancianos desemboca en una pérdida de sentido vital que, en ocasiones, puede conducir a una crisis suicida.

Conducta parasuicida y equivalentes suicidas

En las conductas parasuicidas la motivación no sería la muerte sino un pedido de ayuda, un "grito" llamando a aliviar un sufrimiento psíquico inexpresable en palabras o que no encuentra interlocutor o una manera rudimentaria y primitiva de aliviar una tensión interna inexpresable de otra manera; como es el caso de las autoagresiones por auto-mutilación.

Pero existen otras numerosas formas de atentar contra sí mismo, "conductas de riesgo" o las autodestructivas que algunos han designado como "equivalentes suicidas". Este término alude a un patrón de comportamiento en el que no existe la voluntad consciente y expresa de morir, pero cuya ejecución pone en riesgo la vida (ciertos deportes de riesgo, relaciones sexuales con parejas desconocidas sin protección, toxicomanías endovenosas sin precaución, etc.).
También se han englobado en esta definición ciertas conductas de higiene de vida (consumo excesivo de tabaco, alcohol, obesidad, etc.) o inobservancia en el cumplimiento de tratamientos por parte de pacientes aquejados por enfermedades de cuidado constante (diabetes, SIDA, cáncer, EPOC, etc.).

Los párrafos anteriores deben ser pensados considerando que el fenómeno suicida es multidimensional, multifacético a la vez que multidisciplinario conteniendo en forma concomitante elementos biológicos, psicológicos, sociológicos, epidemiológicos y filosóficos.

Algunos mitos y prejuicios sobre el suicidio

Falso	Verdadero
La persona que se va a suicidar es la que no lo hace.	De 10 personas que se suicidan, 8 han advertido claramente sus intenciones a los que lo rodean.
Los niños y viejos no se suicidan.	Los niños y viejos pueden suicidarse.
El suicidio es siempre imprevisto.	Las personas que se suicidan dan antes pistas y advertencias sobre sus intenciones.
Las histéricas no se suicidan	Las histéricas se suicidan en la misma proporción que las demás personas.
Una persona que se quiere suicidar, se querrá suicidar siempre.	Los individuos que se quieren suicidar, son suicidas durante un cierto periodo.
El suicidio es algo que "viene de familia"	No está probado que el suicidio sea hereditario, aunque los parientes de suicidas, se suicidan en mayor proporción que la población general.

Factores de riesgo de suicidio

Hay una serie de factores que hay que tener en cuenta al valorar el potencial suicida de un paciente:

a) Factores psicopatológicos: como se dijo antes el porcentaje de enfermos mentales con respecto al total de individuos que se suicidan es de alrededor del 95%, y sólo un 5% se trataría de suicidas sin patología psiquiátrica identificable.

> **Trastornos del estado de ánimo**[200]**:** el 50 al 80% de los suicidios corresponde a un trastorno del humor. Uno de cada 7 enfermos bipolares mueren por suicidio. A pesar de que desde el punto de vista epidemiológico parece clara la importancia que el comportamiento suicida representa en relación con la depresión, hay muchos estudios que demuestran que un porcentaje elevado de enfermos depresivos que se suicidan habían consultado con un médico, muchas veces psiquiatra, en los 6 meses anteriores al suicidio.

Es importante señalar que es precisamente en el contexto de una depresión donde más se puede evitar un comportamiento suicida, ya que el diagnóstico de depresión generalmente no ofrece grandes dificultades. El potencial suicida en las depresiones melancólicas es muy alto y, además de las medidas de contención y vigilancia del paciente, tenemos a nuestro alcance tratamientos eficaces que modifican el estado de ánimo, y por lo tanto, la ideación suicida.

> **Trastornos de ansiedad:** si bien clásicamente los trastornos depresivos son los mayores exponentes de suicidios, recientemente se insistió en la importante prevalencia de los trastornos ansiosos, en especial los ataques de pánico. El riesgo de suicidio para pacientes de menos de 70 años que estuvieron internados por trastornos ansiosos es tan alto como para la depresión y los otros diagnósticos psiquiátricos.

> **Esquizofrenia:** cerca del 10% de los esquizofrénicos mueren por suicidio.

Los factores de riesgo son los siguientes: sexo masculino, edad inferior a 30 años, desempleo, evolución crónica con recaídas, depresión anterior, depresión durante el último episodio, alta reciente, buen nivel de educación (lo que podría estar asociado a una "conciencia mayor del trastorno", con sentimiento de inadaptación y desesperanza), presencia de acatisia como efecto secundario al tratamiento con neurolépticos y abuso de sustancias. Mucho más que la edad propiamente dicha, lo esencial sería la cantidad de años transcurridos desde el inicio de la enfermedad. Aparentemente, los esquizofrénicos no comunican su proyecto suicida tan a menudo como los otros pacientes. El suicidio puede ser inesperado e inexplicable y suelen utilizar métodos altamente letales[201].

> **Alcoholismo y abuso de sustancias:** el abuso de sustancias y alcohol aumenta de 30 a 80 veces el riesgo de suicidio. Estas conductas se suelen presentar en comorbilidad con la patología depresiva y/o ansiosa. Tendrían el papel de agravantes del pronóstico del trastorno del estado de ánimo y facilitarían, además, el pasaje al acto de suicidio mediante el efecto desinhibidor del alcohol u otras sustancias.

> **Personalidades patológicas:** de entre ellas las personalidades con trastorno antisocial están más particularmente expuestas al riesgo de suicidio y también las personalidades de tipo borderline en las que los sentimientos subjetivos de depresión y desesperanza son inductores de riesgo de suicidio[202].

b) Factores biológicos:

> **Personas mayores:** se suicidan más que los jóvenes. La tasa de suicidio de las personas de edad avanzada es mayor que la de la población general. A pesar de la evidencia que aporta la epidemiología, un alto número de médicos e, incluso, de los

[200] Miró E. "Depresión y suicidio", en Vallejo Ruiloba J, Gastó Ferrer. Trastornos afectivos: ansiedad y depresión, Cap. 35, Masson, Barcelona, 2000. Entre las cifras nacionales contamos con la comunicada por Goldchluk del Hospital "J. T. Borda" de la Ciudad de Buenos Aires, en el año 2000, que estarían cercanas al 9%.

[201] Bourgeois M, Facy F, Rouillon F, Verdoux H. Épidémiologie du suicide, Encyclopedie Médico Chirurgicale, Paris, 2003.

[202] Koldobsky, N. La personalidad y sus desórdenes. Buenos Aires: Salerno, 1995.

especialistas en psiquiatría consideran que el suicidio de los viejos es excepcional[203].

> **Adolescencia:** En las últimas décadas se ha visto un incremento considerable de suicidios en la adolescencia. Es necesario, entonces, detectar factores de riesgo (familias disfuncionales, abuso sexual en la infancia, inserción social y/o escolar precarias, suicidios de familiares, consumo de sustancias, trastornos psicóticos, trastorno borderline, etc.)

> **Niños:** La investigación clínica ha confirmado la existencia de ideas de suicidio y tentativas de suicidio en niños en período de latencia y está probado que esas manifestaciones son predictoras de riesgo de suicidio en la adolescencia y la edad adulta[204].

> **Sexo:** Los hombres se suicidan más que las mujeres, aunque éstas lo intentan más.

> **Comorbilidades:** Los problemas derivados de una mala salud (enfermedades crónicas o incurables) influyen de manera determinante en el proceso suicida.

c) Factores socio-familiares: aumentan el riesgo suicida.

> El estado civil: viudez, divorcio o separación.

> La pérdida del trabajo.

> El aislamiento social mencionado y la religión, influyen sobre el potencial suicida del paciente deprimido.

> Las situaciones conflictivas de pareja o familiares.

> La pérdida de un ser querido (ver apartados de Duelos).

> La pérdida del status socioeconómico.

d) Factores socio-profesionales:

> Los habitantes de las zonas rurales tienen un índice de suicidios un punto y medio mayor que los habitantes en las zonas de más aglomeración demográfica.

> El trabajo parece "proteger contra el suicidio": hay más suicidas sin empleo que el promedio general de la población. En la Argentina se verificó un incremento en las ideas de suicidio entre los desocupados que surgieron de la crisis social del año 2001[205].

e) Enfermedades médicas: en ciertos casos de enfermedades crónicas o incurables (cáncer, EPOC, enfermedades degenerativas, síndromes dolorosos, etc.) es posible que se presenten deseos de muerte y hasta tentativas de suicidio en cualquier edad. Un caso particular es el de los enfermos con VIH/Sida.

El proceso o crisis suicida

Se ha esquematizado un "recorrido del suicida"[206, 207]. Ese modelo distingue las fases **pre-suicida, suicida y post-suicida.** El esquema permite articular los factores de riesgo que favorecen el pasaje de cada fase a la siguiente -que se corresponden con la evolución clínica del sufrimiento- y las medidas que pueden oponerse a esa evolución.

El Dr. Michel Benoit propone subdividir el proceso dinámico que representa la crisis suicida en varias etapas:

1) Una fase pre-suicida, que puede ser más o menos duradera en el tiempo según los factores psicológicos y precipitantes en causa, los mecanismos de adaptación del individuo y la existencia de recursos posibles de ayuda exterior. Esta primera fase puede dividirse en sub-etapas:

203 Matusevich D, Pérez Barrero S. El suicidio en la vejez. Buenos Aires: Polemos, 2009.

201 Bourgeois M, Facy F, Rouillon F, Verdoux H. Épidémiologie du suicide, Encyclopedie Médico Chirurgicale, Paris, 2003.

204 Petot, D. Présence précoce et continue d'idées suicidaires pendant l'enfance. Évol Psychiatr 2004; 69.

205 Tausk J. Proyecto de Investigación: "La Desocupación y la Pérdida de Empleo: Su incidencia en los vínculos del Grupo Familiar, en el Entorno Social y en la aparición de Afecciones Psíquicas". Cátedra Clínica Psicológica y Psicoterapias. Proyecto Universidad de Buenos Aires Ciencia y Tecnología UBACYT TP50 -1998-2002).

206 Fédération Française de Psychiatrie. La crise suicidaire. Reconnître et prendre en charge, Conférence de consensus, 19 et 20 Octobre 2000, John Libbey Eurotext, Paris, 2001.

207 Benoit M. Quels sont les symptômes à observer à chaque étape de la crise sucidaire? In: Fédération Française de Psychiatrie. La crises suicidaire. Reconnître et prendre en charge, Conférence de consensus, 19 et 20 octobre 2000, Jhon Libbey, Paris, 2002.

a) Un acontecimiento traumático o desencadenante (no siempre evidenciable) sorprende al individuo y lo somete a un estado de tensión mientras está en estado de vulnerabilidad con escasez de recursos para hacer frente a la situación

b) Los intentos del individuo para resolver la situación no alcanzan su objetivo y la tensión psíquica aumenta manifestándose por una ansiedad creciente, que puede ir hasta la agitación. Frecuentemente, en ese momento, puede existir un estado de inhibición, de estupor del sujeto frente a las emociones que no puede dominar y que lo someten a un sentimiento de incertidumbre y sufrimiento intensos. Es en esta sub-fase adonde aparece, generalmente, la idea suicida, está colmada de dudas y ambivalencia, y el individuo pasa de la idea de suicidio a plantearse la posibilidad de pasar a la acción. Si la ansiedad u otros síntomas de esta sub-etapa son comunicados o detectados se da lugar a la intervención del médico. Si bien existe un consenso internacional en el sentido de la ausencia de certeza en la predicción del suicidio, aún en pacientes de alto riesgo (Fédération Française de Psychiatrie, 2001), se debe evaluar detalladamente la potencialidad del riesgo de suicidio por medio del estudio de una serie de factores que permiten predecir, con cierta aproximación, el peligro, para fijar la conducta terapéutica a seguir (ver Tabla 17).

c) El aumento de la agresividad y el sentimiento de impotencia para resolver la situación generan un estado de exasperación que precipita el pasaje al acto como única salida posible y, finalmente, puede instalarse la decisión y, tomada ésta, sólo queda prepararse para pasar al acto. En los individuos impulsivos la fase de ambivalencia puede ser muy breve o incluso apenas existir; en cambio, por regla general, en los pacientes depresivos este período suele ser más largo, y muchas veces el paciente verbaliza directa o indirectamente sus propósitos, y es por esta razón que en la mayoría de los casos nos permite intervenir de manera preventiva.

2) Una fase de pasaje al acto o fase suicida, más o menos brutal.

3) Una fase post-suicida, que puede revestir un carácter resolutivo y catártico o, por el contrario, ser el comienzo de una nueva crisis suicida. Debe tenerse en cuenta que la reincidencia de la tentativas de suicidio aumenta mucho el riesgo en las sucesivas crisis. El estudio de las condiciones de realización de una tentativa de suicidio que no produjo la muerte permite evaluar el riesgo de una recaída.

Tabla 17 - Antecedentes, signos y síntomas en el curso de una crisis suicidio

Antecedentes patológicos o patologías en curso	> Trastornos del estado de ánimo, trastornos de conducta, trastornos psicóticos (especialmente esquizofrénico), trastornos de personalidad (especialmente trastorno antisocial y trastorno límite), trastorno de carácter (impulsividad, inestabilidad), tendencia a la violencia física. > Antecedentes familiares o personales de tratamientos psiquiátricos, consumo de psicofármacos. > Modos de reacción habituales ante situaciones de crisis. > Antecedentes de tentativas de suicidio, método y factores desencadenantes, tratamientos anteriores por esa causa. > Consumo de drogas, abuso y dependencia de alcohol. > Enfermedad física juzgada por el paciente como invalidante o letal, dolor crónico. > Tentativas de suicidio y suicidios consumados en la familia o el entorno.
Reacción del sujeto a la situación de crisis	> Apreciación de la letalidad del método planificado. Percepción de la irreversibilidad del acto. > Actitud hacia la vida: pesimismo obstinado o ambivalencia, invocación de razones para vivir. > Representaciones de la muerte, objeciones morales o religiosas al suicidio. > Reacciones al tratamiento (cumplimiento del tratamiento, oposición, retraimiento). > Percepción de la posibilidad de apoyo por parte del entorno.

Modo de vida, edad, factores vinculares e inserción social	> Situación familiar (viudez reciente, separación) y profesional (quiebra financiera, desocupación) y económica (carencia de medios). > Aislamiento social (ancianos, migrantes). > Maltrato infantil, mujeres golpeadas o maltrato en la vejez. > Cualidad afectiva de los soportes sociales (amistades, grupos de pertenencia) y creencias religiosas. > Conductas de riesgo: actividades o deportes peligrosos, relaciones sexuales sin protección, conductas violentas. > Profesión de riesgo por su acceso a medios letales (personal de salud, personalidad de seguridad y militares). > Proyectos laborales y vinculares y grado de compromiso con ellos.

Fuente: Benoit M. Quels sont les symptômes à observer à chaque étape de la crise sucidaire. In: Fédération Française de Psychiatrie. La crises suicidaire. Reconnître et prendre en charge, Conférence de consensus, 19 et 20 octobre 2000, Jhon Libbey, Paris, 2002.

Tabla 18 - Preguntas a responder para evaluar una Tentativa de Suicidio	
Circunstancias objetivas de la tentativa de suicidio	**Aislamiento:** ¿Le avisó a alguien que iba a hacer una tentativa de suicidio? **Manejo de los tiempos:** ¿La tentativa de suicidio fue planificada como para no ser descubierto? **El suicida tomó precauciones para no ser descubierto:** ¿Por ejemplo, encerrarse y echar llave? **Disimulación de la tentativa de suicidio ante las personas presentes:** ¿Confesó su intención cuando se lo preguntaron? **Actos realizados en previsión de la muerte:** ¿Cambió proyectos, hizo regalos o legados inhabituales? **Preparación de la tentativa de suicidio:** ¿Preparó un escenario suicida? **Hubo intención escrita de la tentativa de suicidio:** ¿Dejó mensajes escritos anunciando o explicando la tentativa de suicidio? **Comunicación verbal de la intención suicida:** ¿Lo dijo abiertamente con anterioridad?
Intención informada por el paciente	**Objetivo de la tentativa de suicidio:** ¿Había intención de desaparecer? Expectativas respecto de la **letalidad del método elegido:** ¿Pensaba que iba a morir? **Apreciación de la letalidad del método:** ¿Utilizó un método más peligroso de lo que creía? **Gravedad percibida del gesto suicida:** ¿Creía que el método empleado era suficiente para morir? **Actitud ambivalente frente a la vida:** ¿Quería morir realmente? ¿O sólo no pensar más o no estar más angustiado? **Percepción de la irreversibilidad del acto:** ¿Estaba segura/o de que iba a morir a pesar de la ayuda médica?
	Grado de premeditación: ¿El gesto fue impulsivo o estuvo precedido de varias horas de meditación?

Otros aspectos	**Reacción a la salida del tratamiento agudo:** ¿La persona lamenta seguir con vida? **Representación de la muerte:** ¿La muerte es representada de una manera positiva? **Cantidad de tentativa de suicidio anteriores:** ¿Hubo en el pasado varias tentativa de suicidio? ¿Cuán seguidas fueron unas de otras? **Consumo de alcohol durante al tentativa de suicidio** ¿Hubo un consumo de alcohol que facilitó el pasaje al acto? **Consumo de drogas durante la tentativa de suicidio** ¿Hubo un consumo de drogas que facilitó el pasaje al acto?

Fuente: Beck AT, Schuyler D, Herman I. Development of suicide intent scales. In Beck AT, Resnick HLR, Lettieri DJ, eds. The prediction of suicide. Bowie, Maryland: Charles Press, 1974: 45-8. Beck AT, Brown GK, Steer RA, Dahlsgaard KK, Grisham JR. Suicide ideation at its worst point: a predictor of eventual suicide in psychiatric outpatients. Suicide Life Threat Behav 1999;29: 1-9

> Tratamiento[208]

No existe ningún estudio prospectivo randomizado que permita proponer una conducta pertinente y coherente, fácilmente realizable en la práctica y eficaz para prevenir un acto suicida y el conjunto de la literatura presenta límites en cuanto a las definiciones y la metodología a seguir.

Como es imposible la predicción objetiva y certera, de un posible suicidio, la evaluación clínica del riesgo suicida, o de la urgencia suicida, es la única posibilidad de establecer una conducta terapéutica que oriente las posibles formas de intervenir. Este criterio valoriza la impresión del entrevistador, en la evaluación de la urgencia y del riesgo suicida.

La crisis suicida se extiende desde la aparición de las primeras ideas de suicidio hasta su resolución (o su repetición), incluyendo o no un pasaje al acto suicida. Aunque con muchas variaciones individuales, la crisis puede durar varios días o semanas durante los cuales la intervención es posible[209].

Consideraciones del tratamiento

> No desestimar toda comunicación de ideas o proyectos suicidas, por vagos que estos sean. Un alto porcentaje de los pacientes suicidas hacen saber estas circunstancias a su entorno o a sus médicos clínicos o a otro personal de salud en las semanas o meses previos a una tentativa de suicidio.
> Tampoco se debe caer en el facilismo de evaluar como simple "chantaje" o "histeria" esas comunicaciones de personas en estado de crisis, perdiendo así la oportunidad de intervenir efectivamente en la prevención del suicidio.
> En particular, en el caso del abordaje del paciente depresivo el personal de salud debe

208 Stagnaro JC. "Clínica, prevención y tratamiento del proceso suicida", en Introducción a la Psiquiatría. 4ª edición, Manuel Suárez Richards (Comp.). Buenos Aires: Polemos, 2012.

209 Benoit M. Quels sont les symptômes à observer à chaque étape de la crise sucidaire? In: Fédération Française de Psychiatrie. La crises suicidaire. Reconnître et prendre en charge, Conférence de consensus, 19 et 20 octobre 2000, Jhon Libbey, Paris, 2002.

evitar caer en errores frecuentes, tales como exhortarle a dominarse o a animarse, decirle que la depresión es cosa de "poner voluntad", que "lo tiene que solucionar uno mismo", o recomendarle un viaje o vacaciones.
> En cambio, es positivo que tanto el médico como las personas del entorno dirijan al enfermo afirmaciones de tipo tranquilizador, como explicarle que no es un caso único, que su enfermedad es conocida y que hace sufrir mucho al que la padece, pero que, en cambio, no es peligrosa si recibe tratamiento, que es una enfermedad que tiene tratamiento eficaz, que puede haber recaídas, pero que se pueden prevenir y tratar. En estos casos la mejor y más eficaz manera de prevenir la conducta suicida es la detección precoz de la depresión, instaurando con rapidez un tratamiento adecuado, valorando al mismo tiempo el potencial suicida del enfermo y si éste es elevado tomar las medidas de contención correctas, como puede ser la vigilancia del paciente por la familia y/o por acompañantes terapéuticos si se instala un tratamiento domiciliario, o la internación en un centro hospitalario apropiado.
> Hay que fijar objetivos terapéuticos por etapas y a corto plazo.
> La alianza con la familia o con los allegados y amigos es indispensable para instalar una terapéutica adecuada; debiéndose actuar con estos miembros del entorno por medio del esclarecimiento y la información a fin de contarlos como aliados en la contención del paciente.

Conducta terapéutica

¿Hospitalización o tratamiento ambulatorio de las crisis suicidas?

La decisión de la estrategia del tratamiento a seguir estará supeditada a los resultados de la evaluación del riesgo suicida. Se debe realizar para la misma una entrevista lo más amplia posible y recurrir a la exploración de toda la serie de factores que permitan.
Siempre debe recordarse que hablar del tema con el paciente sospechado de ideas suicidas no es un factor inductor del mismo. Por el contrario, el abordar el problema francamente -aunque con frases que gradúen la dramaticidad de la situación tales como: ¿"Ha pensado en hacerse daño?"- genera una disminución de la tensión psíquica y permite al paciente saber que puede confiarse a un profesional que comprende su situación y le puede ofrecer una salida alternativa a sus conflictos.
Por supuesto que cuando las ideas suicidas se presentan en el contexto de una crisis psicótica con ideas delirantes la entrevista tendrá poca o ninguna efectividad para controlar el riesgo y la opción de la internación es inevitable.

La experiencia clínica enseña que cuando un individuo se presenta calmo y ya no habla del tema, luego de haber comunicado en los días o las horas anteriores a la entrevista ideas de suicidio acompañadas con intensa angustia o agitación, no se debe interpretar automáticamente esa nueva actitud como una mejoría ya que la misma puede corresponder a la "calma" a la que se arriba cuando se ha tomado la decisión autolítica. No hay que olvidar que un paciente calma su angustia momentáneamente cuando está con el profesional como resultado de la verbalización catártica y la contención que le otorga su presencia protectora, pero la angustia renacerá apenas este se aleje y el riesgo de pasaje al acto se puede acentuar.

Una vez tomada la decisión de una hospitalización ésta se debe ejecutar inmediatamente y bajo el control presencial del equipo de salud: son conocidos los peligros de una promesa nunca cumplida de volver, o de ir al hospital "al día siguiente". Cuando se opta por continuar el tratamiento de una crisis suicida en forma ambulatoria se debe evaluar, cuidadosamente, la

capacidad de acompañamiento efectivo de las personas del entorno que tomarán a su cargo el cuidado del paciente en el domicilio. En algunas ocasiones es de gran utilidad el recurso del acompañamiento terapéutico domiciliario para reforzar el apoyo familiar, o reemplazarlo.

Tratamiento farmacológico

Los ansiolíticos son necesarios para controlar la angustia que es el principal factor precipitante de la mayoría de las crisis y de la conducta suicida. Por lo tanto, el control de la misma es un paso indispensable para alejar el riesgo del pasaje al acto. Este recurso debe articularse con otros fármacos (antidepresivos, antirrecurrenciales o estabilizantes del ánimo, antipsicóticos) que traten el cuadro depresivo de fondo que "empuja" la ideación suicida. Muy frecuentemente, tomadas las primeras medidas de protección es necesario derivar al especialista para regular o instalar un tratamiento medicamentoso eficaz y racional (en esos casos se ha indicado el litio, los antipsicóticos para las descompensaciones esquizofrénicas, los antirrecurrenciales y antidepresivos para los cuadros depresivos y bipolares).

> En todos los casos debe recordarse que no se deben entregar recetas directamente a un paciente con riesgo de suicidio. Toda prescripción debe confiarse a sus familiares o a sus acompañantes terapéuticos.

Tratamiento psicoterapéutico

Es fundamental para esclarecer las causas de la situación que precipitaron la crisis. En un primer momento catártico, apoyado en la escucha comprensiva y el re-aseguramiento, el abordaje psicoterapéutico por parte del psiquiatra o el psicólogo del equipo se debe ir internando en los conflictos intrapsíquicos e interpersonales que descompensaron el equilibrio mental del sujeto. Esta tarea además de ayudar a resolver la crisis en sí misma, es preventiva de nuevos pasajes al acto y sienta las bases de una alianza terapéutica que se prolongará una vez atenuada y compensada la crisis suicida.

Conducta ante el suicidio consumado[210]

Las reacciones del entorno (familiares, allegados) y del personal de salud ante un suicidio consumado son frecuentemente causa de traumatismo psíquico. Por ello es que se deben adoptar medidas preventivas para permitir la elaboración del mismo.
Se denomina Postvención al conjunto de maniobras llevadas a cabo con los supervivientes para disminuir los efectos deletéreos del trauma vivido.
El médico involucrado en el caso debe evaluar muy sinceramente su propio estado anímico y recurrir a la ayuda de los colegas de su equipo para esclarecerse sobre el acontecimiento y compartir con ellos los sentimientos e ideas que éste le ha despertado. Esto es particularmente importante en los jóvenes profesionales que enfrentan, quizás por primera vez, esa circunstancia.
Es muy frecuente que el médico se vea embargado por sentimientos de impotencia, pérdida de autoestima profesional, ansiedad, rabia, culpa y miedo a las consecuencias médico-legales por el suicidio de un paciente a su cargo. Resuelto ese primer escalón es necesario entender que la tarea médica no ha terminado y que se debe asistir a los allegados.

210 Stagnaro JC. "Clínica, prevención y tratamiento del proceso suicida", en Introducción a la Psiquiatría. 4ª edición, Manuel Suárez Richards (Comp.). Buenos Aires: Polemos, 2012.

Ejercicio 8 de Comprensión y Aplicación

1) Reflexione y resuelva las preguntas acerca de las situaciones clínicas que se presentan a continuación.

> Alicia, 55 años.

Está casada con Rubén, 60 años, y tienen dos hijos, Horacio, de 28 años que vive con un amigo y Claudia, de 25 años, que vive con ellos. Es ama de casa. Como antecedentes tiene hipotiroidismo. Toma 100 mcg de levotiroxina por día a la mañana. Su último laboratorio presenta una TSH de 3 mUI/litro. Consulta en el centro de salud acompañada por su marido. Relatan que últimamente ella se siente sin energía, con muchos problemas para dormir, concilia el sueño muy tarde y se despierta muy temprano, no tiene apetito y bajó de peso en las últimas semanas. Refiere que está triste la mayor parte del día desde hace ya varias semanas y no le interesan sus actividades. Se siente muy angustiada, no tiene ganas de vivir y todo le parece inútil. Rubén perdió su trabajo hace seis meses porque quebró la empresa en donde trabajaba desde hacía veinte años. Desde entonces tienen problemas económicos porque él no fue indemnizado, está en juicio con la empresa. Su hija también tiene problemas laborales y el hijo no tiene medios para ayudarlos. Dice que algunas veces piensa en la muerte como una liberación a sus problemas. Su padre era un hombre depresivo que se suicidó a la edad de 60 años. No refiere antecedentes de síntomas maníacos. Interrogada acerca de si ha pensado en hacerse daño responde que cree que no, pero que a veces tiene miedo de pensarlo. No consume alcohol ni consume drogas.
El examen físico es normal.

1er. Paso Defina los problemas de salud que presenta Alicia en esta consulta. ¿Existe algún problema de salud mental al momento de la consulta?

.....

.....

.....

¿Realizaría exámen físico?

.....

.....

.....

¿Solicitaría estudios complementarios?

.....

.....

.....

2do. Paso ¿Cuáles serían los objetivos terapéuticos con esta paciente?

.....

.....

.....

3er. Paso ¿Qué conducta terapéutica adoptaría para conseguir los mismos?

.....

.....

.....

4to. Paso Realice la prescripción. Describa las pautas de alarma que debe tener presente con Alicia

.....

.....

.....

Utilizando la CEPS-AP codifique el problema de salud/motivo de consulta de Alicia.

Diagnóstico	CEPS-AP		

5to. Paso De instrucciones al paciente. ¿Qué conducta toma con la familia? ¿Citaría a los familiares en las próximas consultas?

.....

.....

.....

6to. Paso ¿Como va a realizar el seguimiento del tratamiento?

.....

.....

.....

9 Promoción del uso racional de los medicamentos en Salud Mental

Desde hace algunos años, y especialmente en las últimas décadas, se vienen produciendo cambios en el paradigma respecto a las problemáticas en salud mental. El enfoque vuelve a orientarse a una perspectiva de derechos con inclusión. Un retorno al abordaje de los problemas relacionados con la salud mental acaecidos en la década de los sesenta en nuestro país, con un enfoque basado en la comunidad y en el empoderamiento. Intervenciones que trascienden el consultorio y el hospital, con base firme en la comunidad[211].

En este sentido, la resolución CD49.R17 de la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud de 2010 sentó las bases para una Estrategia y Plan de Acción sobre Salud Mental[212], promoviendo el fortalecimiento de las estrategias orientadas a mejorar la salud mental de las personas, estableciéndolo como un tema prioritario dentro de las políticas nacionales de salud. Se trata de que incluyan no solo el mejoramiento de los servicios de salud mental en el marco de los sistemas basados en la atención primaria de salud y las redes integradas de servicios, sino que impulsen iniciativas intersectoriales para la promoción de la salud mental. En Argentina, la Ley 26.657 de Salud Mental, sancionada en 2010 tiene por "objeto asegurar el derecho a la protección de la salud mental de todas las personas, y el pleno goce de los derechos humanos de aquellas con padecimiento mental que se encuentran en el territorio nacional"[213].

De esta manera, la complejidad en el abordaje de los trastornos relacionados con la salud mental multiplica sus herramientas. Se produce un alcance más próximo a las dimensiones que implican las problemáticas de salud mental, en las esferas biológica, psicológica, familiar, social y cultural. No resulta posible otro abordaje, no pueden escindirse las problemáticas de las personas, se requiere un tratamiento integral. Este enfoque global nos lleva inevitablemente a un proceso más complejo aún, que se relaciona con la inclusión de las personas, en los derechos que cada uno posee, en la equidad.

Para esto, es importante entender que los procesos de salud –enfermedad– atención no se remiten solo a un mecanismo específico sino que además se encuentran atravesados por determinantes en salud, que se relacionan con las personas y su medio. La OMS describe a la salud mental como: *"...un estado de bienestar en el cual el individuo se da cuenta de sus propias aptitudes, puede afrontar las presiones normales de la vida, puede trabajar productiva y fructíferamente, y es capaz de hacer una contribución a su comunidad..."*[214]

Más allá de las implicancias y las discusiones en torno a esta definición, el concepto global y el continuum salud/salud mental es irrefutable. El abordaje integral que requiere implica no solo un abordaje interdisciplinario sino también intersectorial. Actores que se involucren en el proceso, porque toda organización realiza un proceso de transformación y es de esta manera que las potencialidades de nuestros efectores de salud se expanden en beneficio de las personas. Se trata de organizar los equipos de salud, articulando entre los diferentes niveles de atención y con otros dispositivos tanto públicos como organizaciones civiles.

211 Carpintero E y Vainer A. Las huellas de la memoria. Psicoanálisis y Salud Mental en la Argentina. Tomo I. Editorial Topía. 2004

211 Organización Mundial de la Salud – Organización Panamericana de la Salud. 2009. http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/397/CD49.R17%20%28Esp.%29.pdf?sequence=2

213 Ley Nacional de Salud Mental Nº 26.657 http://infoleg.mecon.gov.ar/infolegInternet/anexos/175000-179999/175977/norma.htm

214 Organización Mundial de la Salud. Temas de Salud. Salud Mental. http://www.who.int/topics/mental_health/es/

Los nuevos modelos propuestos de atención en salud mental, incluyen herramientas diversas:

Dispositivos:

> Monovalentes con eje en la atención del Trastorno Mental Severo (TMS).
> Monovalentes con eje en Adicciones.
> Servicios de Salud Mental en Hospitales Generales.
> Efectores del Primer Nivel de Atención con Unidad de Salud Mental.
> Centros de Salud Mental.
> Dispositivos Habitacionales Efectores de Salud.
> Dispositivos Habitacionales con Dependencia de Otros Sectores Sociales.
> Equipos Comunitarios Móviles[215].

Terapias:

> Psicológicas: individuales y grupales.
> Biológicas: físicas y psicofármacos.

> Consideraciones en relación al uso de psicofármacos. Principios básicos de la prescripción.

> Tener siempre presente la relación costo/beneficio y los riesgos potenciales para cada paciente.

> El psiquiatra o médico generalista capacitado en psicofarmacoterapia debe indicar la propuesta de tratamiento psicofarmacológica más adecuada, teniendo en cuenta los beneficios y riesgos de la terapéutica, debiendo brindar toda la información necesaria para la comprensión del acto médico, en términos comprensibles para el paciente y sus referentes vinculares.

> En general, los tratamientos psicofarmacológicos deben ir acompañados de intervenciones no farmacológicas (psicosociales, psicológicas). No se debe considerar a los medicamentos como la única estrategia terapéutica.

> Los planes de tratamiento articulados, comprensivos e individualizados pueden representar la mejor opción terapéutica.

> La prescripción debe realizarse luego de una evaluación clínica detallada, que involucre, si es posible, a familiares o acompañantes.

> El ajuste de las dosis debe ser gradual. Debe recetarse la dosis eficaz mínima, basándose en una evaluación de la dosis requerida para tratar los síntomas presentes y de la situación social, psicológica y geográfica del paciente (introspección, accesibilidad, acompañamiento, intensidad de la sintomatología, resiliencia).

> En las prescripciones, deben tenerse en cuenta las diferencias individuales y culturales de los pacientes. Se debe obtener información acerca de posibles efectos adversos y respuestas previas al tratamiento.

215 Ministerio de Salud de La Nación. Dirección Nacional de Salud Mental. Guía básica. Criterios y sugerencias para la adecuación y el desarrollo de la Red de Servicios de Salud Mental. 2014. http://www.msal.gov.ar/saludmental/images/stories/info-equipos/pdf/2014-05-06_guia-basica.pdf

> Se debe informar al paciente, y si es posible a sus acompañantes, acerca de posibles efectos no deseados, así como también de las medidas que deben tomarse para su manejo. Es decir, reducción de dosis, conducta expectante, ya que algunos de estos efectos secundarios suelen ser pasajeros.

> El equipo de salud debe estar informado respecto a las sustancias que el paciente esté utilizando y las interacciones posibles con las medicaciones prescriptas.

> Se debe prestar atención a la continuidad de los planes psicofarmacológicos y la forma en que los pacientes llevan a cabo las indicaciones terapéuticas.

> En la elección de un medicamento los profesionales de la salud, además de considerar las características individuales de cada persona y su entorno, deberán asimismo, tener en cuenta la disponibilidad y la continuidad del suministro.

> La suspensión de un psicofármaco debe hacerse gradualmente (en promedio 25 % de la dosis por semana).

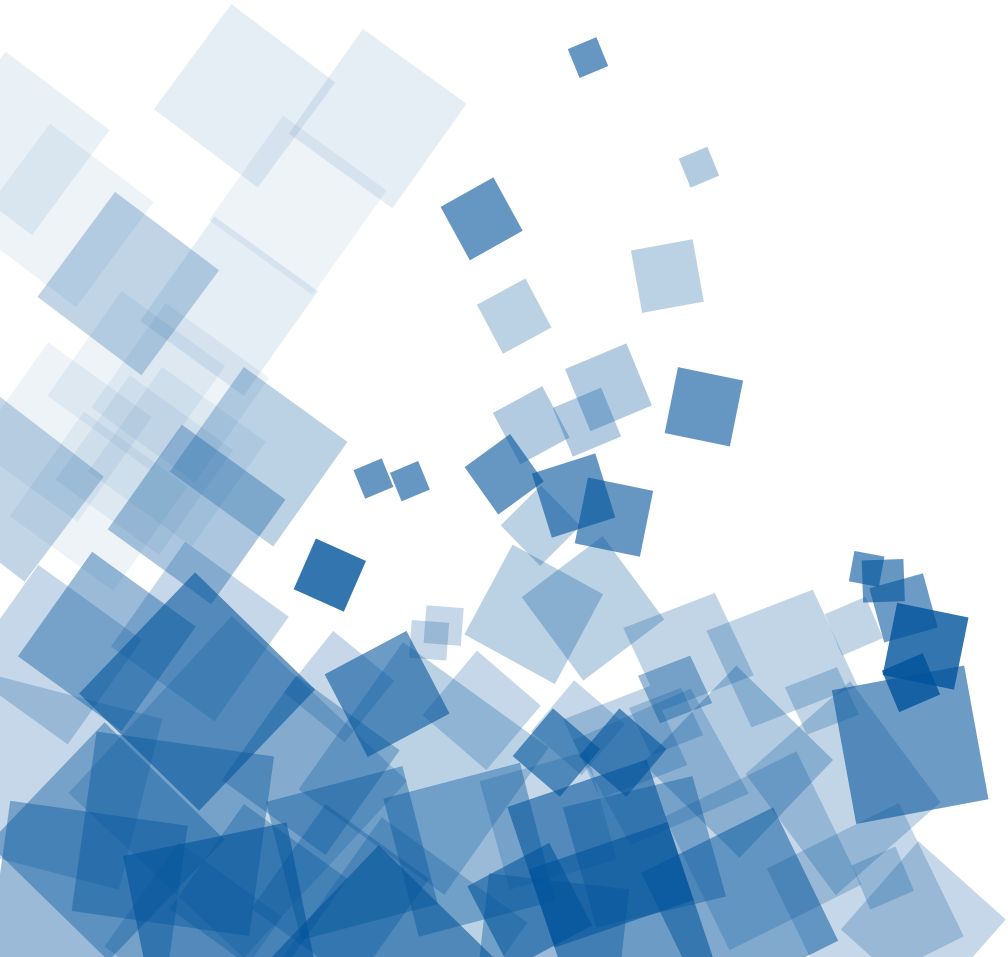
> En caso de ser posible, debe evitarse la politerapia[216, 217].

Para la descripción de cada psicofármaco puede consultar en la bibliografía complementaria en www.remediar.msal.gob.ar la Guía para la buena prescripción de psicofármacos

Glosario
Politerapia: empleo de dos o más fármacos de manera simultánea en un mismo paciente para el tratamiento de un mismo trastorno

216 Organización Panamericana de la Salud. "Tratamiento farmacológico de los trastornos mentales en la atención primaria de salud" Washington, D.C.: OPS, 2010. http://whqlibdoc.who. int/paho/2010/9789275331132_spa.pdf

217 Salazar Vallejo M y cols. Manual de Psicofarmacología. 2da Edición. Editorial Panamericana. 2011



10 Recursos comunitarios para el abordaje de personas con problemas de salud mental

> Introducción

Para el abordaje de personas con padecimiento mental y/o consumo problemático de alcohol y otras sustancias, existen diversos dispositivos que son las respuestas de atención y tratamiento al problema de salud que presentan las personas. La selección del dispositivo y la forma de implementar una estrategia determinada, dependerá de la particularidad de cada caso que requiera atención y del proceso por el cual esté transitando el sujeto en relación a su problema de salud, y/o adicción.

Los cambios producidos a partir de la Ley Nacional de Salud Mental, proponen abordar e intervenir desde una lógica inclusiva y comunitaria, pensando en centrar la atención desde el primer nivel de atención y hospitales generales, reduciendo a un mínino la posibilidad de internación en monovalentes y además incluyendo la estrategia de reducción de daños como una instancia posible de tratamiento.

A su vez, las adicciones deben ser abordadas como parte de las políticas de salud mental, para lo cual, se debe poner énfasis en la persona y su singularidad más allá del tipo de adicción que padezca.

El Hospital Nacional en Red (Ex-CENARESO)

El Hospital trabaja a partir de la promoción y prevención inespecífica y específica desde la estrategia de reducción de riesgo y daño, abordadas desde diferentes dispositivos en función al estado clínico y socio cultural de las personas en riesgo.

Entre los dispositivos de este Hospital están:

Casas amigables: establecimiento extramuros de la institución. Trabaja desde la reducción de riesgo y daño con intervenciones de umbral mínimo de exigencia. El dispositivo permite generar y afianzar el contacto con la comunidad, generar una demanda a partir de la construcción, discusión y reflexión de conocimientos acerca de los derechos de los ciudadanos (salud, educación, vivienda, trabajo, etc.) y situar a éstos como sujetos de derecho en el marco de construcción de ciudadanía.

Atención a la demanda espontánea: dispositivo llevado adelante por un equipo interdisciplinario que aloja el pedido de quien concurre a la institución. No se programa admisión, se recibe a la persona con una primera escucha de Lunes a Viernes de 8:00 a 20:00 hs. Desde este lugar, el equipo decide, teniendo en cuenta las características de lo que trae el paciente, qué dispositivo es el mejor para el tratamiento.

Guardia interdisciplinaria: el hospital cuenta con una guardia que atiende urgencias

y emergencias externas e internas. Funciona los 365 días del año, las 24 hs. Se encuentra conformada por un **médico psiquiatra,** un **psicólogo,** un **trabajador social** y **un enfermero.**

Internación breve: este dispositivo está pensado para intervenir en el episodio agudo en una excitación psicomotriz o un episodio agudo psicótico, como una intoxicación leve o moderada.

Consultorios externos: el hospital cuenta con este servicio ambulatorio de segundo nivel de atención con intervención interdisciplinaria. El mismo funciona de lunes a viernes de 8 a 20 hs

Hospital de día: asistencia ambulatoria de mayor complejidad e intensidad como internación diurna. Los pacientes pueden estar tiempo completo o medio día, según el plan terapéutico. Cuenta con distintas actividades terapéuticas, entre ellas: taller socioproductivo, taller de radio, de cerámicas, campamentos, además de espacios clínicos grupales y los individuales. Funciona de lunes a viernes de 9 a 18 hs.

Internación: este dispositivo está diseñado para pacientes donde la presentación del cuadro clínico requiere de mayor tiempo de internación (hasta 6 meses). El abordaje es interdisciplinario y propone un plan terapéutico donde se incluyen otras intervenciones clínicas como ser: taller de radio, terapia grupal, familiar, taller socioproductivo, entre otros.

Casas de medio camino: se trata de un dispositivo intermedio entre el tratamiento dentro del hospital y la comunidad. Está pensado para aquellos pacientes que, teniendo la condición de alta de la internación, no tienen un grupo familiar receptivo. La implementación de este dispositivo consiste en reforzar los lazos y vínculos familiares, laborales, etc. además de la promoción de una mayor autonomía e inclusión del sujeto social. El equipo de trabajo está compuesto por un coordinador, personal de enfermería y acompañantes terapéuticos, quienes acompañan a los pacientes a lo largo de todas sus actividades diarias. Comprende un esquema de enfermería que funciona las 24hs., los 365 días del año y una cobertura de acompañantes terapéuticos que funciona de lunes a viernes durante 12hs y los fines de semana en caso de que algún paciente requiera ser acompañado para realizar alguna actividad.

Dispositivo ambulatorio de niños/as y adolescentes: en el marco de la **Ley de Protección Integral** de los derechos de las niñas, niños y adolescentes, se brindará:

> *Dispositivo Clínico de Atención a la Demanda Espontánea:* destinado a recibir los motivos de consulta de niñas, niños y adolescentes hasta 16 años de edad que se dirigen a la institución. Integrado por un equipo interdisciplinario (un psicólogo, un psiquiatra y un trabajador social) que brindará entrevistas con los siguientes fines: delimitar el motivo de la consulta, realizar un diagnóstico presuntivo, orientar a padres, familiares y escuelas, precisar una conducta terapéutica a seguir, como ser la derivación a otros dispositivos (consultorios externos y hospital de día).

> *Dispositivo Clínico de Consultorios Externos:* la complejidad de muchos motivos de consulta (situaciones de violencia, desencadenamientos de la psicosis en la pubertad, discapacidades, pasajes al acto, situaciones de consumos problemáticos en la adolescencia, fracaso escolar, trastornos alimentarios, problemas de conducta, autismo infantil, entre otros) requiere un abordaje interdisciplinario para su comprensión y resolución.

El dispositivo funciona de Lunes a Viernes de 8:00 a 20:00 hs, está formado por un psicólogo, un trabajador social y psiquiatras infanto - juveniles.

> *Dispositivo Clínico de Hospital de Día:* el servicio funciona de lunes a viernes de de 9:00 a 18:00 hs horas, en donde se organizan talleres y espacios de trabajo por edades.

Los criterios de inclusión son los siguientes: niñas/os y adolescentes con problemas graves en la constitución subjetiva, problemas a nivel del lazo social.

La casa de niños/as y adolescentes está ubicada en: Salcedo 3268. CABA Tel. (011) 4912 3673

Programa vuelta a casa: Es un programa de asistencia integral, orientado a los pacientes de los servicios del Hospital Nacional en Red que se encuentran atravesando diversas situaciones de vulneración social y económica, que dificultan el proceso de externación y/o la continuidad de los tratamientos ambulatorios.

Contacto: Combate de los Pozos 2133- CABA
Tel. (011) 4305 0091 al 96 . www.cenareso.gov.ar

Sedronar

La SEDRONAR es el organismo responsable de coordinar las políticas nacionales de lucha contra las adicciones. Como órgano especializado en la prevención y asistencia en el uso indebido de drogas, sus áreas programáticas tienen como objetivo asegurar la presencia del Estado en las regiones más vulnerables de nuestro país, garantizando el desarrollo de redes preventivo-asistenciales integrales articuladas intergubernamentalmente
Cuenta con establecimientos asistenciales en adicciones de todo el país equiparables a las siguientes categorías y modalidades asistenciales, que se adecuen con las pautas y condiciones de la Ley Nacional N° 26.657 de Salud Mental:

> Clínicas psiquiátricas con atención en adicciones.
> Comunidades terapéuticas con atención en adicciones.
> Hospital de Día con atención en adicciones.
> Hospital de Mediodía con atención en adicciones

Contacto: Sarmiento 546 - CABA, Tel. (011) 4320 1200 Nº teléfono: 141 Asistencia
Servicio de atención telefónica anónima, gratuita y de alcance nacional, atendido por profesionales las 24 horas, los 365 días del año.

Email. orientac@sedronar.gov.ar ó consultas@sedronar.gov.ar

Alcohólicos anónimos y Narcóticos anónimos

Son asociaciones sin fines de lucro conformadas por mujeres y hombres que han tenido problemas de consumo excesivo de alcohol o drogas y se reúnen en grupos con el fin de permanecer alejados del consumo.

Alcohólicos Anónimos

Trabajan en la comunidad y tienen como objetivo mantenerse sobrios y brindar un espacio para que otros se acerquen y puedan mantenerse sin consumir alcohol.

Contacto: Tel. (011) 4325 1813 / 0067. Email. osg@aa.org.ar
En el link http://www.aa.org.ar/cont/mapa.html se puede descargar el mapa de grupos distribuidos en todo el país.

Narcóticos Anónimos

Es un programa de abstinencia completa de todo tipo de drogas dirigido por adictos en recuperación que se reúnen regularmente y cuyo único requisito de ingreso es el deseo de dejar de consumir.

Contacto: San Martín 66 2 piso, of 217/8
Tel. 0800 333 4720 . Email. oficina@na.org.ar
Servicio de guardia telefónica las 24hs, los 365 días del año (011) 4345-7445

Organismos Nacionales

Ministerio de Salud de la Nación. Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones

Contacto: Tel. 0800-222-1002

Programa Nacional de Prevención y lucha frente al uso nocivo de alcohol

Contacto: Tel. (011) 4379 9162 / (011) 4379 9000 int. 4780 al 85
Email. prevencionalcohol@msal.gov.ar
Rectoría y Fortalecimiento Red Asistencial

Ministerio de Desarrollo Social SENAF
Programa PAIDA

Contacto: J. D. Perón 524 CABA
Tel. (011) 4338 5852

Hospital Nacional Prof. A Posadas

Contacto: Av. Marconi y Pte. Illa - Morón Prov. Bs. As.
Tel. 0800 333 0160 / (011) 4654 6648 / 7777
Guardia, Servicio Toxicología, Servicio Adicciones,
Servicio Salud Mental

Programa de Prevención del consumo problemático de drogas – Ministerio de Educación de la Nación

Contacto: Pizzurno 935 CAB
Tel. (011) 4129 1000 int. 7335

Coordinación de Políticas de Prevención de Adicciones y del consumo de sustancias psicotrópicas y drogas con impacto en el mundo del Trabajo - Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social

Contacto: Av L.N. Alem 650 14º
Tel. (011) 4310 6335

> Términos de uso frecuente en Salud Mental

Desinstitucionalización: proceso de reforma que promueve que las políticas de salud mental se basen en la comunidad y no en los hospitales psiquiátricos. Se trata del pasaje de la psiquiatría institucional a la salud mental comunitaria.

Servicios comunitarios: la modalidad de servicios de salud mental comunitaria, comprende: a) servicios de atención en el primer nivel b) internación domiciliaria c) internación psiquiátrica en hospitales generales d) estructuras intermedias (hostales, casas de medio camino, hogares de transito y viviendas protegidas) e) construcción de equipos interdisciplinarios para internaciones y atención ambulatoria.

Comunidad: conjunto de personas que comparten un área geográfica, y mantienen relaciones sociales entre si. Otras conceptualizaciones consideran a la comunidad como un sentimiento o conciencia de pertenencia.

Participación Comunitaria: es un proceso que incorpora los valores y costumbres de un pueblo y/o comunidad, promoviendo la formación de ciudadanos y sujetos activos, solidarios, responsables y con el protagonismo necesario para lograr la transformación social.

Equipos de salud mental: grupos coordinados que trabajan en el campo de la salud mental como psiquiatras, psicólogos médicos generales, trabajadores sociales, terapistas ocupacionales, enfermeras, acompañantes terapéuticos, operadores socio-comunitarios y grupos no formales.

Casas de medio camino: son residencias destinadas a pacientes psiquiátricos con alta médica que no pueden convivir con su grupo primario o de forma autónoma. Este dispositivo busca reforzar vínculos familiares, laborales y sociales, evitando recaídas y reinternaciones. Asimismo, procura promover la inclusión del sujeto social y una mayor autonomía. Se encuentra a mitad de camino entre la institución cerrada y la reinserción social.

Internaciones domiciliarias: modalidad de atención de la salud, mediante la cual se asiste al paciente y su familia en el domicilio. La asistencia es realizada por un equipo de salud cuya misión es promover, prevenir, recuperar, rehabilitar o acompañar a los pacientes de acuerdo a su diagnostico y evolución. Es una asistencia integral, esta ligada a valores tales como la convivencia familiar, el afecto y la responsabilidad participativa y conjunta no exclusivamente médica.

Hospital de día: estructura sanitaria asistencial donde el paciente recibe las técnicas terapéuticas requeridas sin necesidad de abandonar su entorno familiar. El paciente asiste diariamente por un plazo de horas, durante las cuales recibe todos los tratamientos especializados, regresando luego a su hogar. La posibilidad que éste sea ambulatorio permite trabajar directamente con distintas dimensiones de la vida cotidiana, lo que incluye también, los conflictos que surgen en la relación con sus pares y con el equipo de profesionales. El Hospital de Día es un dispositivo ambulatorio de tratamiento, rehabilitación y resocialización del paciente grave y de su familia.

Acompañante terapéutico: es un agente de salud entrenado para la contención de pacientes crónicos y agudos, en su entorno habitual. Asimismo, lo acompaña en sus actividades cotidianas, proporcionándole ayuda para detectar dificultades y sobrellevar el tratamiento. Acompaña al paciente y su familia en sus crisis y diferentes fases del proceso.

Se trata de una propuesta terapéutica complementaria al proceso psicoterapéutico del paciente. De manera que el acompañante terapéutico trabaja en equipo bajo la coordinación de profesionales a cargo de la dirección del tratamiento.

Comunidad Terapéutica: es un dispositivo de abordaje para el tratamiento del abuso y adicción a las drogas. Originalmente fue creada para responder a problemas de salud mental. Los pacientes conviven en forma continua con un equipo multidisciplinario. Utiliza la influencia entre compañeros, a través de una variedad de procesos grupales, para ayudar a cada paciente a incorporar las normas sociales y desarrollar habilidades eficaces.

Grupos de Autoayuda: son grupos pequeños y voluntarios, destinados a la ayuda mutua y el logro de un propósito específico. Se integran habitualmente por grupos de pares para ayudarse mutuamente a superar problemas que afectan a sus vidas cotidianas. Todos pueden expresarse libremente, sin ocultar los síntomas de su enfermedad y ser aceptados, lo cual refuerza aspectos de la persona que le facilitan vivir con la enfermedad. Los grupos son abiertos y están coordinados por pacientes recuperados o familiares de pacientes recuperados,funcionan de manera autónoma al margen de los profesionales.
Son muy variados en su problemáticas: alcoholismo, manejo del stress, enfermedades físicas o mentales, violencia, catástrofes, atentados, etc.

Intervenciones psicoeducativas: son estrategias de cambio dirigidas a objetivos terapéuticos, están destinadas: 1) a personas con trastornos mentales para lograr un manejo de la medicación y autocontrol de síntomas, afrontar la depresión y la ansiedad y desarrollo de habilidades necesarias para la convivencia social, y 2) a la familia para reducir el stress, la carga emocional y los sentimientos de culpa, fortalecer las habilidades para anticipar y resolver problemas y lograr cambios en el sistema de creencias familiares. Es una transferencia de conocimientos prácticos.

Terapias cognitivos conductuales: enfoques psicoterapéuticos consistentes en trasmitir una serie de técnicas y estrategias psicológicas científicamente verificadas. Se enseña a la persona a afrontar su problema emocional. Vinculando el pensamiento del paciente y la conducta. Por lo general combinan técnicas de reestructuración cognitiva y reaprendizaje. Estas terapias están focalizadas en problemas y dificultades del presente, no busca las causas de los síntomas en el pasado del paciente.

Terapias familiares: es una disciplina terapéutica que aborda la intervención y el tratamiento de la familia. Intenta resolver conflictos o situaciones del grupo familiar.
La terapia familiar mejora del funcionamiento de la familia, ya que aumenta la comprensión mutua y el apoyo emocional entre sus miembros y desarrolla estrategias de afrontamiento y habilidades de resolución de problemas. La terapia familiar es proporcionada generalmente por un psicólogo.

Terapias grupales: es un tipo de terapia para el grupo pequeño. Se reúne bajo la guía de un psicoterapeuta profesional. La psicoterapia de grupo ayuda a la persona a conocerse a sí misma, a mejorar sus relaciones interpersonales. Centrándose en los problemas de la soledad, depresión y ansiedad. Aunque tiene un valor marcadamente clínico, el grupo terapéutico no puede separarse de su carácter pedagógico o formativo, donde el grupo presta el contexto adecuado para aprender nuevas formas de relaciones humanas.
Las terapias grupales se aplican en las siguientes situaciones: dificultades en las relaciones con

otras personas, estados de depresión o ansiedad, afrontamiento de traumas, trastornos de la personalidad.
Ofrece un contexto para compartir los problemas y las preocupaciones de sus integrantes, ayuda a comprender mejor la propia situación y a aprender junto con las demás personas.

Terapias psicoanalíticas: son una modalidad de tratamiento basada en conceptos que involucran procesos mentales inconscientes. Se aplica el psicoanálisis a los procedimientos de intervención clínica, terapéuticos e interpretativos para definir el marco de la cura. Es un trabajo conjunto entre el analista y el paciente que permite una mejor comprensión del mundo interno y la superación de los obstáculos inconcientes que permiten bienestar para vivir, trabajar y amar.

Musicoterapia: es una disciplina referida al manejo de la música (sonido, ritmo, melodía y armonía) realizada por un musicoterapéuta, con un paciente individual o con un grupo. La musicoterapia es un proceso creado para facilitar, la comunicación, el aprendizaje, el movimiento, la expresión, y otros objetivos terapéuticos a fin de satisfacer las necesidades físicas, emocionales, mentales y cognitivas.

Terapias ocupacionales: son un conjunto de técnicas cuyo objetivo es la instrumentación de las ocupaciones para el tratamiento de la salud mental. El terapista ocupacional asiste al individuo para que este alcance una expresión activa de sus capacidades y pueda modificar sus habilidades disminuidas. Se espera la recuperación y la rehabilitación de la persona en el medio laboral procurando también su inserción social. En otras palabras, la terapia ocupacional busca que una persona con limitaciones físicas o psíquicas pueda tener una vida independiente y valore su propio potencial.

Estimulación temprana: conjunto de técnicas que impulsan el desarrollo de las capacidades y habilidades de los niños desde su nacimiento hasta los seis años de edad. Generalmente empleada en niños que presentan alteraciones en su crecimiento o dificultades de carácter orgánico, afectivo o social. Las intervenciones promueven el desarrollo de sus potencialidades, estimulan las capacidades compensadoras, contribuyen a la expresión y comunicación a través de acciones que fortalezcan el vinculo madre-hijo. Se tiende a favorecer al máximo la integración del niño dentro del medio social y familiar, tratando de mejorar las condiciones neurológicas y relacionales.

Talleres protegidos: son ámbitos laborales donde personas con diferentes problemas de salud mental, se incorporan en equipos de trabajo. Su tarea, ritmo y escala de producción son planificadas de acuerdo a la suma de capacidades y competencias del grupo. Paralelo a la producción en gran medida artesanal tiene lugar un proceso de capacitación y formación cuyo objetivo es generar mayores competencias individuales.

Ejercicio 9 de Comprensión y Aplicación

Este ejercicio tiene por objetivo que usted conozca algunos de los dispositivos que existen en nuestro país y particularmente en su jurisdicción para el abordaje de problemáticas de salud mental y consumos problemáticos.
Le proponemos responder las siguientes preguntas en función de su experiencia cotidiana en su ámbito de trabajo.

¿Su provincia cuenta con alguna dirección o programa de salud mental? ¿Sabe cuáles son las principales líneas de acción que implementan?

.....

.....

.....

¿Cuáles son los recursos comunitarios con los que cuenta en su provincia o jurisdicción para la realización de interconsultas referidas a salud mental?

.....

.....

.....

¿Cuáles son los dispositivos que conoce para el abordaje de personas con padecimiento mental?

.....

.....

.....

¿Conoce en su localidad o provincia instituciones públicas o privadas para realizar interconsultas por consumo problemático de alcohol o sustancias psicoactivas?

.....

.....

.....

¿Cómo interviene cuando se presenta en el consultorio casos de consumo problemático de drogas o alcohol?

.....

.....

.....

> Anexo 1: Prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST v3.1)

Introducción (léasela al usuario o adáptela a las circunstancias locales)

Las siguientes preguntas se refieren a su experiencia sobre el consumo de alcohol, tabaco y otras sustancias a lo largo de la vida y en los últimos tres meses. Estas sustancias se pueden fumar, ingerir, inhalar o inyectar (muestre la tarjeta de respuestas).

Algunas de estas sustancias pueden ser recetadas por un médico (como las anfetaminas, los sedantes, los analgésicos). Para esta entrevista, no se registrarán las medicinas que han sido recetadas por su médico. Sin embargo, si ha tomado esas medicinas por otros motivos que los recetados, o las ha tomado más a menudo o en dosis más altas que las recetadas, dígamelo. Aunque también nos interesa conocer las diferentes drogas ilícitas que ha consumido, tenga la seguridad de que esa información será estrictamente confidencial.

Antes de hacer las preguntas, entregue al usuario la tarjeta de respuestas.

PREGUNTA 1 - A lo largo de la vida ¿Cuál de las siguientes sustancias ha consumido alguna vez? (solo las que consumio sin receta médica)		
a. Tabaco (cigarrillo, tabaco de mascar, puros, etc.)	No	Si
b. Bebidas alchólicas (cerveza, vino, licores, etc.)	No	Si
c. Cannabis (marihuana, mota, hierba, hachis, etc.)	No	Si
d. Cocaína (cigarrillo, tabaco de mascar, puros, etc.)	No	Si
e. Estimulantes de tipo anfetamina (speed, anfetaminas, éxtasis, etc.)	No	Si
f. Inhalantes (óxido nitroso, pegamento, gasolina, solvente para pintura, etc.)	No	Si
g. Sedantes o pastillas para dormir (diazepam, alprazolam, flunitrazepam, midazolam, etc.)	No	Si
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, ketamina, etc.)	No	Si
i. Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína, etc.)	No	Si
j. Otras, especifique	No	Si

Si todas las respuestas fueron negativas pregunte: "¿Ni siquiera cuando estaba en la escuela?"	Si la respuesta es negativa para todas las preguntas, detenga la entrevista Si la respuesta es afirmativa a cualquiera de estas preguntas, haga la pregunta 2 para cada sustancia que se haya consumido alguna vez.

PREGUNTA 2 - En los *últimos tres meses* ¿Con qué frecuencia ha consumido las sustancias que mencionó (primera droga, segunda droga, etc)?	nunca	1 o 2 veces	mensualmente	semanalmente	diariamente ó casi diariamente
a. Tabaco (cigarrillo, tabaco de mascar, puros, etc.)	0	2	3	4	6
b. Bebidas alchólicas (cerveza, vino, licores, etc.)	0	2	3	4	6
c. Cannabis (marihuana, mota, hierba, hachis, etc.)	0	2	3	4	6
d. Cocaína (cigarrillo, tabaco de mascar, puros, etc.)	0	2	3	4	6
e. Estimulantes de tipo anfetamina (speed, anfetaminas, éxtasis, etc.)	0	2	3	4	6
f. Inhalantes (óxido nitroso, pegamento, gasolina, solvente para pintura, etc.)	0	2	3	4	6
g. Sedantes o pastillas para dormir (diazepam, alprazolam, flunitrazepam, midazolam, etc.)	0	2	3	4	6
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, ketamina, etc.)	0	2	3	4	6
i. Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína, etc.)	0	2	3	4	6
j. Otras, especifique	0	2	3	4	6

Si la respuesta en "Nunca" a todas las secciones de la pregunta 2, pase a la pregunta 6
Si se ha consumido alguna sustancia de la pregunta 2 en los últimos tres meses, continúe con las preguntas 3, 4 y 5 para cada sustancia consumida.

PREGUNTA 3 - En los *últimos tres meses* ¿Con qué frecuencia ha sentido un fuerte deseo o ansias de consumir (primera droga, segunda droga, etc.)?	nunca	1 o 2 veces	mensualmente	semanalmente	diariamente ó casi diariamente
a. Tabaco (cigarrillo, tabaco de mascar, puros, etc.)	0	3	4	5	6
b. Bebidas alchólicas (cerveza, vino, licores, etc.)	0	3	4	5	6
c. Cannabis (marihuana, mota, hierba, hachis, etc.)	0	3	4	5	6
d. Cocaína (cigarrillo, tabaco de mascar, puros, etc.)	0	3	4	5	6
e. Estimulantes de tipo anfetamina (speed, anfetaminas, éxtasis, etc.)	0	3	4	5	6
f. Inhalantes (óxido nitroso, pegamento, gasolina, solvente para pintura, etc.)	0	3	4	5	6
g. Sedantes o pastillas para dormir (diazepam, alprazolam, flunitrazepam, midazolam, etc.)	0	3	4	5	6
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, ketamina, etc.)	0	3	4	5	6
i. Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína, etc.)	0	3	4	5	6
j. Otras, especifique	0	3	4	5	6

PREGUNTA 4 - En los *últimos tres meses* ¿Con qué frecuencia el consumo de (primera droga, segunda droga, etc.) le ha causado problemas de salud, sociales, legales o económicos?	nunca	1 o 2 veces	mensualmente	semanalmente	diariamente ó casi diariamente
a. Tabaco (cigarrillo, tabaco de mascar, puros, etc.)	0	4	5	6	7
b. Bebidas alchólicas (cerveza, vino, licores, etc.)	0	4	5	6	7
c. Cannabis (marihuana, mota, hierba, hachis, etc.)	0	4	5	6	7
d. Cocaína (cigarrillo, tabaco de mascar, puros, etc.)	0	4	5	6	7
e. Estimulantes de tipo anfetamina (speed, anfetaminas, éxtasis, etc.)	0	4	5	6	7
f. Inhalantes (óxido nitroso, pegamento, gasolina, solvente para pintura, etc.)	0	4	5	6	7
g. Sedantes o pastillas para dormir (diazepam, alprazolam, flunitrazepam, midazolam, etc.)	0	4	5	6	7
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, ketamina, etc.)	0	4	5	6	7
i. Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína, etc.)	0	4	5	6	7
j. Otras, especifique	0	3	4	5	6

PREGUNTA 5 - En los *últimos tres meses* ¿Con qué frecuencia dejó de hacer lo que habitualmente se esperaba de usted por el consumo de (primera droga, segunda droga, etc.)?	nunca	1 o 2 veces	mensualmente	semanalmente	diariamente ó casi diariamente
a. Tabaco (cigarrillo, tabaco de mascar, puros, etc.)					
b. Bebidas alchólicas (cerveza, vino, licores, etc.)	0	5	6	7	8
c. Cannabis (marihuana, mota, hierba, hachis, etc.)	0	5	6	7	8
d. Cocaína (cigarrillo, tabaco de mascar, puros, etc.)	0	5	6	7	8
e. Estimulantes de tipo anfetamina (speed, anfetaminas, éxtasis, etc.)	0	5	6	7	8
f. Inhalantes (óxido nitroso, pegamento, gasolina, solvente para pintura, etc.)	0	5	6	7	8
g. Sedantes o pastillas para dormir (diazepam, alprazolam, flunitrazepam, midazolam, etc.)	0	5	6	7	8
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, ketamina, etc.)	0	5	6	7	8
i. Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína, etc.)	0	5	6	7	8
j. Otras, especifique	0	5	6	7	8

PREGUNTA 6 - Un amigo, un familiar o alguien más *alguna vez* ha mostrado preocupación por sus hábitos de consumo de (primera droga, segunda droga, etc.)?	no, nunca	sí, en los últimos 3 meses	sí, pero no en los últimos 3 meses
a. Tabaco (cigarrillo, tabaco de mascar, puros, etc.)	0	6	3
b. Bebidas alchólicas (cerveza, vino, licores, etc.)	0	6	3
c. Cannabis (marihuana, mota, hierba, hachis, etc.)	0	6	3
d. Cocaína (cigarrillo, tabaco de mascar, puros, etc.)	0	6	3
e. Estimulantes de tipo anfetamina (speed, anfetaminas, éxtasis, etc.)	0	6	3
f. Inhalantes (óxido nitroso, pegamento, gasolina, solvente para pintura, etc.)	0	6	3
g. Sedantes o pastillas para dormir (diazepam, alprazolam, flunitrazepam, midazolam, etc.)	0	6	3
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, ketamina, etc.)	0	6	3
i. Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína, etc.)	0	6	3
j. Otras, especifique	0	6	3

Haga las preguntas 6 y 7 para todas las sustancias usadas alguna vez (es decir, las mecionadas en la pregunta 1)

PREGUNTA 7 - Ha intentado *alguna vez* reducir o eliminar el consumo (primera droga, segunda droga) y no lo ha logrado?	no, nunca	sí, en los últimos 3 meses	sí, pero no en los últimos 3 meses
a. Tabaco (cigarrillo, tabaco de mascar, puros, etc.)	0	6	3
b. Bebidas alchólicas (cerveza, vino, licores, etc.)	0	6	3
c. Cannabis (marihuana, mota, hierba, hachis, etc.)	0	6	3
d. Cocaína (cigarrillo, tabaco de mascar, puros, etc.)	0	6	3
e. Estimulantes de tipo anfetamina (speed, anfetaminas, éxtasis, etc.)	0	6	3
f. Inhalantes (óxido nitroso, pegamento, gasolina, solvente para pintura, etc.)	0	6	3
g. Sedantes o pastillas para dormir (diazepam, alprazolam, flunitrazepam, midazolam, etc.)	0	6	3
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, ketamina, etc.)	0	6	3
i. Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína, etc.)	0	6	3
j. Otras, especifique	0	6	3

PREGUNTA 8 - *Alguna vez* ha consumido alguna droga por vía inyectada? (solo las que consumió sin receta médica)	no, nunca	sí, en los últimos 3 meses	sí, pero no en los últimos 3 meses
Marque la casilla correspondiente			

NOTA IMPORTANTE
A los usuarios que se han inyectado drogas en los últimos tres meses se les debe preguntar acerca de sus hábitos de inyección durante este período para determinar sus niveles de riesgo y el mejor curso de intervención.

Hábitos de inyectarse	Lineamientos de intervención
Cuatro días por mes, en promedio durante los últimos tres meses o menos	Intervención breve que incluye los riesgos de la tarjeta de inyección
Más de cuatro días por mes, en promedio, durante los últimos tres meses	Evaluación adicional y tratamiento más intensivo

Cómo calcular la puntuación de consumo de una sustancia específica

Para cada sustancia (rotulada "a" a la "j") sume las puntuaciones de las preguntas 2 a la 7. No incluya los resultados de la pregunta 1 o de la pregunta 8 en esta puntuación. Por ejemplo, una puntuación para cannabis se calcularía como: **P2c + P3c + P4c + P5c + P6c + P7c.**

Observe que la pregunta 5 para tabaco no está codificada, y se calcula como: **P2a + P3a + P4a + P5a + P6a + P7a.**

El tipo de intervención se determina por la puntuación de consumo de sustancias específicas				
	Registrar la puntuación para cada sustancia	No requiere intervención	Recibir intervención breve	Tratamiento más intensivo
a. Tabaco		0-3	4-26	27+
b. Alcohol		0-10	11-26	27+
c. Cannabis		0-3	4-26	27+
d. Cocaína		0-3	4-26	27+
e. Estimulantes de tipo anfetamina		0-3	4-26	27+
f. Inhalantes		0-3	4-26	27+
g. Sedantes		0-3	4-26	27+
h. Alucinógenos		0-3	4-26	27+
i. Opiáceos		0-3	4-26	27+
j. Otras, drogas		0-3	4-26	27+

Ahora use la tarjeta de reporte de retroalimentación del ASSIST para proporcionarle al usuario una intervención breve

Tarjeta de respuestas del ASSIST v3.1

TARJETA DE RESPUESTAS - Sustancias
a. Tabaco (cigarrillo, tabaco de mascar, puros, etc.)
b. Bebidas alchólicas (cerveza, vino, licores, etc.)
c. Cannabis (marihuana, mota, hierba, hachis, etc.)
d. Cocaína (cigarrillo, tabaco de mascar, puros, etc.)
e. Estimulantes de tipo anfetamina (speed, anfetaminas, éxtasis, etc.)
f. Inhalantes (óxido nitroso, pegamento, gasolina, solvente para pintura, etc.)
g. Sedantes o pastillas para dormir (diazepam, alprazolam, flunitrazepam, midazolam, etc.)
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, ketamina, etc.)
i. Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína, etc.)
j. Otras, especifique

TARJETA DE RESPUESTAS - Respuestas de frecuencia	
Respuestas **Últimos tres meses (preguntas 2 a 5 del ASSIST)**	**Frecuencia** **A los largo de la vida (preguntas 6 a 8 del ASSIST)**
Nunca: no se ha consumido en los últimos meses.	**No, Nunca.**
Una o dos veces: de una a dos veces en los últimos tres meses.	**Sí, pero no en los últimos tres meses.**
Mensualmente: promedio de una a tres veces al mes en los últimos tres meses.	**Sí, en los últimos tres meses**
Semanalmente: de una a cuatro veces a la semana.	
Diariamente o casi diariamente: de cinco a siete veces a la semana.	

> Bibliografía

Introducción

Kohn R, Levav I, Caldas de Almeida JM, Vicente B, Andrade L, Caraveo-Anduaga JJ, Saxena S, Saraceno B. (2005) Los trastornos mentales en América Latina y el Caribe: asunto prioritario para la salud pública. Revista Panamericana de Salud Pública. 18(4/5):229–40.

Sistema Estadístico de Salud, Ministerio de Salud de la Nación (2012). Estadísticas vitales. Información básica – Año 2011.

Borruel MA, Mas IP y cols. (2010) Estudio carga de enfermedad Argentina. 1ª ed. Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación.

WHO-AIMS (2013) Informe sobre los sistemas de salud mental en América Latina y el Caribe. Washington, DC, OPS

Leyes N° 6302 de Salta (1985); N° 10772 de Santa Fe (1991); N° 2440 de Río Negro (1991); N° 8806 de Entre Ríos (1994); N° 448 de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (1999); N° 536 de San Luis (2006); N° 384 de Chubut (2009) y N° 9848 de Córdoba (2010).

OMS y OPS, Declaración de Caracas para la reestructuración de la atención psiquiátrica dentro de los sistemas locales de salud (14/11/1990); Principios para la protección de los enfermos mentales y para la el mejoramiento de la atención de salud mental, adoptado resolución 46/119 de la Asamblea General de la ONU (17/12/1991); Principios de Brasilia. Principios rectores para el desarrollo de la atención en salud mental en las Américas (9/11/2005).

Boletín Oficial 03/12/2010. Ley 26.657; arts. 8 y 9. Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones (2013). Plan Nacional de Salud Mental.

Kohn R, Levav I, Caldas de Almeida JM, Vicente B, Andrade L, Caraveo-Anduaga JJ, Saxena S, Saraceno B. (2005) Los trastornos mentales en América Latina y el Caribe: asunto prioritario para la salud pública. Revista Panamericana de Salud Pública. 18(4/5):229 – 40 http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/740/9789275316320.pdf?sequence (acceso Octubre 2014).

Serfaty et al (1993). Estudio epidemiológico de depresión y factores de riesgo en varones de 18 años residentes en la ciudad de Buenos Aires (Argentina, 1991). Boletín de la Academia Nacional de Medicina 71: 583-591.

Serfaty et al (1997). Prevalencia de síndrome depresivo en varones de 18 años residentes en la provincia del Neuquén, Argentina 1994. Boletín de la Academia Nacional de Medicina 75: 563-579.

Serfaty et al (1998). Prevalencia de depresión en varones de 18 años de la provincia de Santa Fe. Boletín de la Academia Nacional de Medicina 76: 337-346.

Czernik GE et al (2006). Variables sociodemográficas y síntomas de depresión en estudiantes universitarios de Medicina en Corrientes, Argentina. Alcmeon 13 (2): 64-73.

Picech AR, Flores LJ, LAnser RA; Elizalde Cremonte Ortiz MA (2005). Depresión y embarazo. Revista de Posgrado de la Vla Cátedra de Medicina (145): 5-8.

Festorazzi Acosta A, Rodríguez AL, Lotero JA (2008). Epidemiologia de los trastornos de ansiedad y depresión en adolescentes de una población rural. Depresión y embarazo. Revista de Posgrado de la Vla Cátedra de Medicina (184): 4-9.

Czernik GE, Almeida SA., Godoy EI, et al (2006) Severidad depresiva en adolescentes de una escuela de formación profesional de la ciudad de Resistencia. Chaco, Argentina. CIMEL, vol.11, no.1, p.16-19.

Institute for Health Metrics and Evaluations (2013). GBD: Argentina. Country profile. Disponible en www.healthdata.org/results/country-profiles.

Borruel MA, Mas IP y cols. (2010) Estudio carga de enfermedad Argentina. 1ª ed. Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación.

Caballero S y Sema G (2009). Políticas de Salud Mental en Atención Primaria, un recorrido sobre la Atención Primaria de la Salud en Santiago del Estero. Archivos de Medicina Familiar y General 6 (1): 23-29.

Vía Alvarado JM (2011). Ansiedad en la consulta de guardia. Trabajo final de la Carrera de Especialización en Medicina Interna; Facultad de Medicina, Universidad Nacional de La Plata.

Festorazzi Acosta A, Rodríguez AL, Lotero JA (2008). Epidemiologia de los trastornos de ansiedad y depresión en adolescentes de una población rural. Depresión y embarazo. Revista de Posgrado de la Vla Cátedra de Medicina (184): 4-9.

Serfaty EM, Zavala G, Masaútis AE, Foglia VL. Trastornos de ansiedad en adolescentes. Disponible en http://www.epidemiologia.anm.edu.ar/pdf/publicaciones_cie/2001/Trastornos_Ansiedad_adolescentes_2001.pdf.

U.S. Department of Health and Human Services. Public Health Service National Institutes of Health.Report of the Task Force Behavioral Research in Cardiovascular, Lung, and Blood Health and Disease, February 1998.

Pirraglia, Paul A., et al. (1999) Depressive symptomatology in coronary artery bypass graft surgery patients."

International journal of geriatric psychiatry 14.8 668-680.
Dillon, C., Serrano, C. M., Iturry, M., Taragano, F. E., Popovich, P. M., Salgado, P., y Allegri, R. F. (2009). Estudio epidemiológico de la Depresión Geriátrica en un laboratorio de Memoria. Revista Neurológica Argentina, 34(1), 34
Grupo de Trabajo sobre la Salud Física del Paciente con Esquizofrenia. "Consenso sobre la salud física del paciente con esquizofrenia de las Sociedades Españolas de Psiquiatría y de Psiquiatría Biológica." Actas Esp Psiquiatr 36.5 (2008): 251-264.
OMS (1990). La introducción de un componente de salud mental en la atención primaria.

Abordaje de personas con trastornos psicóticos en el primer nivel de atención

Sepúlveda R. Minoletti A. (2013) Psicosis. Manual de salud mental para trabajadores de atención Primaria. Serie Paltex para técnicos medios y auxiliares. Washington DC. Organización Panamericana de la Salud.
Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la esquizofrenia y el trastorno psicótico incipiente. Fòrum de Salut Mental, coordinación. Guía de Práctica Clínica sobre la esquizofrenia y el trastorno psicótico incipiente [Versión resumida]. Madrid: Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo. Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques; 2009.
Tandon, R., et al., Schizophrenia, (2008) "Just the Facts" What we know in 2008. 2. Epidemiology and etiology, Schizophr.
Jaspers K, (2014) Psicopatología General, Fondo de Cultura de Económica de España.
Clasificación internacional de enfermedades, décima versión correspondiente a la versión en español de la (en inglés) ICD, International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems) http://ais.paho.org/classifications/Chapters/.
Tandon, R., et al.(2010) , Schizophrenia, "Just the Facts" . Treatment and prevention Past, present, and future, Schizophr. Res.122.
Caponi, R (2006) Psicopatología y semiología psiquiátrica. Editorial universitaria.
Pereyra, C (2000) Semiología y psicopatología de los procesos de la esfera intelectual. Editorial Salerno.
Desarrollo histórico de las ideas sobre etiología en Psiquiatría. Berrios G. Alcmeon 32, Año X, Vol 8, Nº 4. Buenos Aires, Marzo 2000.
Asociación Psiquiátrica de América Latina: Guía de Latinoamericana de Diagnostico Psiquiátrico, Ed.Tonocontinuo, 2004.
AA.VV, Epistemología y psiquiatría: Relaciones Peligrosas, Compilador: Vaschetto E., Buenos Aires, Editorial Polemos, 2012.
AA.VV, Guía de Salud Mental en Atención Primaria, Barcelona, Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria, 2001.
Bercherie, P. Los fundamentos de la clínica, Buenos Aires, Manantial, 1986.
López Mato A. y Colls. Tratamiento del Primer Episodio en Esquizofrenia, Alcmeon Nº 32 Año X - Vol.8 Nro. 4 - Marzo del 2000.
Jufe G. Psicofarmacología práctica, 3era edición. Buenos Aires: Polemos, 2012.
Wikinski S, Jufe G. El tratamiento farmacológico en psiquiatría. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana, 2013

Trastornos del estado del ánimo

Minoletti A. Seúlveda R. (2013) Depresión. Manual de salud mental para trabajadores de atención Primaria. Serie Paltex para técnicos medios y auxiliares. Washington DC. Organización Panamericana de la Salud.
Botargues M. Kuten E. (2008) Depresión, Ansiedad e insomnio. Capítulo 6. En PROFAM: Salud Mental. Rubinstein E. Zarate M y coll. 3era edición. Buenos Aires: Fundación MF: Para el desarrollo de la Medicina Familiar y la Atención Primaria de la Salud.
AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM V. 2013 http://www.dsm5.org.
Katon W, Ciechanowski P. (2014) Unipolar major depression in adults: Choosing initial treatment. UptoDate.2014
Colectivo de autores. CIE-10. Trastornos mentales y del comportamiento. Pautas diagnósticas y de actuación en la atención primaria. Madrid: organización mundial de la salud (MEDITOR); 1996.
Cipriani A. La Ferla T y coll. Sertralina versus otros agentes antidepresivos para la depresión. Revision Cochrane traducida. En: Biblioteca Cochrane Plus 2009 Número 3.
Botargues M. (2007) Ansiedad. Sección 5, capítulo 37. En Rubinstein A y Terrasa S. Medicina Familiar y Práctica Ambulatoria. 2da Edición. Buenos Aires. Argentina.
Organización Panamericana de la Salud. (2013) Manual de salud mental para trabajadores de atención Primaria. Serie Novedades en el Trastorno Bipolar, Eduard Vieta, Cap. 2: Nuevos tratamientos: antipsicóticos atípicos. 2007.
Paltex para técnicos medios y auxiliares. Washington DC. OPS.

Bernstein J. (2007) Trastorno bipolar o enfermedad maníaco depresiva. Sección 5, cap. 41. En Rubinstein A. y Terrasa S. Medicina Familiar y Práctica Ambulatoria. 2da Edición. Buenos Aires. Argentina.
AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM V. 2013 http://www.dsm5.org/.
Suárez Richards M, Pujol S. La depresión en la consulta médica. Buenos Aires: Polemos, 2013.
Suárez Richards M, Pujol S. La depresión en la vida diaria. Guía práctica destinada al médico general para su detección, diagnóstico y tratamiento. Buenos Aires: Polemos, 2009.
Vázquez G.Trastornos del estado de ánimo. Depresión y bipolaridad. Buenos Aires: Polemos, 2007.

Otros motivos de consulta frecuentes

Botargues M y Kuten E. (2008) Depresión, ansiedad e insomnio. Capítulo 6. En PROFAM: Salud Mental. Rubinstein E. Zarate M y coll. 3era edición. Buenos Aires: Fundación MF: Para el desarrollo de la Medicina Familiar y la Atención Primaria de la Salud.
Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Insomnio en Atención Primaria. Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Insomnio en Atención Primaria. (2009) Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Agencia Laín Entralgo. Comunidad de Madrid.
Botargues M. (2007) Insomnio. Sección 5, capítulo 38. In Rubinstein A y Terrasa S. Medicina Familiar y Práctica Ambulatoria. 2da Edición. Buenos Aires. Argentina.
Bonnet M. y Arand D. (2014) Treatment of insomnia. Uptodate.
Valiensi S. Insomnio abordaje no farmacológico desde el consultorio. Grupo de Medicina del Sueño. Sociedad Neurológica Argentina.
Botargues M. (2007) Para "quitarnos el sueño": ¿usamos adecuadamente las benzodiacepinas?. Evidencia actual en prácticas ambulatorias;8:89-91.
Bonnet M. y Arand D. Treatment of insomnia. Uptodate. 2014.
National Institute for Clinical Excellence. NHS. Guias Nice. Guidance on the use of zaleplon, zolpidem and zopiclone for the short-term management of insomnia. 2004.
Rubinstein A. Terrasa S. (2007) Medicina Familiar y Práctica Ambulatoria. 2da edición. Buenos Aires. Editorial Panamericana.
García Bianchi, X. Estremero J. Ciclo vital, crisis evolutivas. Área de salud Mental. Fundación MF, para el desarrollo de la Medicina Familiar y la Atención Primaria de la salud. Unidad de Medicina Familiar y Preventiva, Hospital Italiano de Buenos Aires.
Landa Petralanda V. y García J. Cuidados primarios del duelo. Fisterra. Acceso 10-10-14. www.fisterra.com.
Zamorano Bayarri. (2004) Manejo del duelo en Atención Primaria. Conceptos básicos. Vol. 30. Num. Octubre. SEMERGEN. Medicina de familia.
AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM V. 2013 http://www.dsm5.org/.

Trastornos de ansiedad

Minoletti A. (2013) Trastornos de Ansiedad. Manual de salud mental para trabajadores de atención Primaria. Serie Paltex para técnicos medios y auxiliares. Washington DC. Organización Panamericana de la Salud.
Botargues M. Kuten E. Depresión, (2008) Ansiedad e insomnio. En PROFAM: Salud Mental. Rubinstein E. Zarate M y coll. 3era edición. Buenos Aires: Fundación MF: Para el desarrollo de la Medicina Familiar y la Atención Primaria de la Salud. 2008
American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed. DSM – V. Arlington. American Psychiatric Publishing. 2013.
Roy-Byrne P. (2014) Pharmacotherapy for panic disorder. UptoDate.
Botargues M. (2007) Ansiedad. Sección 5, capítulo 37. En Rubinstein A y Terrasa S. Medicina Familiar y Práctica Ambulatoria. 2da Edición. Buenos Aires. Argentina.
Bystritsky A. (2014) Pharmacotherapy for generalized anxiety disorder. UptoDate
National Institute for Health and Clinical Excellence. NHS. Generalised anxiety disorder and panic disorder (with or without agoraphobia) in adults: Management in primary, secondary and community care. Nice Clinical Guideline 113. 2011.
Bower P, Gilbody S (2005) Managing common mental health disorders in primary care: conceptual models and evidence base.

British Medical Journal. 9;330 (7495):839-42.
Cía AH. "Salud Mental y Atención Primaria de la Salud", en Tratamiento de la Ansiedad en la Clínica Médica y Atención Primaria. Buenos Aires: Polemos, 2014.
Thornicroft G, Tansella M. The Mental Health Matrix. A Manual to Improve Services. Cambridge: Cambridge University Press, 1999.
Thornicroft G, Tansella M. Better Mental Health Care. Cambridge: Cambridge University Press, 2009.
Cía AH. "La Ansiedad y sus Trastornos, Trastorno de Pánico, Agorafobia y Ansiedad Social", en Tratamiento de la Ansiedad en la Clínica Médica y Atención Primaria. Buenos Aires: Polemos, 2014.
Cía AH. "Farmacoterapia", en Tratamiento de la Ansiedad en la Clínica Médica y la Atención Primaria. Buenos Aires: Polemos, 2014.
Stahl S.(2002) Don´t ask, don´t tell, but benzodiacepines are still the leading treatment for anxiety disorders. J. Clin. Psychiatry, 63:9.
Cía AH. "Cuando Tratar o Derivar a un Paciente", en Tratamiento de la Ansiedad en la Clínica Médica y la Atención Primaria. Buenos Aires: Polemos, 2014.

Consumo problemático de alcohol y otras sustancias psicoactivas

Ministerio de Salud de la Nación. Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones. Lineamientos Normativos para la Atención Integral de la Población frente al consumo excesivo de alcohol y otras Sustancias Psicoactivas. 2011.
AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM V. 2013 http://www.dsm5.org
Minoletti A. Montenegro M. y coll. (2013) Trastornos por uso de alcohol y drogas. Manual de salud mental para trabajadores de atención Primaria. Serie Paltex para técnicos medios y auxiliares. Washington DC. Organización Panamericana de la Salud. 2013.
Anderson P. Gual A y coll. (2008) Alcohol y atención primaria de la salud: informaciones clínicas básicas para la identificación y el manejo de riesgos y problemas. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la salud.
Kuten E. Alcoholismo. PROFAM Salud Mental. 3era Edición. Fundación MF "Para el desarrollo de la Medicina Familiar y la Atención Primaria de la Salud". Hospital Italiano de Buenos Aires.
Organización Mundial de la Salud. ASSIST. La prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias. Manual para uso en atención primaria. 2011.

Problemáticas de salud mental infanto-juvenil

Organización Panamericana de la Salud, (2011) Marco de referencia para la implementación de la Estrategia Nacional de Salud Mental.
Organización Panamericana de la Salud (2009) Estrategia y plan de acción en salud mental http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2009/SALUD_MENTAL_final_web.pdf
Ministerio de Salud de la Nación, (2013) Plan Nacional de Salud Mental http://www.msal.gov.ar/saludmental/images/stories/info-equipos/pdf/2013-10-29_plan-nacional-salud-mental.pdf
Ministerio de Salud de la Nación, (2007) Problemáticas de Salud Mental en la Infancia. Proyecto de Investigación, Informe Final, Unidades Académicas de Psicología de las Universidades Nacionales.
Organización Mundial de la Salud, The world health report 2002 - Reducing Risks, Promoting Healthy Life, Ginebra, 2002 http://www.unfpa.org.ni/wp-content/uploads/2013/12/Abuso-sexual-concepto.pdf
Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos del Espectro Autista en Atención Primaria. (2009) Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Agencia Laín Entralgo de la Comunidad de Madrid.
Baron Cohen et al, (2000) Early identification of autism by the Checklist for Autism in Toddlers (CHAT), J R Soc Med
Connie Kasari et al. (2005), Joint attention and symbolic play in young children with autism: a randomized controlled intervention study, , Journal of Child Psychology and Psychiatry.
Rapee RM. (2012) Anxiety disorders in children and adolescents: Nature, development, treatment and prevention. In Rey JM (ed), IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health. Geneva: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions .
Moyano MB. (2009) Trastornos de ansiedad en niños y adolescentes. Publicación de la Asociación Argentina de Trastornos de Ansiedad Revista Anxia Anuario 2009 pp: 32- 49.
Soutello C. (2011) Guia escencial de psicofarmacología del niño y del adolescente España Editorial Médica Panamericana. pp 212-229.
Rey J M, Bella-Awusah TT, Jing L. (2012) Depression in children and adolescents. In Rey JM (ed), IACAPAP e-Textbook

of Child and Adolescent Mental Health. Geneva: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions.
Vitiello B. (2012) Principles in using psychotropic medication in children and adolescents. In Rey JM (ed), IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health. Geneva: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions.
Reglamentación de la Ley Nacional de Salud Mental 26657, artículos 4 y 11.
Clasificacion Internacional de Enfermedades 10º CIE 10 Revisión.
American Academy of Child and Adolescents Psychiatry: Practice Paramenter for the Assesement and Treatment of Children and Adolescents With Schizophrenia. Lambert LT: Identification and management of schizophrenia in childhood. JChild Adolescent Psychiatry Nurs 2001.
Rehabilitación psicosocial del trastorno mental severo. Situación actual y recomendaciones. Cuadernos técnicos , 6, Asociación Española de Neuropsiquiatría, Madrid, 2002 https://www.aen.es/docs/ctecnicos6.pdf
Salud mental Infantojuvenil: prioridad para la humanidad. Ediciones científicas APAL. Experiencias y evidencias en psiquiatria. 2010.
Soutello Esperón, C y Mardomingo Sanz M. J.(2010) Manual de psiquiatria del niño y adolescente, coordinadores. Buenos Aires-Madrid. Editorial Panamericana.
Ley Nacional de Salud Mental 26657 artículos. 3, 5, 8 y 42 / Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad Ley 26.378 artículo 12.
Vertex, Revista Argentina de Psiquiatría. Volumen XI Nº 42 Dic 2000 Ene Feb 2001. Presentación de Dossier Retraso Mental.
Wahlberg, E.; Damigella, L.(2006) Trastornos psiquiátricos y de conducta en el Retraso mental. Vertex Revista Argentina de Psiquiatría.

Riesgo y prevención del suicidio

Beck AT, Schuyler D, Herman I. Development of suicide intent scales. In Beck AT, Resnick HLR.
Lettieri DJ, eds. The prediction of suicide. Bowie, Maryland: Charles Press, 1974: 45-8.
Beck AT, Brown GK, Steer RA, Dahlsgaard KK, Grisham JR. Suicide ideation at its worst point: a predictor of eventual suicide in psychiatric outpatients. Suicide Life Threat Behav 1999;29: 1-9.
Benoit M. Quels sont les symptômes à observer à chaque étape de la crise sucidaire? In: Fédération Française de Psychiatrie. La crises suicidaire. Reconnître et prendre en charge, Conférence de consensus, 19 et 20 octobre 2000, Jhon Libbey, Paris, 2002.
Bourgeois M, Facy F, Rouillon F, Verdoux H. Épidémiologie du suicide, Encyclopedie Médico Chirurgicale, Paris, 2003.
Fédération Française de Psychiatrie. La crise suicidaire. Reconnître et prendre en charge, Conférence de consensus, 19 et 20 Octobre 2000, John Libbey Eurotext, Paris, 2001.
Koldobsky, N. La personalidad y sus desórdenes. Buenos Aires: Salerno, 1995.
Matusevich D, Pérez Barrero S. El suicidio en la vejez. Buenos Aires: Polemos, 2009.
Ministerio de Salud. Presidencia de la Nación, http://www.deis.gov.ar/Publicaciones/Archivos/Serie5Nro54.pdf
Miró E. "Depresión y suicidio", en Vallejo Ruiloba J, Gastó Ferrer. Trastornos afectivos: ansiedad y depresión, Cap. 35, Masson, Barcelona, 2000.
OMS 2004: For which strategies of suicide prevention is there evidence of effectiveness? Comité régional pour l'Europe de l'OMS, Copenhague, 2004
Petot, D. Présence précoce et continue d'idées suicidaires pendant l'enfance. Évol Psychiatr 2004; 69.
Stagnaro JC. La clínica del proceso suicida en los ancianos y recomendaciones para su prevención. Una revisión de la literatura Vertex, Rev Arg Psiquiatr.2003, XIV: 53-7.
Stagnaro JC. "Clínica, prevención y tratamiento del proceso suicida", en Introducción a la Psiquiatría. 4ª edición, Manuel Suárez Richards (Comp.). Buenos Aires: Polemos, 2012.
Tausk J. Proyecto de Investigación: "La Desocupación y la Pérdida de Empleo: Su incidencia en los vínculos del Grupo Familiar, en el Entorno Social y en la aparición de Afecciones Psíquicas". Cátedra Clínica Psicológica y Psicoterapias. Proyecto Universidad de Buenos Aires Ciencia y Tecnología UBACYT TP50 -1998-2002).
Vallejo Ruiloba J, Gastó Ferrer C. Trastornos afectivos: ansiedad y depresión. Masson, Barcelona, 2000.

Promoción del uso racional de los medicamentos en el primer nivel de atención

Nemeroff –(2006) Tratado de psicofarmacología - Elsevier España.

Salazar Vallejo M y cols. (2011) Manual de Psicofarmacología. 2da Edición. Editorial Panamericana
Zieher, L (2003); Psiconeurofarmacología clínica y sus bases neurocientíficas Edición 3a.ed.
Stahl - (2012) Guía del prescriptor. 4ta edición. Psicofarmacología esencial de Stahl.

Recursos comunitarios para el abordaje de personas con consumo problemático: Redes estatales y no estatales

www.cenareso.gov.ar/
www.sedronar.gov.ar/
www.aa.org.ar/
www.na.org.ar/
Dirección Nacional de Salud Mental. Ministerio de Salud de la Nación. Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657

Términos de uso frecuente en Salud Mental

Ministerio de Salud de la Nación (2011) Programa Remediar+Redes. Nueva Guía para el Diseño, Ejecución y Evaluación de los Proyectos Locales Participativos.
Rodriguez Jorge (ed.) (2009) Salud Mental en la Comunidad. Segunda edición. Serie Paltex OPS/OMS.

Agradecemos la colaboración y la participación en esta unidad de: Analía Gil, Liliana Gonzalez, Karina Renee Fargas, Daniela Verónica Di Lorenzo, Martín Segovia, Guillermo Alfieri, Yemina Marzetti, Chevnik Debora, Rios Romila.

Autores

Introducción:

Leonel Tesler. Médico especialista en psiquiatría infanto juvenil; docente del Departamento de Fisiología, Facultad de Medicina, UBA. Coordinador del Programa Nacional de Salud Integral en la Adolescencia.

Abordaje de personas con trastornos psicóticos en el primer nivel de atención:

Andres Rousseaux. Médico especialista en psiquiatría. Ex jefe de residentes del Hospital Moyano. Ayudante de Cátedra de la materia Salud Mental de la carrera de Medicina de la Universidad de Buenos Aires.

Trastornos del estado de ánimo; Otros motivos de consulta frecuentes; Trastornos de ansiedad; Consumo problemático de alcohol y otras sustancias psicoactivas:

Silvia Spina. Médica especialista en Medicina Familiar. Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria del Hospital Italiano de Buenos Aires. Unidad de Desarrollo Estratégico y Gestión para la Calidad, INSSJP.

Problemáticas de salud mental infanto-juvenil:

Federico Beines. Médico especialista en psiquiatría infanto-juvenil. Profesor adjunto en la Facultad de Medicina de USAL y coordinador del equipo infanto-juvenil de la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones.

Riesgo y prevención de suicidio:

Juan Carlos Stagnaro. Profesor regular titular. Departamento de Psiquiatría y Salud Mental, Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires.

Daniel Matusevich. Médico especialista en psiquiatría. Jefe de Sala de Internación del Hospital Italiano de Buenos Aires (HIBA). Profesor titular del Instituto Superior de Formación de Postgrado de la Asociación de Psiquiatras Argentinos (APSA).

Promoción del uso racional de los medicamentos en salud mental:

Matías Fonseca. Médico especialista en Psiquiatría. Secretaría de Salud Comunitaria. Ministerio de Salud de La Nación.

Recursos comunitarios para el abordaje de personas con consumo problemático: Redes estatales y no estatales.

Silvina Iannaccio. Licenciada en Trabajo Social. Programa Remediar. Unidad del Uso Racional del Medicamento. Secretaría de Salud Comunitaria. Ministerio de Salud de La Nación.

Maria Luisa Morales. Licenciada en Psicología. Programa Remediar. Unidad del Uso Racional del Medicamento. Secretaria de Salud Comunitaria. Ministerio de Salud de la Nación.

Revisores

Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones. Ministerio de Salud de La Nación. Dra. Analía Pena y Dr. Julián Zapatel.
Asociación Neuropsiquiátrica Argentina. Dr. Luis Ignacio Brusco.
Asociación Argentina de Psiquiatría Biológica. Dr. Esteban Toro Martinez.
Asociación de Psiquiatras Argentinos (APSA). Horacio Vommaro y Dr. Juan Carlos Stagnaro.
Instituto Argentino de Adicciones. Dr. Jose Capece.
Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica. ANMAT. Dr. Federico Kaski

Responsable Editorial

Lic. Mauricio Monsalvo

Coordinación Editorial

Méd. Romina Gaglio
Méd. Matías Fonseca
Lic. Laura Castiñeira
Lic. Carolina Gorlero
Lic. Silvina Iannaccio

Procesamiento Didáctico

Lic. Carolina Gorlero
Lic. Laura Castiñeira

Se terminó de imprimir en Marzo 2015

Argentina. Ministerio de Salud de la Nación. Programa Remediar
Terapéutica racional en atención primaria de la salud : salud mental en el primer nivel de atención.
- 1a ed. - Ciudad Autónoma de Buenos Aires : Ministerio de Salud de la Nación. REMEDIAR. , 2015.
177 p. : il. ; 30x21 cm.

ISBN 978-950-38-0213-7

1. Salud Mental. I. Título.
CDD 362.2

Fecha de catalogación: 02/03/2015

REMEDIAR

Ministerio de Salud de la Nación
Av. 9 de Julio No. 1925 piso 8 (C1073ABA)
Buenos Aires - República Argentina
0 800 666 3300 - www.remediar.msal.gov.ar

Programa financiado por el Banco Interamericano de Desarrollo - Préstamo OC - AR 2788