

Guía de Intervención mhGAP

para los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias
en el nivel de atención de la salud no especializada



**Organización
Mundial de la Salud**

Programa de acción mundial para
superar las brechas en salud mental

Edición original en inglés:
"mhGAP intervention guide for mental, neurological and
substance use disorders in non-specialized health settings"
© World Health Organization, 2010
ISBN 978 92 4 154806 9

Catalogación por la Biblioteca de la OMS

Guía de intervención mhGAP para los trastornos mentales,
neurológicos y por uso de sustancias en el nivel de atención de
la salud no especializada.

1. Trastornos mentales – prevención y control. 2. Enfermedades
del sistema nervioso. 3. Trastornos psicóticos. 4. Trastornos
relacionados con sustancias. 5. Pautas. I. Organización Mundial
de la Salud.

© **Organización Mundial de la Salud, 2012**
(2ª reimpresión al español corregida)

ISBN 978 92 4 354806 7
(Clasificación NLM: WM 140)

Se reservan todos los derechos. Las publicaciones de la
Organización Mundial de la Salud pueden solicitarse a Ediciones
de la OMS, Organización Mundial de la Salud, 20 Avenue Appia,
1211 Ginebra 27, Suiza (tel.: +41 22 791 3264; fax: +41 22 791
4857; correo electrónico: bookorders@who.int). Las solicitudes
de autorización para reproducir o traducir las publicaciones
de la OMS – ya sea para la venta o para la distribución sin
fines comerciales – deben dirigirse a Ediciones de la OMS, a la
dirección precitada (fax: +41 22 791 4806; correo electrónico:
permissions@who.int).

Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma
en que aparecen presentados los datos que contiene no implican,
por parte de la Organización Mundial de la Salud, juicio alguno
sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas,
o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras
o límites. Las líneas discontinuas en los mapas representan de
manera aproximada fronteras respecto de las cuales puede que
no haya pleno acuerdo.

La mención de determinadas sociedades mercantiles o de
nombres comerciales de ciertos productos no implica que la
Organización Mundial de la Salud los apruebe o recomiende
con preferencia a otros análogos. Salvo error u omisión, las
denominaciones de productos patentados llevan letra inicial
mayúscula.

La Organización Mundial de la Salud ha adoptado todas las
precauciones razonables para verificar la información que figura
en la presente publicación, no obstante lo cual, el material
publicado se distribuye sin garantía de ningún tipo, ni explícita
ni implícita. El lector es responsable de la interpretación y el
uso que haga de ese material, y en ningún caso la Organización
Mundial de la Salud podrá ser considerada responsable de daño
alguno causado por su utilización.

Para información adicional, contactarse con:

Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias,
Organización Mundial de la Salud, Av. Appia 20,
1211 Ginebra 27, Suiza

Correo electrónico: mhgap-info@who.int
Página de Internet: www.who.int/mental_health/mhgap

Impreso en Guatemala

Guía de Intervención mhGAP

para los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias
en el nivel de atención de la salud no especializada

Versión 1.0



**Organización
Mundial de la Salud**

Programa de acción mundial para
superar las brechas en salud mental

Índice



Presentación	iii
Agradecimientos	iv
Abreviaturas y Símbolos	vii
I Introducción	1
II Principios generales de la atención sanitaria	6
III Esquema principal	8

IV Módulos	
1. Depresión moderada-grave	10
2. Psicosis	18
3. Trastorno bipolar	24
4. Epilepsia/Crisis epiléptica	32
5. Trastornos del desarrollo	40
6. Trastornos conductuales	44
7. Demencia	50
8. Uso de alcohol y trastornos por el uso de alcohol	58
9. Uso de drogas y trastornos por el uso de drogas	66
10. Autolesión/Suicidio	74
11. Otros síntomas emocionales significativos o padecimientos no justificables médicamente	80
V Intervenciones psicosociales avanzadas	82

Presentación



Los sistemas de salud en todas partes del mundo deben enfrentar enormes desafíos para poder brindar atención y proteger los derechos humanos de las personas con trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias. Los recursos disponibles son insuficientes, no están distribuidos de manera equitativa y se usan de modo ineficiente. En consecuencia, una gran mayoría de las personas con estos trastornos no reciben ninguna forma de atención.

En 2008, la OMS lanzó el Programa de Acción Mundial para Superar las Brechas en Salud Mental (mhGAP, por sus siglas en inglés) destinado a hacer frente a la falta de atención para personas que sufren trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias, especialmente en los países de ingresos bajos y medios. Catorce por ciento de la carga mundial de morbilidad se atribuye a estos trastornos y cerca de tres cuartas partes de esta carga corresponden a los países de ingresos bajos y medios. Los recursos disponibles son insuficientes – la gran mayoría de los países asigna menos del 2% del presupuesto de salud a salud mental, lo que conduce a una brecha en el tratamiento que en muchos países con ingresos bajos y medios es superior al 75%.

Desde el punto de vista económico tiene mucho sentido tomar medidas. Los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias interfieren considerablemente con la capacidad de aprendizaje de los niños y con la capacidad de los adultos para funcionar en la familia, el trabajo y la sociedad en general. Tomar medidas es también una estrategia a favor de los pobres. Estos trastornos son factores de riesgo para, o como consecuencia, de muchos otros problemas de salud y, con demasiada frecuencia, están asociados a la pobreza, la marginalización y la desventaja social.

Existe una idea ampliamente compartida, aunque errónea, con respecto a que todas las intervenciones en salud mental requieren de tecnologías sofisticadas, onerosas y con personal altamente especializado. La realidad es que la mayoría de los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias que derivan en alta morbilidad y mortalidad pueden ser atendidos por proveedores de atención de salud no especializados. Lo que se necesita es aumentar la capacidad del sistema de atención primaria de salud para que pueda prestar un paquete de servicios asistenciales integrado mediante capacitación, apoyo y supervisión.

En este contexto me complace presentar la Guía de Intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias en el nivel de atención de la salud no especializada como una herramienta técnica para la implementación del Programa mhGAP. La Guía de Intervención ha sido elaborada a través de una revisión sistemática de evidencias, seguida de un proceso de consulta y participación internacional. Proporciona una amplia gama de recomendaciones para facilitar la atención de alta calidad que brindan los profesionales de salud no especializados en los establecimientos del primer y segundo nivel de atención en áreas de escasos recursos. Presenta una gestión integrada de los trastornos prioritarios utilizando protocolos para la toma de decisiones clínicas.

Espero que esta guía resulte útil para los proveedores de atención de la salud, para los encargados de la toma de decisiones y para los gestores de programas con el fin de satisfacer las necesidades de las personas con trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias.

Tenemos el conocimiento. Nuestro principal reto es ahora ponerlo en práctica y llegar a esas personas que más lo necesitan.

A handwritten signature in dark ink, reading "M. Chan".

Dra. Margaret Chan

Directora General
Organización Mundial de la Salud

Agradecimientos

Visión y conceptualización

Ala Alwan, Sub-Director General, Enfermedades No Transmisibles y Salud Mental, OMS; Benedetto Saraceno, ex-Director, Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias, OMS; Shekhar Saxena, Director, Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias, OMS.

Coordinación y edición del proyecto

Tarun Dua, Nicolas Clark, Edwige Faydi (†), Alexandra Fleischmann, Vladimir Poznyak, Mark van Ommeren, M Taghi Yasamy, Shekhar Saxena.

Contribución y guía

Se recibieron materiales, ayuda y recomendaciones muy valiosas de parte del personal técnico de las oficinas centrales de la OMS, del personal de las oficinas regionales y de país de la OMS, así como de muchos expertos internacionales. Estas contribuciones han sido fundamentales para la elaboración de la Guía de Intervención.

OMS Ginebra

Meena Cabral de Mello, Venkatraman Chandra-Mouli, Natalie Drew, Daniela Fuhr, Michelle Funk, Sandra Gove, Suzanne Hill, Jodi Morris, Mwansa Nkowane, Geoffrey Reed, Dag Rekve, Robert Scherpplier, Rami Subhi, Isy Vromans, Silke Walliser.

Oficinas regionales y oficinas de país de la OMS

Zohra Abaakouk, Oficina de País de la OMS en Haití; Thérèse Agossou, Oficina Regional de la OMS para África; Victor Aparicio, Oficina Subregional de la OMS en Panamá; Hugo Cohen, Oficina Subregional de la OMS en Argentina; Andrea Bruni, Oficina de

País de la OMS en Sierra Leona; Vijay Chandra, Oficina Regional de la OMS para Asia Sudoriental; Sebastiana Da Gama Nkomo, Oficina Regional de la OMS para África; Carina Ferreira-Borges, Oficina Regional de la OMS para África; Nargiza Khodjaeva, Oficina de la OMS en Cisjordania y Gaza; Ledia Lazeri, Oficina de País de la OMS en Albania; Haifa Madi, Oficina Regional de la OMS para el Mediterráneo Oriental; Albert Maramis, Oficina de País de la OMS en Indonesia; Anita Marini, Oficina de la OMS en Jordania; Rajesh Mehta, Oficina Regional de la OMS para Asia Sudoriental; Linda Milan, Oficina Regional de la OMS para el Pacífico Occidental; Lars Moller, Oficina Regional de la OMS para Europa; Maristela Monteiro, Oficina Regional de la OMS para las Américas; Matthijs Muijen, Oficina Regional de la OMS para Europa; Emmanuel Musa, Oficina de País de la OMS en Nigeria; Neena Raina, Oficina Regional de la OMS para Asia Sudoriental; Jorge Rodriguez, Oficina Regional de la OMS para las Américas; Khalid Saeed, Oficina Regional de la OMS para el Mediterráneo Oriental; Emmanuel Streef, Oficina Regional de la OMS para el Mediterráneo Oriental; Xiangdong Wang, Oficina Regional de la OMS para el Pacífico Occidental.

Apoyo Administrativo

Frances Kaskoutas-Norgan, Adeline Loo, Grazia Motturi-Gerbail, Tess Narciso, Mylène Schreiber, Rosa Seminario, Rosemary Westermeyer.

Pasantes

Scott Baker, Christina Broussard, Lynn Gauthier, Nelly Huynh, Amanda Ifie, Kushal Jain, Kelsey Klaver, Jessica Mears, Manasi Sharma, Aditi Singh, Kanna Sugiura, Stephen Tang, Keiko Wada, Aislinn Williams.

Expertos Internacionales

Clive Adams, Reino Unido; Robert All, Australia; Alan Apter, Israel; Yael Apter, Israel; José Ayuso-Mateos*, España; Corrado Barbui*, Italia; Erin Barriball, Australia; Ettore Beghi, Italia; Gail Bell, Reino Unido; Gretchen Birbeck*, Estados Unidos; Jonathan Bisson, Reino Unido; Philip Boyce, Australia; Vladimir Carl, Suecia; Erico Castro-

Costa, Brasil; Andrew Mohanraj Chandrasekaran§, Indonesia; Sonia Chehil, Canadá; Colin Coxhead, Suiza; Jair de Jesus Mari, Brasil; Carlos de Mendonça Lima, Portugal; Diego DeLeo, Australia; Christopher Dowrick, Reino Unido; Colin Drummond, Reino Unido; Julian Eaton§, Nigeria; Eric Emerson, Reino Unido; Cleusa P Ferri, Reino Unido; Alan Flisher†*, África del Sur; Eric Fombonne, Canadá; Maria Lucia Formigoni§, Brasil; Melvyn Freeman*, África del Sur; Linda Gask, Reino Unido; Panteleimon Giannakopoulos*, Suiza; Richard P Hastings, Reino Unido; Allan Horwitz, Estados Unidos; Takashi Izutsu, Fondo de Población de las Naciones Unidas; Lynne M Jones§, Reino Unido; Mario F Juarena, Brasil; Budi Anna Keliat§, Indonesia; Kairi Kolves, Australia; Shaji S Kunnukattil§, India; Stan Kutcher, Canadá; Tuuli Lahti, Finlandia; Noline Latt, Australia; Itzhak Levav*, Israel; Nicholas Lintzeris, Australia; Jouko Lonnqvist, Finlandia; Lars Mehlum, Noruega; Nalaka Mendis, Sri Lanka; Ana-Claire Meyer, Estados Unidos; Valerio Daisy Miguelina Acosta, República Dominicana; Li Li Min, Brasil; Charles Newton§, Kenia; Isidore Obot*, Nigeria; Lubomir Okruhlica§, Eslovaquia; Olayinka Omigbodun*§, Nigeria; Timo Partonen, Finlandia; Vikram Patel*, India y Reino Unido; Michael Phillips*§, China; Pierre-Marie Preux, Francia; Martin Prince*§, Reino Unido; Atif Rahman*§, Pakistán y Reino Unido; Afarin Rahimi-Movaghar*, Irán; Janet Robertson, Reino Unido; Josemir W Sander*, Reino Unido; Sardarpour Gudarzi Shahrokh, Irán; John Saunders*, Australia; Chiara Servili§, Italia; Pratap Sharan§, India; Lorenzo Tarsitani, Italia; Rangaswamy Thara*§, India; Graham Thornicroft*§, Reino Unido; Jürgen Ürutzer*, Estados Unidos; Mark Vakkur, Suiza; Peter Ventevogel*§, Holanda; Lakshmi Vijayakumar*§, India; Eugenio Vitelli, Italia; Wen-zhi Wang§, China.

* Miembro del Grupo de la OMS para la Elaboración de la Guía mhGAP

§ Participante en una reunión patrocinada por la Fundación Rockefeller sobre "Desarrollo del Paquete Esencial para Trastornos Mentales, Neurológicos y por Uso de Sustancias dentro del Programa de Acción de la OMS para Superar las Brechas en Salud Mental"

† Fallecido

Agradecimientos

Revisión técnica

Las siguientes organizaciones y expertos internacionales también realizaron aportaciones y comentarios para la redacción de la guía.

Organizaciones

‡ Autística (Eileen Hopkins, Jenny Longmore, Reino Unido); Autism Speaks (Geri Dawson, Andy Shih, Roberto Tuchman, Estados Unidos); CBM (Julian Eaton, Nigeria; Allen Foster, Birgit Radtke, Alemania); Cittadinanza (Andrea Melella, Raffaella Meregalli, Italia); Fondation d'Harcourt (Maddalena Occhetta, Suiza); Fondazione St. Camille de Lellis (Chiara Ciriminna, Suiza); Comité Internacional de la Cruz Roja (Renato Souza, Brasil); Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y la Media Luna Roja (Nana Wiedemann, Dinamarca); International Medical Corps (Neerja Chowdhary, Allen Dyer, Peter Hughes, Lynne Jones, Nick Rose, Reino Unido); Karolinska Institutet (Danuta Wasserman, Suecia); Médecins Sans Frontières (Frédérique Drogoul, Francia; Barbara Laumont, Bélgica; Carmen Martínez, España; Hans Stolk, Holanda); ‡ Red de Usuarios de Salud Mental de Zambia (Sylvester Katontoka, Zambia); Instituto Nacional de Salud Mental (Pamela Collins, Estados Unidos); ‡ Asociación para la Toma de Conciencia de la Esquizofrenia (Gurudatt Kundapurkar, India); Terre des Hommes (Sabine Rakatomalala, Suiza); Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (Marian Schilperoord); Fondo de Población de las Naciones Unidas (Takashi Itzutsu); Asociación Mundial para la Rehabilitación Psicosocial (Stelios Stylianidis, Grecia); Federación Mundial de Neurología (Johan Aarli, Noruega); Asociación Mundial de Psiquiatría (Dimitris Anagnostopoulos, Grecia; Vincent Camus, Francia; Wolfgang Gaebel, Alemania); Tarek A Gawad, Egipto; Helen Herman, Australia; Miguel Jorge, Brasil; Levent Kurey, Turquía; Mario Maj, Italia; Eugenia Soumaki, Grecia; Allan Tasman, Estados Unidos).

‡ Sociedad civil / organización de usuarios

Revisores Expertos

Gretel Acevedo de Pirrón, Panamá; Atalay Alem, Etiopía; Deifallah Allouzi, Jordania; Michael Anibueze, Nigeria; Joseph Asare, Ghana; Mohammad Asfour, Jordania; Sawitri Assanangkarnchai, Tailandia; Fahmy Bahgat, Egipto; Pierre Bastin, Bélgica; Myron Beller, Estados Unidos; Vivek Benegal, India; José Bertolote, Brasil; Arvin Bhana, África del Sur; Thomas Bornemann, Estados Unidos; Yadira Boyd, Panamá; Boris Budosan, Croacia; Odille Chang, Fiji; Sudipto Chatterjee, India; Hilary J Dennis, Lesoto; M Parameshwara Deva, Malasia; Hervita Diatri, Indonesia; Ivan Doci, Eslovaquia; Joseph Edem-Hotah, Sierra Leona; Rabih El Chamay, Líbano; Hashim Ali El Mousaad, Jordania; Eric Emerson, Reino Unido; Saeed Farooq, Pakistán; Abebu Fekade, Etiopía; Sally Field, África del Sur; Amadou Gallo Diop, Senegal; Pol Gerits, Bélgica; Tsehaysina Getahun, Etiopía; Rita Giacaman, Cisjordania y Franja de Gaza; Melissa Gladstone, Reino Unido; Margaret Grigg, Australia; Oye Gureje, Nigeria; Simone Honikman, África del Sur; Asma Humayun, Pakistán; Martsenkovsky Igor, Ucrania; Begofe Anño Jackson, España; Rachel Jenkins, Reino Unido; Olubunmi Johnson, África del Sur; Rajesh Kalaria, Reino Unido; Angelina Kakooza, Uganda; Devora Kestel, Argentina; Sharon Kleintjes, África del Sur; Vijay Kumar, India; Hannah Kuper, Reino Unido; Ledia Lazëri, Albania; Antonio Lora, Italia; Lena Lundgren, Estados Unidos; Ana Cecília Marques Petta Roselli, Brasil; Tony Marson, Reino Unido; Edward Mbewe, Zambia; Driss Moussaoui, Marruecos; Malik Hussain Mubashar, Pakistán; Julius Muron, Uganda; Hideyuki Nakane, Japón; Juliet Nakku, Uganda; Friday Nsalamo, Zambia; Emilio Ovuga, Uganda; Fredrick Owiti, Kenia; Em Pereira, Nepal; Inge Petersen, África del Sur; Moh'd Bassam Qasem, Jordania; Shobha Raja, India; Rajat Ray, India; Telmo M Ronzani, Brasil; SP Sashidharan, Reino Unido; Sarah Skeen, África del Sur; Jean-Pierre Soubrier, Francia; Abang Bennett Abang Taha, Brunei Darussalam; Ambros Uchtenhagen, Suiza; Kristian Wahlbeck, Finlandia; Lawrence Wissow, Estados Unidos; Lyudmyla Yur'yeva, Ucrania; Douglas Zatzick, Estados Unidos; Anthony Zimba, Zambia.

Equipo de producción

Edición: Philip Jenkins, Francia

Diseño gráfico: Erica Lelstad y Christian Bäuerle, Alemania

Coordinación de la versión española: Jorge Rodríguez, Asesor Regional de Salud Mental (OPS / OMS, Washington-EUA); Víctor Aparicio Basauri, Asesor Subregional de Salud Mental (OPS / OMS, Panamá)

Traducción: Access Interpreters (Panamá)

Revisión técnica de la traducción: Gretel de Pirrón (INSAM, Panamá); Víctor Aparicio Basauri, Asesor Subregional de Salud Mental (OPS / OMS, Panamá); María Florencia Di Masi (OPS / OMS, Washington-EUA); Pilar López y José Luis Ayuso-Mateis (Instituto de Investigación Sanitaria Hospital Universitario de la Princesa IISGM, España)

Apoyo financiero

Las siguientes organizaciones contribuyeron con su apoyo financiero a la elaboración y producción de la Guía de Intervención:

Association of Aichi Psychiatric Hospitals, Japón; Autism Speaks, Estados Unidos; CBM; Gobierno de Italia; Gobierno de Japón; Gobierno de Holanda; International Bureau for Epilepsy; Liga Internacional contra la Epilepsia; Consejo de Investigación Médica, Reino Unido; Instituto Nacional de Salud Mental, Estados Unidos; Agencia de Salud Pública de Canadá, Canadá; Fundación Estadounidense de Psiquiatría, Estados Unidos; Fundación Rockefeller, Estados Unidos; Fundación Shirley, Reino Unido; Syngenta, Suiza; Fondo de Población de las Naciones Unidas; Asociación Mundial de Psiquiatría.

Abreviaturas y Símbolos



Abreviaturas

SIDA	Síndrome de inmunodeficiencia adquirida
TCC	Terapia cognitivo conductual
VIH/	Virus de inmunodeficiencia humana
i.m.	intramuscular
AIEPI	Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia
PTI	Psicoterapia interpersonal
i.v.	intravenoso
mhGAP	Programa de Acción para Superar las Brechas en Salud Mental
GI-mhGAP	Guía de Intervención del Programa de Acción para Superar las Brechas en Salud Mental
TSO	Terapia de sustitución de opioides
ISRS	Inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina
ITS	Infecciones de transmisión sexual
ATC	Antidepresivo tricíclico

Símbolos

	Lactantes/ niños pequeños		Remitir al hospital
	Niños/adolescentes		Medicación
	Mujeres		Intervención psicosocial
	Mujeres embarazadas		Consultar a un especialista
	Adultos		Terminar la evaluación.
	Adultos mayores		
	Atención/Problema		
	Ir a/Ver/ Saltar este módulo		
	No		Si responde SÍ
	Información adicional		Si responde NO

Introducción



Programa de Acción para Superar las Brechas en Salud Mental (mhGAP): antecedentes

Aproximadamente cuatro de cada cinco personas que necesitan atención por trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias en los países con ingresos bajos y medios-bajos no la reciben. Las intervenciones, aunque estén disponibles, a menudo no se basan en pruebas o en la evidencia, ni son de alta calidad. La OMS lanzó recientemente el Programa de Acción para Superar las Brechas en Salud Mental (mhGAP por sus siglas en inglés) dirigido a los países con ingresos bajos y medios-bajos con el objetivo de mejorar la atención de los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias. Esta Guía de Intervención mhGAP (GI-mhGAP) ha sido elaborada para facilitar la aplicación de intervenciones relacionadas con el mhGAP basadas en pruebas en entornos de atención de salud no especializada.

Existe una idea ampliamente compartida, pero errónea, con respecto a que todas las intervenciones de salud mental son sofisticadas y que solamente pueden ser ofrecidas por personal altamente especializado. Investigaciones en años recientes han demostrado la factibilidad de ofrecer intervenciones farmacológicas y psicológicas en el nivel de atención sanitaria no especializada. Esta guía modelo está basada en una revisión de todo el conocimiento científico disponible en esta área y presenta las intervenciones recomendadas para su aplicación en los países con ingresos bajos y medios-bajos. La GI-mhGAP incluye una guía sobre intervenciones basadas en la evidencia para identificar y manejar una serie de trastornos prioritarios. Los trastornos prioritarios incluyen: depresión, psicosis, trastorno bipolar, epilepsia, trastornos del desarrollo y conductuales en niños y adolescentes, demencia, trastornos por uso de alcohol, trastornos por uso de drogas, lesiones autoinfligidas/suicidio y otros síntomas emocionales significativos o padecimientos no justificables médicamente. Estos trastornos prioritarios se seleccionaron porque representan una gran carga en términos de mortalidad,

morbilidad o discapacidad, porque tienen elevados costos económicos y porque están asociados a violaciones de los derechos humanos.

Elaboración de la Guía de Intervención mhGAP (GI-mhGAP)

La guía GI-mhGAP ha sido elaborada a través de un intenso proceso de revisión de la evidencia científica. Se realizaron revisiones sistemáticas para elaborar las recomendaciones basadas en las pruebas o la evidencia. El proceso para la elaboración de la guía involucró al grupo de expertos internacionales de la OMS, quienes colaboraron estrechamente con la Secretaría de la OMS. Después, con la colaboración de un grupo de expertos internacionales, estas recomendaciones se convirtieron en intervenciones escalonadas claramente presentadas. La guía GI-mhGAP circuló luego entre una amplia gama de revisores de todo el mundo para poder incluir contribuciones diversas.

La GI-mhGAP está basada en las directrices del mhGAP sobre las intervenciones para trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias (http://www.who.int/mental_health/mhgap/evidence/en/). Las directrices del mhGAP y de la GI-mhGAP serán revisadas y actualizadas en 5 años. Cualquier revisión y actualización anterior a ese período se realizará en la versión en línea del documento.

Propósito de la Guía de Intervención mhGAP

La GI-mhGAP ha sido elaborada para ser aplicada en el nivel de atención de salud no especializada. Está dirigida a los profesionales de atención de salud que trabajan en los establecimientos del primer y del segundo nivel. Estos profesionales pueden estar trabajando en un centro de salud o como parte del equipo clínico de un hospital o de un centro a nivel de distrito o área. Incluyen médicos generales, médicos de familia, enfermeros y técnicos de salud. Otros profesionales de atención sanitaria no especializada pueden usar la GI-mhGAP con la adaptación necesaria. Los establecimientos del primer nivel incluyen los centros de atención de salud que sirven como primer punto de contacto con un profesional de la salud y proporcionan atención médica ambulatoria y de enfermería. Los servicios son suministrados por médicos generales, dentistas, técnicos de salud, enfermeros comunitarios, farmacéuticos y parteras/matronas, entre otros. Los establecimientos del segundo nivel incluyen al hospital como primer nivel de referencia responsable de un distrito o área geográfica, con una población definida, y que está regido por una organización política-administrativa, como, por ejemplo, un equipo de gestión sanitaria a nivel de distrito. El especialista clínico o especialista de salud mental del distrito apoya al equipo de atención médica del primer nivel para ofrecer asesoramiento y para derivaciones.

La GI-mhGAP es breve con el propósito de facilitar las intervenciones por parte de los profesionales no especializados, sobrecargados laboralmente, en los países con ingresos bajos y medios-bajos. Describe en detalle *qué hacer*, pero no entra en las descripciones sobre *cómo hacerlo*. Es importante que los profesionales de atención sanitaria no especializada reciban capacitación y luego sean supervisados y apoyados en la aplicación de la GI-mhGAP para evaluar y atender a las personas con trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias.

Introducción

La GI-mhGAP no tiene el propósito de incluir el desarrollo de los servicios. La OMS tiene documentos actuales que guían el desarrollo de servicios. Estos incluyen una herramienta para evaluar los sistemas de salud mental, el Conjunto de Guías sobre Políticas y Servicios de Salud Mental, y material específico sobre la integración de la salud mental en la atención primaria. La información sobre la implementación del mhGAP está incluida en el *Programa de Acción para Superar las Brechas en Salud Mental: mejora y ampliación de la atención de los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias*. Al final de la introducción se proporcionan documentos útiles de la OMS así como los vínculos para sus páginas de Internet.

Aunque la GI-mhGAP va a ser implementada principalmente por personal no especializado, los especialistas también pueden encontrarla de utilidad para su trabajo. Además, los especialistas juegan un rol esencial y sustancial en materia de capacitación, apoyo y supervisión. La GI-mhGAP indica cuándo se requiere acceder a los especialistas para realizar consultas o derivaciones. Se necesitan encontrar soluciones creativas cuando los especialistas no están disponibles en un distrito o área sanitaria. Por ejemplo, si los recursos son escasos, se podrá organizar una capacitación adicional en salud mental para profesionales de atención de salud no especializados, de manera que puedan desempeñar algunas de estas funciones en ausencia de los especialistas. Los especialistas también se podrían beneficiar de la capacitación en los aspectos de salud pública del programa y la organización de servicios. La implementación de la GI-mhGAP requiere idealmente la acción coordinada de expertos y administradores en salud pública, y de especialistas con una orientación en salud pública.

Adaptación de la GI-mhGAP

La GI-mhGAP es una guía modelo y es esencial que sea adaptada a las situaciones nacionales y locales. Los usuarios podrán seleccionar una parte de las condiciones o intervenciones prioritarias para adaptar e implementar, dependiendo de las diferencias contextuales en cuanto a prevalencia y disponibilidad de recursos. Es necesario garantizar la adaptación de esta guía para que cubra las condiciones que más contribuyen a la carga de enfermedad en un país específico y que sea adecuada para las condiciones locales que afectan a la atención de las personas con trastornos mentales, neurológicos o por uso de sustancias en las instalaciones de salud. El proceso de adaptación debe ser usado como una oportunidad para buscar un consenso en los asuntos técnicos entre las condiciones prioritarias; esto requiere la participación de grupos interesados clave a nivel nacional. La adaptación incluirá la traducción y la garantía de que las intervenciones son aceptables socioculturalmente y adecuadas para el sistema de salud local.

Implementación del mhGAP: puntos claves

La implementación en un país debe comenzar por la organización de una reunión con los grupos interesados clave a nivel nacional, la evaluación de las necesidades y la identificación de las barreras para la ampliación y mejora. Esto debe llevar a la preparación de un plan de acción para la ampliación y mejora, la abogacía o defensa de la causa, el desarrollo de los recursos humanos y el cambio de sus tareas, temas de financiación y presupuesto, el desarrollo del sistema de información para los trastornos prioritarios, al igual que el monitoreo y la evaluación.

La implementación a nivel de distrito o área será mucho más fácil después de que se hayan puesto en marcha decisiones a nivel nacional. Inicialmente se requiere una serie de reuniones de coordinación a nivel de distrito. Todos los técnicos de salud del distrito deben ser informados, especialmente si la salud mental es un área nueva que se va a integrar en sus responsabilidades. Al conocer la GI-mhGAP se sentirán más cómodos cuando se den cuenta de que es sencilla, que se puede aplicar en su contexto y que se puede integrar al sistema de salud. La formación en la atención de salud mental requiere de una capacitación inicial así como de un apoyo continuo y supervisión. Sin embargo, la capacitación para la aplicación de la GI-mhGAP debe ser coordinada de tal manera que no interrumpa la prestación continua de los servicios de atención.

Introducción

Cómo utilizar la GI-mhGAP

» La GI-mhGAP comienza con los **"Principios generales de la atención"**. Proporciona una serie de buenas prácticas clínicas para la interacción de los profesionales de atención sanitaria con las personas que solicitan atención de salud mental. Todos los usuarios de la GI-mhGAP deben familiarizarse con estos principios y deben seguirlos en la medida de lo posible.

» La GI-mhGAP incluye un **"Esquema principal"** que proporciona información sobre las formas más comunes de presentación de los trastornos prioritarios. Esto debe guiar al especialista clínico a los módulos pertinentes.

– En el caso de una potencial **comorbilidad (dos trastornos presentes al mismo tiempo)**, es importante que el especialista clínico confirme la comorbilidad y luego elabore un plan de gestión global para el tratamiento.

– En primer término deben ser atendidos los trastornos más graves. Luego, en la próxima consulta, el seguimiento debe incluir una revisión para determinar si también han mejorado los síntomas o signos que indican la presencia de cualquier otro trastorno prioritario. **Si la situación es calificada como una emergencia, necesita ser atendida primero.** Por ejemplo, si la persona está convulsionando, el episodio agudo debe ser manejado primero, antes de investigar la historia detallada sobre la presencia de la epilepsia.

» Los **módulos**, organizados individualmente por cada trastorno prioritario, son una herramienta para la toma de decisiones y el manejo clínico. Cada módulo está en un color diferente para permitir una fácil diferenciación. Al inicio de cada módulo, hay una introducción que explica qué condición(es) cubre el módulo.

» Cada uno de los módulos consta de dos secciones. La primera sección es la sección de **evaluación y manejo**. El contenido en esta sección se presenta en forma de diagramas de flujo con múltiples puntos de decisión. Cada punto de decisión está identificado por un número y está en forma de pregunta. Cada punto de decisión tiene información organizada en tres columnas – **"evaluar, decidir y manejar"**.

Evaluar

Decidir

Manejar

– La columna de la izquierda incluye los detalles para la evaluación de la persona. Es la **columna evaluar** la que guía a los usuarios en cuanto a cómo evaluar las condiciones clínicas de una persona. Los usuarios necesitan considerar todos los elementos de esta columna antes de pasar a la siguiente.

– La columna del medio especifica las diferentes situaciones o escenarios a los que se puede tener que enfrentar el proveedor de atención de salud. Esta es la **columna decidir**.

– La columna de la derecha describe las sugerencias sobre cómo manejar el problema. Es la **columna manejar**. Provee información y consejo, en relación a puntos de decisión específicos, sobre intervenciones psicosociales y farmacológicas. Las recomendaciones sobre el manejo están vinculadas (referencia cruzada) con informaciones relevantes de la intervención que son demasiado minuciosas para incluirlas en los diagramas de flujo. Las informaciones relevantes de la intervención se identifican por medio de códigos. Por ejemplo, **DEP 3** significa la información número tres de la intervención para el Módulo Depresión moderada-grave.

– La GI-mhGAP utiliza una serie de símbolos para resaltar ciertos aspectos dentro de las columnas **evaluar, decidir y manejar** en los diagramas de flujo. En la sección *Abreviaturas y Símbolos* se proporciona una lista de los símbolos y su explicación.

Introducción

NOTA: Los usuarios de la GI-mhGAP necesitan comenzar al principio de la sección de evaluación y manejo y pasar a través de todos los puntos de decisión con el fin de elaborar un plan de gestión integral para la persona.



Instrucciones para usar los diagramas de flujo de forma correcta e integral

- » La segunda sección de cada módulo provee **información de la intervención** y proporciona mayores detalles sobre el seguimiento, referencia, prevención de recaídas y detalles técnicos adicionales de los tratamientos psicosociales/no farmacológicos y farmacológicos y sobre importantes efectos secundarios o interacciones. Los pormenores de la intervención se presentan en un formato genérico. Los mismos deberán adaptarse al idioma y a las condiciones locales y posiblemente se necesite añadir ejemplos e ilustraciones para mejorar la comprensión, la aceptabilidad y hacerla más atractiva.
- » Aunque la GI-mhGAP está principalmente enfocada en las intervenciones y el tratamiento clínico, constituye también una oportunidad para que los proveedores de atención sanitaria apliquen intervenciones basadas en la evidencia para prevenir los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias en la comunidad. **Los cuadros de Prevención para estas intervenciones se pueden encontrar al final de algunos de los trastornos.**
- » La sección V cubre las **"Intervenciones psicosociales avanzadas"**. Para los propósitos de la GI-mhGAP el término "intervenciones psicosociales avanzadas" se refiere a las intervenciones que precisan más tiempo del asignado a un proveedor de atención de salud para aprender y, en general, más horas para ser implementadas. Dichas intervenciones se pueden implementar en instalaciones de atención de salud no especializada, pero solamente cuando se cuenta con personal con suficiente tiempo disponible. Dentro de los diagramas de flujo de los módulos, dichas intervenciones están marcadas por la abreviatura **INT** indicando que **requieren un uso relativamente más intensivo de recursos humanos**.

Introducción

Documentos de la OMS que se pueden descargar desde los siguientes enlaces:

Assessment of iodine deficiency disorders and monitoring their elimination: A guide for programme managers. Third edition (updated 1st September 2008) (Solo en inglés)
http://www.who.int/nutrition/publications/micronutrients/iodine_deficiency/9789241595827/en/index.html

CBR : Estrategia para la rehabilitación, la igualdad de oportunidades, la reducción de la pobreza y la integración social de las personas con discapacidad (documento conjunto de posición, 2004)
http://whqlibdoc.who.int/publications/2005/9243592386_spa.pdf

Clinical management of acute pesticide intoxication: Prevention of suicidal behaviours (Solo en inglés)
http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/pesticides_intoxication.pdf

Epilepsy: A manual for medical and clinical officers in Africa (Solo en inglés)
http://www.who.int/mental_health/media/en/639.pdf

Guía del IASC sobre Salud Mental y Apoyo Psicosocial en Situaciones de Emergencia.
http://www.who.int/mental_health/emergencies/iasc_guidelines_spanish.pdf

Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI)
<http://www.paho.org/Spanish/AD/DPC/CD/imci-aiapi.htm>

Improving health systems and services for mental health (Solo en inglés)
http://www.who.int/mental_health/policy/services/mhsystems/en/index.html

Infant and young child feeding – tools and materials (Solo en inglés)
http://www.who.int/child_adolescent_health/documents/iycf_brochure/en/index.html

Integrated management of adolescent and adult illness / Integrated management of childhood illness (IMAI/IMCI) (Solo en inglés)
<http://www.who.int/hiv/topics/capacity/en/>

Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI)
http://www.who.int/child_adolescent_health/topics/prevention_care/child/imci/es/index.html

Integrating mental health into primary care – a global perspective (Solo en inglés)
http://www.who.int/mental_health/policy/Integratingmhintoprimarycare2008_lastversion.pdf

Lancet series on global mental health 2007 (Solo en inglés)
http://www.who.int/mental_health/en/

mhGAP Programa de Acción para Superar las Brechas en Salud Mental
http://www.who.int/mental_health/mhgap/mhgap_spanish.pdf

Tratamiento farmacológico de los trastornos mentales en atención primaria de la salud
http://whqlibdoc.who.int/paho/2010/9789275331132_spa.pdf

Pregnancy, childbirth, postpartum and newborn care: a guide for essential practice (En inglés)
http://www.who.int/making_pregnancy_safer/documents/924159084x/en/index.html

Prevención del suicidio: serie de recursos (Traducciones disponibles en el sitio en inglés)
http://www.who.int/mental_health/resources/preventingsuicide/en/index.html

Prevention of cardiovascular disease: guidelines for assessment and management of cardiovascular risk
http://www.who.int/cardiovascular_diseases/guidelines/Prevention_of_Cardiovascular_Disease/en/index.html

Prevención de los trastornos mentales: intervenciones efectivas y opciones de políticas
http://www.who.int/mental_health/evidence/Prevention_of_mental_disorders_spanish_version.pdf

Promoción de la salud mental: conceptos, evidencia emergente, práctica
http://www.who.int/mental_health/evidence/promocion_de_la_salud_mental.pdf

Instrumento de Evaluación para Sistemas de Salud Mental (IESM-OMS) de la Organización Mundial de la Salud
http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_content&task=view&id=445&Itemid=259

http://www.who.int/mental_health/evidence/WHOAIMS_Spanish.pdf

http://www.who.int/mental_health/evidence/WHO-AIMS/en/

Principios generales de la atención de la salud

PGS

Los proveedores de atención de la salud deben guiarse por las buenas prácticas clínicas en sus interacciones con todas las personas que buscan atención. Deben respetar la privacidad de las personas que buscan atención para trastornos mentales, neurológicos o por uso de sustancias; deben establecer y fomentar una buena relación con ellos y con sus cuidadores, y responder en una manera imparcial, de apoyo y no estigmatizadora a aquellas personas que necesitan esta atención. Las siguientes acciones claves deben ser tenidas en cuenta a la hora de implementar la Guía de Intervención mhGAP. Ellas no se repiten en cada módulo.

1. Comunicación con las personas que buscan atención de la salud y con sus cuidadores

- » Asegúrese que la comunicación sea clara, comprensiva y sensible a las diferencias de edad, género, cultura e idioma.
- » Sea amistoso, respetuoso e imparcial en todo momento.
- » Emplee lenguaje sencillo y claro.
- » Responda con sensibilidad a la revelación de información privada y problemática (por ejemplo, en relación con violaciones sexuales o actos de autolesión).
- » Brinde información a la persona acerca de su estado de salud en términos que sea capaz de entender.
- » Pregúntele cuál es su entendimiento respecto de la condición que padece.

2. Evaluación

- » Obtenga una historia médica, historia de los síntomas que presenta, historia pasada e historia familiar, según corresponda.
- » Realice una evaluación física general.
- » Según sea apropiado, evalúe, atienda o remita cualquier condición médica concomitante.
- » Evalúe para detectar problemas psicosociales, observando los problemas en las relaciones sociales actuales y pasadas, las condiciones de vida y circunstancias financieras, y cualquier otro acontecimiento estresante en curso.

3. Tratamiento y monitoreo

- » Determine la importancia del tratamiento para la persona así como también su disposición para participar en el tratamiento.
- » Determine las metas para el tratamiento de la persona afectada y realice un plan de tratamiento que respete sus preferencias de atención de salud (también las de sus cuidadores, si corresponde).
- » De acuerdo con el paciente, diseñe un plan para la continuación y seguimiento del tratamiento.
- » Infórmele sobre la duración esperada del tratamiento, los posibles efectos secundarios de la intervención, cualquier opción de tratamiento alternativo, la importancia de la adherencia al plan de tratamiento y sobre el probable pronóstico.
- » Explíquelo las dudas e inquietudes en relación con el tratamiento y comunique de manera realista las expectativas de un mejor funcionamiento y recuperación.
- » Evalúe de manera continua los efectos y resultados del tratamiento, las interacciones de los medicamentos (incluyendo interacciones con el alcohol, medicamentos adquiridos sin receta médica y medicinas complementarias/tradicionales) y los efectos adversos del tratamiento, ajustándolo según corresponda.
- » Facilite las derivaciones a especialistas, si están disponibles y según se requiera.
- » Realice esfuerzos para relacionar a la persona con el apoyo comunitario.
- » Durante el seguimiento, evalúe las expectativas de la persona en relación con el tratamiento, el estado clínico, la comprensión y la adherencia al mismo, y corrija cualquier concepto equivocado que se pueda tener al respecto.
- » Aliente la autoevaluación de los síntomas y explique cuándo se debe buscar atención inmediata en los servicios de salud.
- » Registre en la historia clínica los aspectos claves de la relación de la persona con su familia.
- » Utilice recursos de la familia y comunitarios para contactarse con las personas que no han regresado a su sesión de seguimiento periódico.
- » Solicite visitas de seguimiento más frecuentes para las mujeres embarazadas o mujeres que estén planeando quedar embarazadas.
- » Cuando trate a mujeres embarazadas o a mujeres que están amamantando, evalúe los riesgos potenciales de los medicamentos sobre el feto o lactante.
- » Asegúrese de monitorear a los bebés de mujeres que están bajo medicación y que están amamantando, con el fin de detectar si existen efectos adversos o síntomas de abstinencia y realice exámenes completos, si se requiere.
- » Solicite sesiones de seguimiento más frecuentes para los adultos mayores con trastornos prioritarios y pérdida de independencia asociada o que están en situación de aislamiento social.
- » Asegúrese que las personas sean tratadas de manera integral, satisfaciendo las necesidades de salud mental de las personas con trastornos físicos, así como también las necesidades de salud física de las personas con trastornos mentales.

Principios generales de la atención de la salud

PGS

4. Movilización e incentivación del apoyo social

- » Sea sensible a los retos sociales a los que puede tener que enfrentarse la persona y observe cómo estos retos pueden influir en la salud física y mental y en el bienestar de la persona.
- » Cuando sea apropiado, involucre al cuidador o familiar en el cuidado de la persona.
- » Promueva la participación en grupos de auto ayuda y de familia, cuando estén disponibles.
- » Identifique y active posibles fuentes de apoyo social y comunitario en el área local, incluyendo el apoyo educativo, de vivienda y vocacional.
- » Para los niños y adolescentes, coordine con las escuelas el apoyo educativo y social, cuando sea posible.

5. Protección de los derechos humanos

- » Preste atención especial a la legislación nacional y a los estándares internacionales de los derechos humanos (Cuadro 1).
- » Promueva la vida autónoma e independiente en la comunidad y no apoye la institucionalización.
- » Brinde servicios que respeten la dignidad de la persona, que sean culturalmente sensibles y apropiados y libres de discriminación a causa de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de otra clase, origen nacional, étnico, indígena o social, propiedad, nacimiento, edad u otras condiciones.
- » Asegúrese que la persona entienda el tratamiento propuesto y que otorgue un consentimiento libre e informado para el tratamiento.

- » Involucre a los niños y adolescentes en las decisiones sobre el tratamiento de acuerdo con sus capacidades evolutivas y ofrézcales la oportunidad de discutir sus inquietudes en privado.
- » Preste atención especial a la confidencialidad, así como al derecho a la privacidad de la persona.
- » Con el consentimiento de la persona, mantenga a los cuidadores informados acerca de su estado de salud, incluyendo los asuntos relacionados con la evaluación, tratamiento, seguimiento y cualquier posible efecto secundario.
- » Evite el estigma, la marginalización y la discriminación, y promueva la inclusión social de las personas con trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias, fomentando vínculos sólidos con los sectores de empleo, de educación, el sector social (incluyendo vivienda) y otros sectores relevantes.

6. Atención al bienestar general

- » Ofrezca consejos sobre la actividad física y el mantenimiento de un peso corporal saludable.
- » Informe a las personas sobre el consumo perjudicial del alcohol.
- » Estimule la suspensión del consumo de tabaco y otras sustancias.
- » Informe a las personas acerca de otras conductas de riesgo (por ejemplo, sexo sin protección).
- » Realice chequeos de salud periódicos.
- » Prepare a las personas para los cambios evolutivos de la vida, tales como pubertad y menopausia, y ofrezca el apoyo necesario.
- » Analice con las mujeres en edad reproductiva los planes de embarazo y métodos de anticoncepción.

CUADRO 1

Estándares internacionales claves de los derechos humanos

Convención contra la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanas o degradantes. Resolución 39/46 de la Asamblea General de las Naciones Unidas, anexo, 39 UN GAOR Supp. (No. 51) en 197; UN Doc. A/39/51 (1984). Entró en vigor el 26 de junio de 1987.
<http://www2.ohchr.org/spanish/law/cat.htm>

Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (1979). Adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en su Resolución 34/180 del 18 de diciembre de 1979.
<http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/text/s.convention.htm>

Convención sobre los derechos de las personas con discapacidades y su protocolo facultativo. Adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 13 de diciembre de 2006.
<http://www.un.org/spanish/disabilities/default.asp?id=497>

Convención sobre los derechos del niño (1989). Adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en su Resolución 44/25 del 20 de noviembre de 1989.
<http://www2.ohchr.org/spanish/law/crc.htm>

Convenio Internacional sobre los derechos civiles y políticos (1966). Adoptado por la Asamblea General de las Naciones Unidas en su Resolución 2200A (XXI) del 16 de diciembre de 1966.
<http://www2.ohchr.org/spanish/law/icpr.htm>

Convenio Internacional sobre los derechos económicos, sociales y culturales (1966). Adoptado por la Asamblea General de las Naciones Unidas en su Resolución 2200A (XXI) del 16 de diciembre de 1966.
<http://www2.ohchr.org/spanish/law/icepr.htm>

Esquema principal mhGAP: ¿Qué trastornos prioritarios se deben evaluar?

1. Estas manifestaciones comunes indican la necesidad de una evaluación.
2. Si las personas presentan características que se manifiestan en más de una condición, entonces se necesitan evaluar todas las condiciones relevantes.
3. Todas las condiciones aplican a todas las edades, salvo que se especifique de otra manera.

MANIFESTACIÓN COMÚN	CONDICIÓN A SER EVALUADA	IR A	
➤ Poca energía, fatiga, problemas de sueño o apetito ➤ Estado de ánimo triste o ansioso en forma persistente, irritabilidad ➤ Falta de interés o de placer en actividades que solían ser interesantes o placenteras ➤ Múltiples síntomas sin causa física definida (por ejemplo, dolores y malestares, palpitaciones, aletargamiento) ➤ Dificultades para llevar a cabo su trabajo usual, actividades escolares, domésticas o sociales	Depresión * *	DEP	10
➤ 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) ➤ Alucinaciones (escuchar voces o ver cosas que no existen) ➤ Descuido de las responsabilidades habituales relacionadas con el trabajo, la escuela, actividades domésticas o sociales ➤ Síntomas maniacos (varios días de estar anormalmente contento, con demasiada energía, hablando en exceso, muy irritable, con falta de sueño, con comportamiento temerario)	Psicosis *	PSI	18
➤ Movimientos o ataques / crisis convulsivas ➤ Durante la convulsión: – pérdida o alteración de la conciencia – rigidez, entumecimiento – mordedura de lengua, lesiones físicas, incontinencia urinaria o intestinal ➤ Después de la convulsión: fatiga, adormecimiento, somnolencia, confusión, conducta anormal, dolor de cabeza, dolores musculares o debilidad en un lado del cuerpo	Epilepsia / Crisis epilépticas	EPI	32
➤ Retraso del desarrollo: aprendizaje mucho más lento que el de otros niños de la misma edad en actividades tales como: sonreír, sentarse permanecer de pie, caminar, hablar / comunicarse y otras áreas del desarrollo, tales como leer y escribir ➤ Alteraciones en la comunicación, conducta restringida, repetitiva ➤ Dificultades para llevar a cabo las actividades normales diarias que corresponden a su edad	Trastornos del desarrollo	DES	40

- Falta de atención y/o distracción excesiva, suspende las tareas repetitivamente antes de terminarlas y cambia a otras actividades
- Actividad excesiva, andar de un lado a otro, dificultad extrema para permanecer sentado, hablar en exceso o inquietud desmedida
- Impulsividad excesiva: con frecuencia hace cosas sin previsión o cautela
- Conducta repetida y continua que molesta a otros (por ejemplo, rabietas generalmente frecuentes y graves, conducta cruel, desobediencia persistente y grave, robo)
- Cambios repentinos de conducta o en las relaciones con compañeros, incluyendo aislamiento y enojo

Trastornos de la conducta CON

 Niños y adolescentes

44

- Deterioro o problemas de memoria (olvido excesivo) y desorientación (conciencia del tiempo, del lugar y de la persona)
- Problemas en el estado de ánimo o la conducta tales como apatía (parece desinteresado) o irritabilidad
- Pérdida de control emocional – se disgusta, irrita o llora con facilidad
- Dificultades para llevar a cabo su trabajo usual, actividades domésticas o sociales

Demencia DEM

 Adultos mayores

50

- Parece estar bajo la influencia del alcohol (por ejemplo, olor a alcohol, parece estar ebrio, con resaca)
- Se presenta con una lesión física
- Síntomas asociados con el consumo de alcohol (por ejemplo, insomnio, fatiga, anorexia, náuseas, vómito, indigestión, diarrea, dolores de cabeza)
- Dificultades para llevar a cabo su trabajo usual, actividades escolares, domésticas o sociales

Trastornos por uso de alcohol ALC

58

- Parece estar afectado por las drogas (por ejemplo, falta de energía, agitación, inquietud, lenguaje mal articulado)
- Señales de consumo de drogas (marcas de inyección, infecciones cutáneas, apariencia descuidada)
- Solicita prescripciones para medicamentos sedantes (pastillas para dormir, opioides)
- Dificultades financieras o problemas legales relacionados con delitos
- Dificultades para llevar a cabo su trabajo usual, actividades domésticas o sociales

Trastornos por uso de drogas DRO

66

- Pensamientos, planes o actos de autolesión o suicidio
- Historia de pensamientos, planes o actos de autolesión o suicidio

Autolesión / Suicidio SUI

74

* Se puede acceder al módulo **Trastorno Bipolar (TBP)** a través del módulo **Psicosis** o del módulo **Depresión**.

* Se puede acceder al módulo **Otros síntomas emocionales significativos o padecimientos sin explicación médica (OTR)** a través del módulo **Depresión**.

Depresión moderada-grave

En los típicos episodios depresivos, la persona experimenta un estado de ánimo deprimido, pérdida de interés y de placer y bajo nivel de energía, lo que conduce a una disminución en la actividad durante por lo menos 2 semanas. Muchas personas con depresión también padecen de síntomas de ansiedad y síntomas somáticos sin explicación médica.

Este módulo cubre la depresión moderada-severa a lo largo de la vida, incluyendo infancia, adolescencia y vejez.

Una persona en la categoría de Depresión moderada-grave de la guía GI-mhGAP tiene dificultades para realizar su trabajo usual, sus actividades escolares, domésticas o sociales debido a los síntomas de depresión.

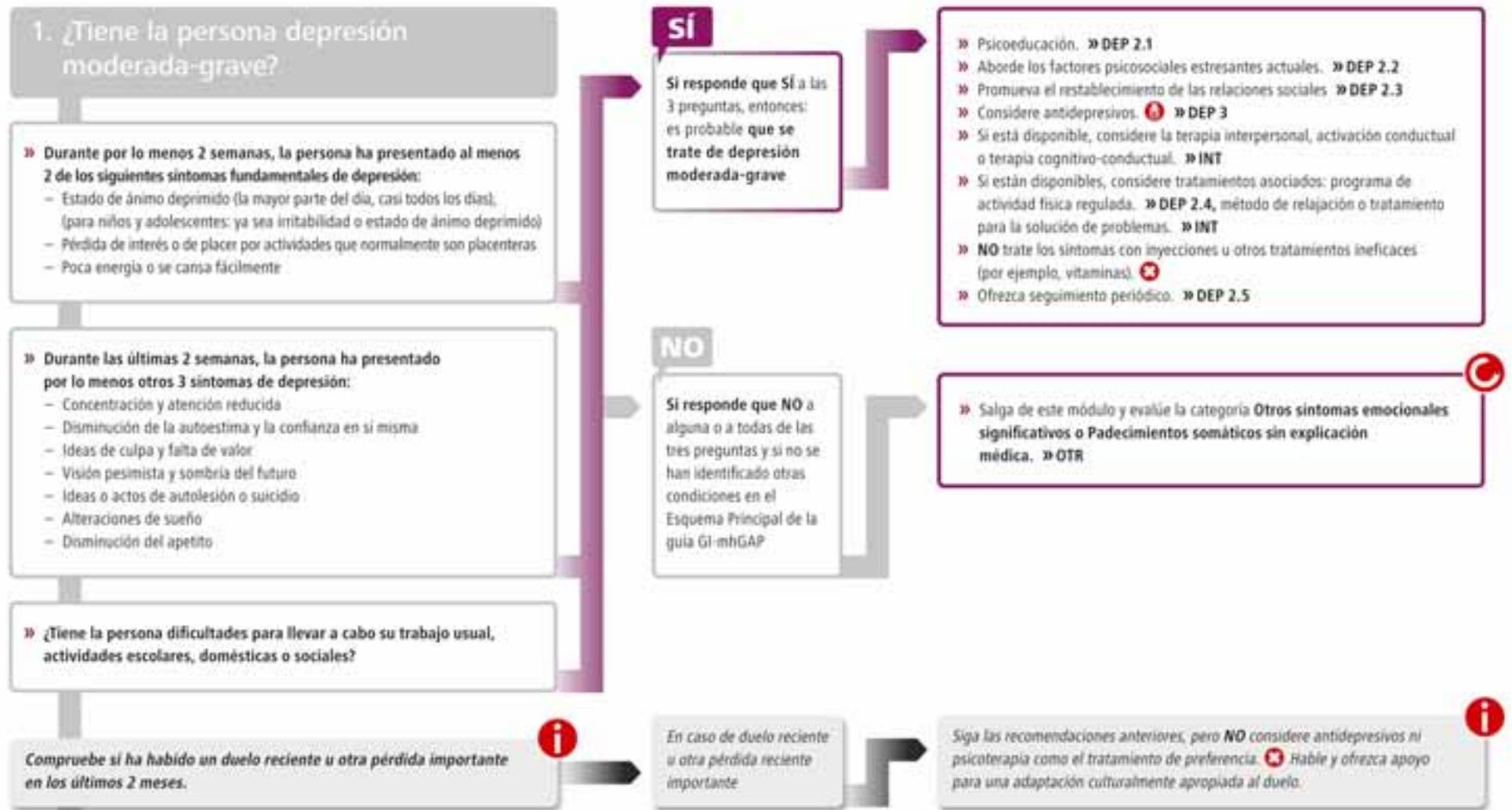
El manejo de los síntomas que no califiquen como depresión moderada-grave está cubierto en el módulo sobre Otros síntomas emocionales significativos o Padecimientos somáticos sin explicación médica. » OTR

Es importante observar que las personas expuestas a grandes adversidades a menudo experimentan dificultades psicológicas que son consistentes con los síntomas de depresión, pero no necesariamente tienen depresión moderada-grave. Al considerar si la persona tiene depresión moderada-grave, es esencial evaluar si la persona no solo tiene síntomas, sino también dificultades en el funcionamiento diario debido a los síntomas.

Depresión

Guía de Evaluación y Manejo

DEP1



Depresión

Guía de Evaluación y Manejo

DEP1

2. ¿Tiene la persona depresión bipolar?

- » Pregunte acerca de **episodios anteriores de síntomas maníacos**, tales como estado de ánimo extremadamente elevado, expansivo o irritable, aumento de actividad, hablar en exceso, fuga de ideas, menor necesidad de sueño, grandiosidad, distracción extrema, conducta temeraria. Refiérase al Módulo Trastorno Bipolar. » **TBP**

SI

La **depresión bipolar** es probable si la persona tuvo:

- » 3 o más síntomas maníacos de al menos 1 semana de duración, O
- » Un diagnóstico de trastorno bipolar previamente establecido

- » Maneje la depresión bipolar. Refiérase al Módulo Trastorno Bipolar. » **TBP**

NOTA: Las personas con depresión bipolar están en riesgo de desarrollar manía. ¡Su tratamiento es diferente!

3. ¿Tiene la persona depresión con características psicóticas (ideas delirantes, alucinaciones, estupor)?

SI

Si responde **SI**

- » Acompañe el tratamiento anterior para la depresión moderada-grave con un antipsicótico en consulta con un especialista. ❶ Refiérase al Módulo Psicosis » **PSI**

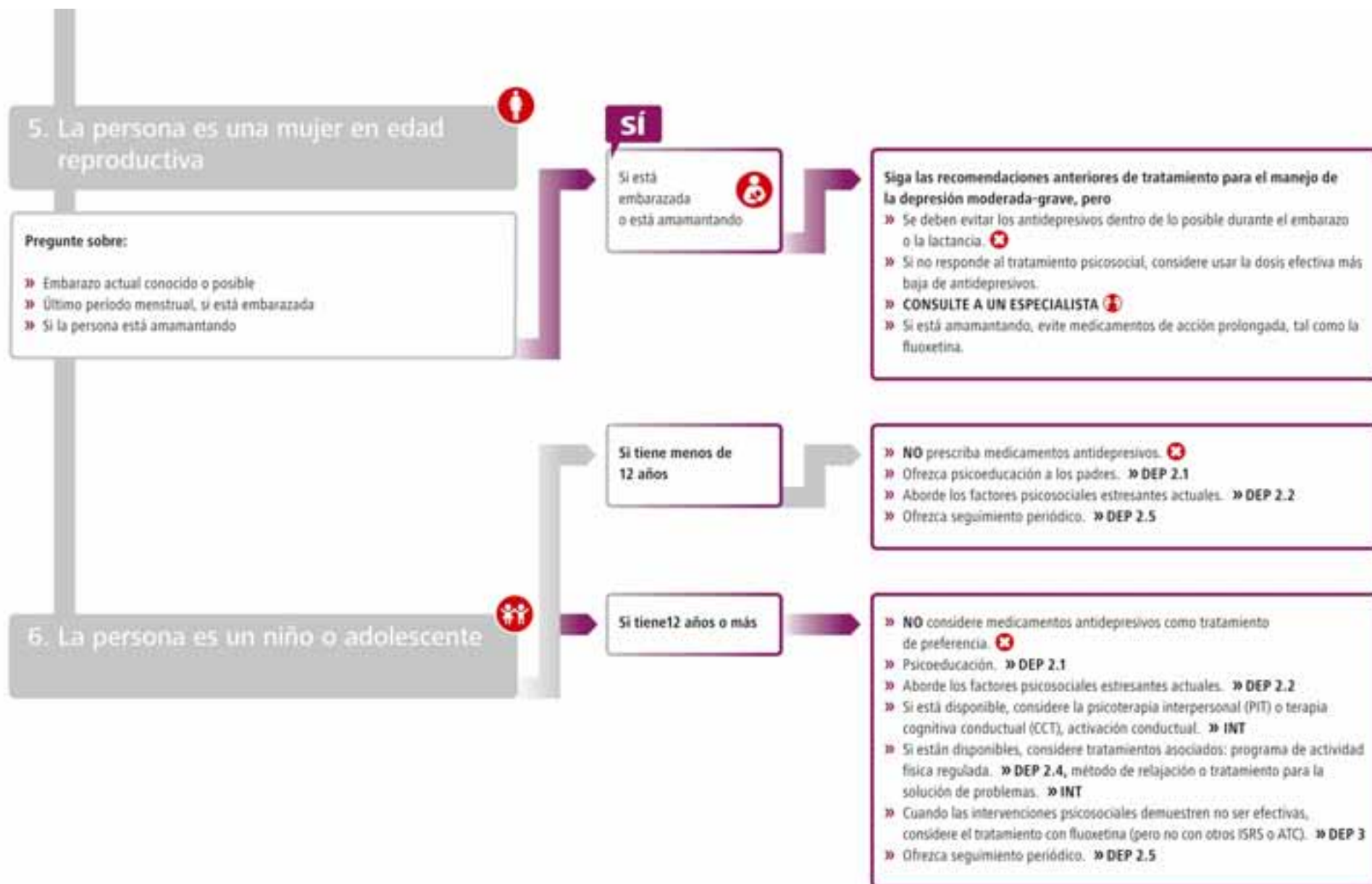
4. Condiciones concomitantes

- » (Re)considere el riesgo de suicidio / autolesión (refiérase al Esquema Principal GI-mhGAP)
- » (Re)considere la posible presencia de trastorno por consumo de alcohol o por uso de otras sustancias (refiérase al Esquema Principal GI-mhGAP)
- » Busque enfermedades médicas concomitantes, especialmente signos/síntomas que sugieran hipotiroidismo, anemia, tumores, enfermedad vascular cerebral, hipertensión, diabetes, VIH/SIDA, obesidad o abuso de medicamentos, que pueden causar o exacerbar la depresión (por ejemplo, esteroides)

SI

Si está presente una condición concomitante

- » Maneje tanto la depresión moderada-grave como la condición concomitante.
- » Monitoree la adherencia al tratamiento en las enfermedades médicas concomitantes, debido a que la depresión puede reducir la adherencia.



Depresión



DEP2

Detalles de la Intervención

II Tratamiento y Consejo Psicosocial/No Farmacológico

2.1 Psicoeducación

(para la persona y su familia, según corresponda)

- » La depresión es un problema muy frecuente que le puede ocurrir a cualquier persona.
- » Las personas deprimidas tienden a tener opiniones negativas e irreales de sí mismas.
- » Es posible el tratamiento efectivo. Generalmente, transcurren por lo menos dos semanas antes de que el tratamiento reduzca la depresión. Es importante la adherencia a cualquier tratamiento prescrito.
- » Es necesario poner énfasis en lo siguiente:
 - la importancia de **continuar**, en la medida de lo posible, con las **actividades que solían ser interesantes o placenteras**, independientemente de si las mismas parecen ser interesantes o placenteras en este momento;
 - la importancia de tratar de **mantener un ciclo de sueño regular** (es decir, acostarse a dormir a la misma hora todas las noches, tratar de dormir la misma cantidad de horas que antes, evitar dormir en exceso);
 - el beneficio de la **actividad física periódica**, hasta donde sea posible;
 - el beneficio de **actividades sociales periódicas**, incluyendo la participación en actividades sociales habituales, hasta donde sea posible;
 - reconocer los **pensamientos de autolesión o suicidio** y regresar a buscar ayuda cuando se presenten;
 - en las personas mayores, la importancia de continuar buscando ayuda para los problemas de salud física.

2.2 Abordaje de los factores psicosociales estresantes actuales

- » Ofrezca a la persona la **oportunidad de hablar**, preferiblemente en un área privada. Pida a la persona su opinión sobre las causas de sus síntomas.
- » Pregunte sobre los **factores psicosociales estresantes** actuales y, en la medida de lo posible, aborde las dificultades sociales y la capacidad para resolver problemas relacionados con factores psicosociales estresantes, o las dificultades para relacionarse, con la ayuda de servicios/recursos comunitarios.
- » Evalúe y maneje cualquier situación de **maltrato, abuso** (por ejemplo, violencia doméstica) y **descuido** (por ejemplo, de niños o personas mayores). Póngase en contacto con los recursos legales y comunitarios, según corresponda.
- » **Identifique los familiares de apoyo e involúcrales** lo más posible y de manera oportuna.
- » **En niños y adolescentes:**
 - Evalúe y atienda los **problemas mentales, neurológicos y por uso de sustancias** (especialmente la depresión) en los padres (refiérase al Esquema Principal GI-mhGAP);
 - Evalúe los **factores psicosociales estresantes de los padres** y tráteles oportunamente, con la ayuda de los servicios/recursos comunitarios;
 - Evalúe y maneje el **maltrato, la exclusión o el acoso escolar** (pregunte directamente sobre ello al niño o adolescente);
 - Si existen **problemas de rendimiento escolar**, hable con el maestro para conocer cómo se puede apoyar al estudiante;
 - Si fuera posible, proporcione a los padres formación en habilidades apropiadas al entorno cultural. » INT

2.3 Restablecer las redes sociales

- » Identifique las **actividades sociales previas** de la persona que, si se reiniciaran, tendrían el potencial de proveer apoyo psicosocial directo o indirecto (por ejemplo, reuniones familiares, salidas con amigos, visitas a los vecinos, actividades sociales en los sitios de trabajo, deportes, actividades comunitarias).
- » Estimule las fortalezas y habilidades de la persona y motive a **reanudar las actividades sociales previas**, en la medida posible.

2.4 Programa de actividad física regulada

(opción de tratamiento auxiliar para la depresión moderada-grave)

- » Organización de actividades físicas de duración moderada (por ejemplo, 45 minutos) 3 veces por semana.
- » Explore con la persona qué clase de actividad física es más atractiva y apóyela para que aumente gradualmente la cantidad de actividad física, comenzando por ejemplo con 5 minutos.

2.5 Ofrecer seguimiento periódico

- » Ofrezca seguimiento periódico (por ejemplo, personalmente en la clínica, por teléfono, o a través del personal de salud comunitaria).
- » Vuelva a evaluar a la persona para verificar la mejoría (por ejemplo, después de 4 semanas).

Medicación Antidepresiva

3.1 Iniciar la medicación antidepresiva

» Seleccione un antidepresivo

- Seleccione un antidepresivo en el Formulario Nacional o el Formulario de la OMS. La fluoxetina (pero no otros inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) y la amitriptilina (así como otros antidepresivos tricíclicos (ATC) son antidepresivos mencionados en el Formulario de la OMS y están en la Lista Modelo de Medicinas Esenciales de la OMS. Refiérase a » DEP 3.5
- Cuando seleccione un antidepresivo para la persona, considere el patrón de síntomas que presenta, el perfil de los efectos secundarios del medicamento y la eficacia de los tratamientos antidepresivos previos, si hubiere.
- Para condiciones médicas coexistentes: antes de prescribir antidepresivos, considere la potencial interacción entre medicamento y enfermedad o entre los medicamentos. Consulte el Formulario Nacional o el Formulario de la OMS.
- La combinación de antidepresivos con otros medicamentos psicotrópicos requiere la supervisión o consulta con un especialista.

» Háblele a la persona y a la familia sobre:

- la demora en el inicio del efecto;
- los posibles efectos secundarios y el riesgo de estos síntomas, que busquen ayuda inmediata si los mismos producen malestar, y cómo identificar las señales de manía;
- la posibilidad de síntomas de discontinuación / abstinencia si se omiten dosis, y que estos síntomas generalmente son leves y auto limitados, pero que ocasionalmente pueden ser graves, especialmente si la medicación se intermite abruptamente. Sin embargo, los antidepresivos no son adictivos;
- la duración del tratamiento, aclarando que los antidepresivos son efectivos tanto para el tratamiento de la depresión como para la prevención de su recurrencia.

3.2 Precauciones que se deben considerar para la medicación antidepresiva en poblaciones especiales

» Personas con ideas, planes o actos de autolesión o suicidio

- Los ISRS son la primera opción.
- Evalúe frecuentemente (por ejemplo, una vez por semana).
- Para evitar la sobredosis en las personas que están en riesgo inminente de autolesión, asegúrese que dichas personas tienen acceso solamente a una limitada provisión de antidepresivos (por ejemplo, entregar el medicamento para una semana). Refiérase al Módulo Autolesión/Suicidio.  » SUI 1

» Adolescentes de 12 años o más

- Cuando las intervenciones psicosociales demuestren no ser efectivas, considere el tratamiento con fluoxetina (pero no con otros ISRS o ATC).
- Donde sea posible, consulte al especialista de salud mental para tratar a los adolescentes con fluoxetina. 
- Evalúe frecuentemente a los adolescentes que están siendo tratados con fluoxetina (idealmente una vez por semana) para saber si han surgido ideas suicidas durante el primer mes de tratamiento. Hable al adolescente y a los padres sobre el aumento del riesgo de aparición de ideas suicidas y que deben ponerse inmediatamente en contacto si observan dichas características.

» Personas mayores

- Si es posible, se deben evitar los ATC. Los ISRS son la primera opción.
- Monitoree cuidadosamente los efectos secundarios, especialmente los de los ATC.
- Considere el aumento del riesgo de interacciones entre medicamentos, y proporcione más tiempo para la respuesta (un mínimo de 6 a 12 semanas antes de considerar que la medicación no es efectiva y 12 semanas si existe una respuesta parcial dentro de ese período).

» Personas con enfermedad cardiovascular

- Los ISRS son la primera opción.
- **NO** prescriba ATC a personas en riesgo de arritmias cardíacas importantes o con reciente infarto de miocardio. 
- En todos los casos de enfermedad cardiovascular mida la presión arterial antes de prescribir ATC y observe para ver si se presenta hipotensión ortostática una vez que inicia los ATC.

3.3 Monitoreo de las personas bajo medicación antidepresiva

- » Si surgen **síntomas de manía** durante el tratamiento: suspenda inmediatamente los antidepresivos y evalúe y maneje la manía y el trastorno bipolar.  » TBP

- » Si las personas que están bajo tratamiento con ISRS muestran **acatisia marcada / prolongada** (impulso irrefrenable de moverse continuamente o incapacidad para permanecer quieto), revise el uso de la medicación. Cambie a ATC o considere el uso concomitante de diazepam (5 – 10 mg / día) durante un breve período (1 semana). En caso de cambiar a ATC, tenga presente la escasa tolerancia ocasional en comparación con los ISRS y el aumento del riesgo de cardiotoxicidad y toxicidad en sobredosis.

- » Si el **grado de adherencia es bajo**, identifique y trate de abordar las razones del bajo nivel de adherencia (por ejemplo, efectos secundarios, costos, creencias de la persona sobre el trastorno y el tratamiento).

Depresión

DEP3

Detalles de la Intervención

- » Si la **respuesta es inadecuada** (los síntomas empeoran o no mejoran después de 4 – 6 semanas): revise el diagnóstico (incluyendo los diagnósticos de comorbilidad) y verifique si la medicación se ha tomado regularmente y prescrito en la dosis máxima. Considere aumentar la dosis. Si con la prescripción de la dosis máxima, los síntomas persisten durante 4 – 6 semanas, considere cambiar a otro tratamiento (es decir, tratamiento psicológico): » INT, diferente clase de antidepresivos
- » **DEP 3.5:** Cambie de un antidepresivo a otro con precaución, es decir: suspenda el primer medicamento; deje pasar unos días, si es clínicamente posible; inicie el segundo medicamento. Si cambia de fluoxetina a ATC, el espacio de tiempo debe ser mayor, por ejemplo, una semana.
- » Si **no responde** al ensayo adecuado de dos medicamentos antidepresivos o si no responde a un solo ensayo adecuado de antidepresivos y a un curso de terapia cognitiva conductual (TCC) o psicoterapia interpersonal (TIP): **CONSULTE A UN ESPECIALISTA** 🚑

3.4 Terminación de la medicación antidepresiva

- » Considere **suspender** la medicación antidepresiva cuando la persona (a) no tiene síntomas o tiene síntomas mínimos de depresión durante 9 – 12 meses y (b) ha podido realizar actividades de rutina durante ese período de tiempo.
- » **Termine el contacto** de la siguiente manera:
 - Converse de antemano con la persona sobre la finalización del tratamiento.

- Para los ATC y la mayoría de los ISRS (pero más rápido para la fluoxetina): reduzca gradualmente las dosis durante por lo menos un período de 4 semanas; algunas personas podrán requerir un período más prolongado.
- Recuerde a la persona sobre la posibilidad de presentar síntomas de discontinuación /abstinencia por la suspensión o reducción de la dosis, y que estos síntomas generalmente son leves y auto limitados pero que ocasionalmente pueden ser graves, especialmente si el medicamento se suspende abruptamente.
- Informe acerca de los síntomas tempranos de recaída (por ejemplo, alteración del sueño o del apetito durante más de 3 días) y cuándo debe acudir para seguimiento de rutina.
- Repita mensajes de psicoeducación, según corresponda. » DEP 2.1

- » **Monitoree y maneje los síntomas de abstinencia de los antidepresivos** (comunes: mareo, hormigueo, ansiedad, irritabilidad, fatiga, dolor de cabeza, náuseas, problemas de sueño)
 - Síntomas leves de abstinencia: tranquilice a la persona y monitoree los síntomas.
 - Síntomas graves de abstinencia: vuelva a introducir el antidepresivo en la dosis efectiva y reduzca de forma más gradual.
 - **CONSULTE A UN ESPECIALISTA** 🚑 si persisten síntomas significativos de discontinuación /abstinencia.
- » **Monitoree los síntomas de depresión re-emergente** durante la abstinencia del antidepresivo: prescriba el mismo antidepresivo a la dosis efectiva previa durante 12 meses adicionales, si los síntomas vuelven a aparecer.

Detalles de la Intervención

Esta información es solo para referencia rápida y no tiene el propósito de ser una guía exhaustiva de los medicamentos, sus dosis y efectos secundarios. Se pueden encontrar detalles adicionales en: "Tratamiento farmacológico de los trastornos mentales en la atención primaria de la salud" (OMS-OPS, 2010) (http://www.who.int/mental_health/management/psychotropic_book_spanish.pdf)

3.5 Información sobre ISRS y ATC

Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina (ISRS; por ejemplo, fluoxetina)

Efectos secundarios graves (Son inusuales)

- Apatía marcada/prolongada (impulso inefable 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 comunes

(La mayoría de los efectos secundarios disminuyen después de algunos días; ninguno es permanente)

- Inquietud, nerviosismo, insomnio, anorexia y molestias gastrointestinales, dolor de cabeza, disfunción sexual.

Precauciones

- Riesgo de provocar manía en personas con trastorno bipolar.

Tiempo para responder después del inicio de la dosis adecuada

- 4 – 6 semanas.

Dosis de fluoxetina para adultos sanos

- Inicie el tratamiento con 20 mg diarios (para reducir el riesgo de efectos secundarios que afecten la adherencia, se puede empezar con 10 mg (por ejemplo, medio comprimido) una vez al día y aumentar a 20 mg si el medicamento es tolerado).
- Si no responde en 4 – 6 semanas o responde parcialmente en 6 semanas, aumente la dosis en 20 mg (dosis máxima de 60 mg) de acuerdo con la tolerancia y la respuesta a los síntomas.

Dosis de fluoxetina para adolescentes

- Inicie el tratamiento con 10 mg (por ejemplo, medio comprimido) una vez al día y aumente a 20 mg después de 1 – 2 semanas (dosis máxima de 20 mg).
- Si no responde en 6 – 12 semanas o responde parcialmente en 12 semanas, consulte a un especialista.

Dosis de fluoxetina para personas mayores o con enfermedades médicas

- Inicie el tratamiento con comprimidos de 10 mg (si están disponibles) una vez al día o 20 mg día por medio durante 1 – 2 semanas y luego aumente a 20 mg si lo tolera.
- Si no responde en 6 – 12 semanas o responde parcialmente en 12 semanas, aumente la dosis gradualmente (dosis máxima de 60 mg). Aumente la dosis de forma más gradual que en adultos sanos.

Antidepresivos tricíclicos (ATC; por ejemplo, amitriptilina)

Efectos secundarios graves (Son inusuales)

- Arritmia cardíaca

Efectos secundarios comunes

(La mayoría de los efectos secundarios disminuyen después de algunos días; ninguno es permanente)

- Hipotensión ortostática (riesgo de caída), boca seca, estreñimiento, dificultad para orinar, mareo, visión borrosa y sedación.

Precauciones

- Riesgo de pasar a manía, especialmente en personas con trastorno bipolar.
- Alteración de la capacidad para realizar ciertas tareas que requieran destreza (por ejemplo, conducir un automóvil) – tome las precauciones necesarias 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.

Tiempo para responder después del inicio de la dosis adecuada

- 4 – 6 semanas (los síntomas de dolor y sueño tienden a mejorar en unos días).

Dosis de amitriptilina para adultos sanos

- Inicie el tratamiento con 50 mg a la hora de dormir.
- Aumente en 25 a 50 mg cada 1 – 2 semanas, intentando alcanzar 100 – 150 mg en 4 – 6 semanas dependiendo de la respuesta y tolerancia.
- Si no responde en 4 – 6 semanas o responde parcialmente en 6 semanas, aumente la dosis gradualmente (dosis máxima de 200 mg), en dosis separadas (a una sola dosis en la noche).

Dosis de amitriptilina para adolescentes

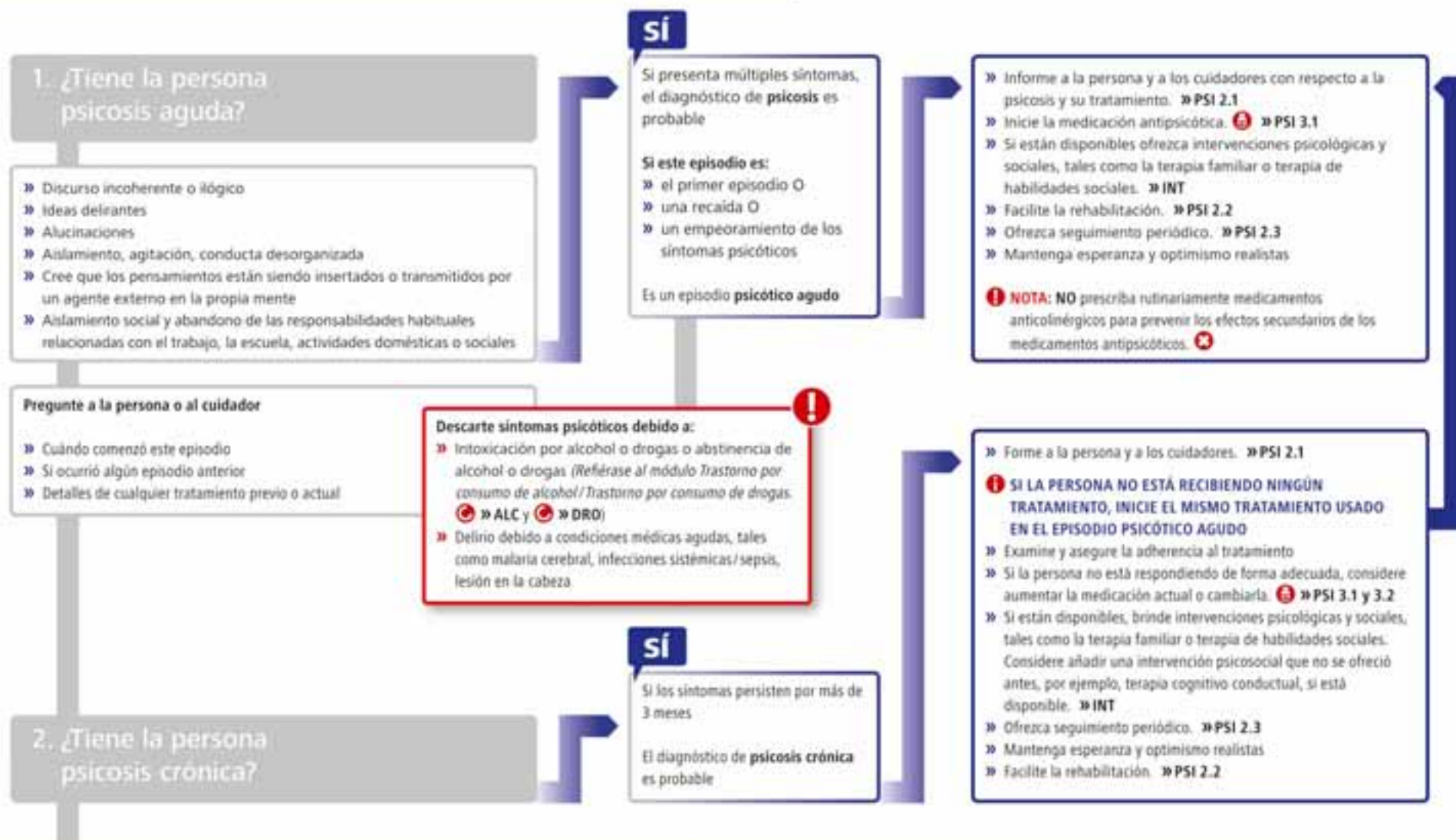
- **NO** prescriba amitriptilina para adolescentes. 

Dosis de amitriptilina para personas mayores o con otras enfermedades médicas

- Inicie el tratamiento con 25 mg a la hora de dormir.
- Aumente 25 mg cada semana, intentando alcanzar una dosis de 50 – 75 mg en 4 – 6 semanas.
- Si no responde en 6 – 12 semanas o responde parcialmente en 12 semanas, aumente la dosis gradualmente (dosis máxima de 100 mg) en dosis separadas.
- Monitoree para descartar la presencia de hipotensión ortostática.

La psicosis está caracterizada por distorsiones del pensamiento y de la percepción, así como también por un conjunto de emociones inapropiadas o limitadas. Puede presentar lenguaje incoherente o ilógico. También se pueden presentar alucinaciones (escuchar voces o ver cosas que no existen), estado delirante (creencias fijas, falsas e idiosincrásicas) o recelo excesivo e injustificado. Se pueden observar anormalidades graves de conducta, tales como conducta desorganizada, agitación, excitación e inactividad o actividad excesiva. También se pueden detectar alteraciones de las emociones, tales como apatía pronunciada o incoherencia entre la emoción expresada y el afecto observado (por ejemplo, entre las expresiones faciales y el lenguaje corporal). Las personas con psicosis tienen un alto riesgo de exposición a violaciones de los derechos humanos.

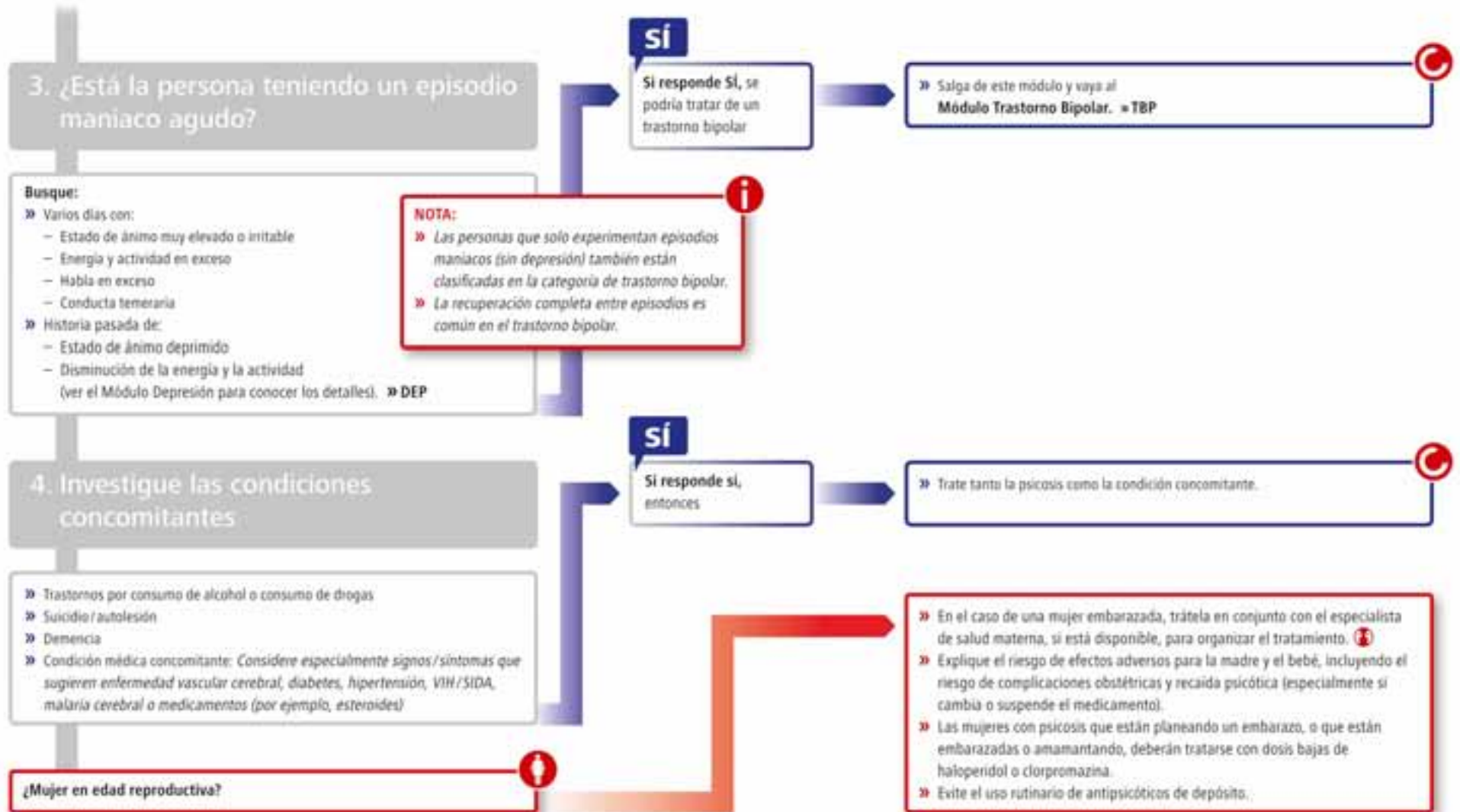
Guía de Evaluación y Manejo



Psicosis

PSI 1

Guía de Evaluación y Manejo



Detalles de la Intervención

Intervenciones Psicosociales

2.1 Psicoeducación

» Mensajes para la persona con psicosis

- la capacidad de recuperación de la persona;
- la importancia de continuar las actividades sociales, educativas y ocupacionales usuales, en la medida de lo posible;
- el sufrimiento y los problemas se pueden mitigar con el tratamiento;
- la importancia de tomar los medicamentos con regularidad;
- el derecho de la persona a ser tomada en cuenta para todas las decisiones que tienen que ver con su tratamiento;
- la importancia de permanecer saludable (por ejemplo, dieta saludable, permanecer físicamente activo, mantener la higiene personal).

» Mensajes adicionales para los familiares de las personas con psicosis

- La persona con psicosis puede oír voces o puede creer firmemente cosas que no son ciertas.
- La persona con psicosis a menudo no acepta que está enferma y algunas veces puede ser hostil.
- Se debe enfatizar la importancia de reconocer recaídas/ empeoramiento de los síntomas y de volver a la reevaluación.
- Se debe recalcar la importancia de incluir a la persona en actividades familiares y en otras actividades sociales.
- Los familiares deben evitar expresar críticas constantes o severas u hostilidad hacia la persona con psicosis.
- Las personas con psicosis a menudo son discriminadas, sin embargo, deben disfrutar de los mismos derechos que todas las demás personas.
- Una persona con psicosis puede tener dificultad para recuperarse o para desenvolverse en ambientes de vida diaria o de trabajo estresantes.

- Es mejor que la persona tenga un empleo o, bien, que se mantenga significativamente ocupada.
- En general, es mejor que la persona viva con familiares o miembros de la comunidad en un ambiente comprensivo fuera de los entornos hospitalarios. Se deben evitar períodos prolongados de hospitalización.

2.2 Facilitar la rehabilitación en la comunidad

Involucra activamente a las personas con psicosis y a sus cuidadores en el diseño, implementación y evaluación de estas intervenciones.

- » Coordine las intervenciones con el personal de salud y con los colegas que trabajan en los servicios sociales, incluyendo las organizaciones de servicios a discapacitados.
- » Facilite el enlace con los recursos sanitarios y sociales disponibles para satisfacer las necesidades físicas, sociales y de salud mental de la familia.
- » Motive activamente a la persona a reiniciar actividades sociales, educativas y ocupacionales, según corresponda, e informe a los familiares sobre ello. Facilite la inclusión de la persona en actividades económicas y sociales, incluyendo el empleo con apoyo social y culturalmente apropiado. Las personas con psicosis son con frecuencia discriminadas, de modo que es importante superar los prejuicios internos y externos y esforzarse por lograr la mejor calidad de vida posible. Trabaje con las instituciones

locales para explorar las oportunidades de empleo o educativas, sobre la base de las necesidades y el nivel de habilidad de la persona.

- » Si es necesario y están disponibles, explore las oportunidades de vivienda asistida/residencia de apoyo. Al recomendar y facilitar los arreglos óptimos de vivienda, considere detenidamente la capacidad funcional de la persona y la necesidad de apoyo, teniendo en cuenta los derechos humanos de la misma.

2.3 Seguimiento

- » Las personas con psicosis requieren de constante seguimiento.
- » El seguimiento inicial debe ser lo más frecuente posible, incluso diariamente, hasta que los síntomas agudos comiencen a responder al tratamiento. Una vez que los síntomas hayan respondido, se recomienda un seguimiento mensual o trimestral basado en la necesidad clínica y los factores de viabilidad, tales como la disponibilidad de personal, la distancia desde la clínica, etc.
- » Mantenga esperanza y optimismo realistas durante el tratamiento.
- » En cada sesión de seguimiento, evalúe los síntomas, efectos secundarios de los medicamentos y la adherencia al tratamiento. Es frecuente la falta de adherencia al tratamiento y la participación de los cuidadores durante dichos períodos es fundamental.
- » Evalúe y trate las condiciones médicas simultáneas.
- » En cada sesión de seguimiento, evalúe la necesidad de realizar intervenciones psicosociales.

Psicosis



PSI 3

Detalles de la Intervención



Intervenciones Farmacológicas

3.1 Iniciar medicamentos antipsicóticos

- » Para obtener un rápido control de los síntomas psicóticos agudos, los profesionales de atención de la salud deben comenzar a suministrar los medicamentos antipsicóticos inmediatamente después de la evaluación. Considere el tratamiento intramuscular agudo solamente si el tratamiento oral no es posible. No prescriba inyecciones de depósito/largo plazo para un control rápido de los síntomas psicóticos agudos.
- » Prescriba un medicamento antipsicótico a la vez.
- » "Comience con dosis bajas y aumentelas lentamente". Con el fin de reducir el riesgo de efectos secundarios, comience con una dosis baja dentro del rango terapéutico (refiérase a la tabla de medicamentos antipsicóticos para conocer los detalles) y aumente lentamente hasta llegar a la dosis efectiva más baja.
- » Procure suministrar el medicamento a una dosis óptima por lo menos durante 4 – 6 semanas antes de considerarla inefectiva.
- » A las personas con trastorno psicótico se les debe ofrecer rutinariamente haloperidol o clorpromazina por vía oral.

Tabla: Medicamentos antipsicóticos

Medicación:	Haloperidol	Clorpromazina	Flufenazina de depósito/de acción prolongada
Dosis inicial:	1.5–3 mg	75 mg	12.5 mg
Dosis efectiva terapéutica (mg):	3–20 mg/día	75–300 mg/día*	12.5–100 mg cada 2–5 semanas
Vía de administración:	oral/intramuscular (para la psicosis aguda)	oral	inyección intramuscular profunda en la región del glúteo
Efectos secundarios significativos:			
Sedación:	+	+++	+
Dificultad urinaria	+	++	+
Hipotensión ortostática:	+	+++	+
Efectos secundarios extrapiramidales:**	+++	+	+++
Síndrome neuroléptico maligno:***	raro	raro	raro
Disquinesia tardía:****	+	+	+
Cambios en el ECG:	+	+	+
Contraindicaciones:	alteración de la conciencia, depresión de la médula ósea, feocromocitoma, porfiria, enfermedad de ganglios basales	Alteración de la conciencia, depresión de la médula ósea, feocromocitoma	niños, alteración de la conciencia, parkinsonismo, arterosclerosis cerebral pronunciada

Esta información es solo para referencia rápida y no tiene el propósito de ser una guía exhaustiva de los medicamentos, sus dosis y efectos secundarios. Se pueden encontrar detalles adicionales en: "Tratamiento farmacológico de los trastornos mentales en la atención primaria de la salud" (OMS-CPS, 2018) (http://www.who.int/mental_health/management/psychotropic_book_spanish.pdf)

* En casos graves, se podrá necesitar hasta 1 g.

** Los síntomas extrapiramidales incluyen reacciones distónicas agudas, tics, temblor y rigidez muscular y en rueda dentada.

*** El síndrome neuroléptico maligno es un trastorno raro pero potencialmente fatal, caracterizado por rigidez muscular, temperatura elevada y presión arterial alta.

**** La disquinesia tardía es un efecto secundario prolongado por el uso de medicamentos antipsicóticos, caracterizado por movimientos musculares involuntarios, especialmente de la cara, las manos y el tronco.

Detalles de la Intervención



Intervenciones Farmacológicas

3.2 Monitorear a las personas que reciben medicación antipsicótica

- » Si la respuesta es inadecuada a más de un medicamento antipsicótico usando un medicamento cada vez a una dosis adecuada y en la duración adecuada:
 - Revise el diagnóstico (y cualquier diagnóstico coexistente).
 - Descarte la psicosis inducida por consumo de alcohol o uso de sustancias psicoactivas (aún si se había descartado inicialmente).
 - Asegure la adherencia al tratamiento; considere antipsicóticos inyectables de depósito/de acción prolongada con miras a mejorar la adherencia.
 - Considere aumentar el medicamento actual o cambiar a otro medicamento.
 - Si el costo y la disponibilidad no son una limitación, considere los antipsicóticos de segunda generación (con excepción de la clozapina) como una alternativa al haloperidol o a la clorpromazina.
 - Considere la clozapina para aquellas personas que no han respondido a otros agentes antipsicóticos a dosis adecuadas en la duración adecuada. Los profesionales de atención de la salud no especializados en salud mental podrán considerar la clozapina, preferiblemente bajo la supervisión de profesionales de salud mental. Debido al riesgo de agranulocitosis fatal, la clozapina solo se debe considerar si está disponible el monitoreo rutinario de laboratorio.

- » Si se presentan efectos secundarios extrapiramidales (tales como parkinsonismo o distonía):

- Reduzca la dosis de la medicación antipsicótica.
- Considere cambiar a otro antipsicótico (por ejemplo, cambiar de haloperidol a clorpromazina).
- Si estas estrategias fracasaran o los efectos secundarios fueran agudos, graves o discapacitantes, considere los medicamentos anticolinérgicos para su uso a corto plazo.

Medicamentos anticolinérgicos

Biperideno: si es necesario, se debe iniciar con 1 mg dos veces al día, aumentando hasta llegar a una dosis diaria de 3–12 mg al día, por vía de administración oral o intravenosa. Los efectos secundarios incluyen sedación, confusión y alteración de la memoria, especialmente en los ancianos. Los efectos secundarios raros incluyen glaucoma de ángulo cerrado, miastenia gravis, obstrucción gastrointestinal.

Trihexifenidilo (Benzhexol): Se puede usar como un medicamento alternativo en dosis de 4–12 mg al día. Los efectos secundarios son similares a los del biperideno.

3.3 Suspensión de los medicamentos antipsicóticos

- » Para la psicosis aguda, continúe el tratamiento antipsicótico durante 12 meses después de una remisión completa.
- » Para las personas con psicosis crónica, considere la suspensión del tratamiento si la persona ha estado estable durante varios años, considere el aumento del riesgo de recaída después de la suspensión frente a los posibles efectos secundarios del medicamento, teniendo en cuenta las preferencias del paciente y en consulta con la familia.
- » Si es posible, **CONSULTE A UN ESPECIALISTA**  con respecto a la decisión de suspender la medicación antipsicótica.

Trastorno Bipolar

TBP

El trastorno bipolar se caracteriza por episodios en los cuales el estado de ánimo y los niveles de actividad de la persona están significativamente alterados. Esta alteración consiste, en algunas ocasiones, en una elevación del estado de ánimo y un aumento de la energía y actividad (manía) y en otros casos, una disminución del estado de ánimo y una reducción de la energía y actividad (depresión). Generalmente, la recuperación es completa entre un episodio y otro. Las personas que solo experimentan episodios maníacos también están clasificadas en la categoría de trastorno bipolar.

Trastorno Bipolar

TBP 1

Guía de Evaluación y Manejo

1. ¿Está la persona en un estado maniaco?

Busque:

- » Estado de ánimo elevado, expansivo o irritable
- » Aumento de actividad, inquietud, excitación
- » Habla en exceso
- » Pérdida de la inhibición social normal
- » Menor necesidad de sueño
- » Autoestima elevada
- » Muy distraído
- » Elevada energía sexual o imprudencias de carácter sexual

Pregunte sobre:

- » Duración de los síntomas
- » Si los síntomas interfirieron con las responsabilidades habituales relacionadas con el trabajo, actividades escolares, domésticas o sociales
- » Si ha necesitado ser hospitalizado por esto.

2. ¿Tiene la persona un episodio anterior conocido de manía pero ahora tiene depresión?

(Evalúe de acuerdo con el Módulo Depresión) » DEP

Si

Si la persona tiene:

- » múltiples síntomas
- » que duran por lo menos 1 semana
- » lo suficientemente grave como para interferir significativamente en el trabajo y las actividades sociales o que requiere hospitalización.

La manía es probable.

- » Inicie el tratamiento de la manía aguda con litio, valproato, carbamazepina o con antipsicóticos. » TBP 3.1
- » Considere el uso de benzodiazepina a corto plazo (tal como diazepam) para alteraciones conductuales o agitación. » TBP 3.2
- » **Descontinúe cualquier antidepressivo.** » TBP 3.3
- » Recomiende a la persona que modifique su estilo de vida; proporcione información acerca del trastorno bipolar y su tratamiento. » TBP 2.1
- » Ofrezca seguimiento periódico. » TBP 2.4

Si los síntomas maniacos están relacionados con intoxicación de medicamentos, refiérase al Módulo Trastornos por uso de drogas » DRD

Si

Si responde Sí, entonces el diagnóstico de depresión bipolar es probable

- » Inicie el tratamiento con un estabilizador del estado de ánimo. » TBP 4
- » Considere antidepressivos combinados con **estabilizadores del estado de ánimo** para la depresión moderada-grave de acuerdo con las sugerencias en el Módulo Depresión. » DEP

! Antes de iniciar la medicación antidepressiva, informe a la persona acerca del riesgo de cambiar a episodio maniaco

- » Recomiende a la persona que modifique su estilo de vida; suministre información acerca del trastorno bipolar y su tratamiento. » TBP 2.1
- » Reactive las redes sociales. » TBP 2.2
- » Si están disponibles, considere las intervenciones psicosociales. » INT
- » Continúe con la rehabilitación, incluyendo actividades económicas y educativas apropiadas, usando sistemas formales e informales. » TBP 2.3
- » Ofrezca seguimiento periódico. » TBP 2.4

Trastorno Bipolar

TBP 1

Guía de Evaluación y Manejo

3. Investigue la presencia de condiciones concomitantes

- » Trastornos por consumo de alcohol o drogas
- » Demencia
- » Suicidio/autolesión
- » Enfermedad médica concurrente, especialmente hiper o hipotiroidismo, enfermedad renal o cardiovascular

Si

Si responde Sí

» Maneje tanto el trastorno bipolar **como** la condición concomitante.



4. ¿La persona no está actualmente maniaca ni deprimida, pero tiene una historia de manía?

Si

Es muy probable que esta persona tenga un trastorno bipolar y actualmente esté entre episodios.

Se necesita prevención de recaída si la persona ha tenido:

- » dos o más episodios agudos (por ejemplo, dos episodios de manía o un episodio de manía y un episodio de depresión)
- O
- » un solo episodio maniaco que implica riesgo y consecuencias adversas significativas

- » Si la persona no está bajo tratamiento con un estabilizador del estado de ánimo, entonces inicie uno. **TBP4**
- » Recomende a la persona que modifique su estilo de vida; suministre información acerca del trastorno bipolar y su tratamiento. **TBP 2.1**
- » Reactive las redes sociales. **BPD 2.2**
- » Continúe con la rehabilitación, incluyendo actividades económicas y educativas apropiadas, usando sistemas formales e informales. **TBP 2.3**
- » Ofrezca seguimiento periódico; monitoree los efectos secundarios y la adherencia al tratamiento. **TBP 2.4**

5. ¿Está la persona en un grupo especial?



Trastorno Bipolar

Detalles de la Intervención



TBP 2

Intervenciones Psicosociales

2.1 Psicoeducación

Mensajes para las personas con trastorno bipolar (que actualmente no están en un estado maniaco agudo) y para los familiares de las personas con trastorno bipolar.

- » **Explicación:** el trastorno bipolar es una condición de salud mental que tiende a producir estados de ánimo extremos, que pueden variar desde sentirse muy deprimidos y fatigados hasta sentirse con mucha energía, irritados y excesivamente excitados.
- » Se tiene que establecer algún **método para monitorear el estado de ánimo**, tal como mantener un registro diario del estado de ánimo en el cual se registran la irritabilidad, el enojo o la euforia.
- » Es importante mantener un **ciclo de sueño regular** (es decir, acostarse a dormir a la misma hora todas las noches, tratar de dormir la misma cantidad de horas que antes de la enfermedad, evitar dormir mucho menos que lo usual).
- » **Se necesita prevenir las recaídas**, reconociendo cuando reaparecen los síntomas, por ejemplo, dormir menos, gastar más dinero o sentirse mucho más energético que lo usual, y reiniciando el tratamiento cuando aparecen estos síntomas.
- » Una persona en estado maniaco **carece de conciencia de la enfermedad** y puede incluso disfrutar de la euforia y del aumento de la energía, de manera que los cuidadores deben participar en la prevención de recaídas.
- » Se debe evitar el **alcohol y otras sustancias psicoactivas**.
- » Teniendo en cuenta que los **cambios en el estilo de vida** deben continuar mientras sean necesarios, posiblemente de forma indefinida, los mismos se deben planear y elaborar para que sean sostenibles.

- » Se debe motivar a la persona a que **busque apoyo** después de acontecimientos significativos en la vida (por ejemplo, duelo) y para que hable con la familia y amigos.
- » Se necesitan mejorar las **estrategias generales de afrontamiento**, tales como planear un programa regular de trabajo o escolar que evite la privación del sueño, mejorar los sistemas de apoyo social, discutir y solicitar consejo sobre decisiones importantes (especialmente las que involucran dinero o compromisos mayores).
- » Se deben considerar las **necesidades físicas, sociales y de salud mental de la familia**.
- » **Establecer buenas relaciones:** la confianza mutua entre la persona y el personal de atención de salud es esencial para una persona con trastorno bipolar, ya que una alianza terapéutica positiva puede mejorar los resultados a largo plazo, especialmente al mejorar la adherencia al tratamiento.

2.2 Restablecer las redes sociales

- » Identifique las actividades sociales previas de la persona que, si se reinician, tendrían el potencial de ofrecer apoyo psicosocial directo o indirecto (por ejemplo, reuniones familiares, salidas con amigos, visitas a los vecinos, actividades sociales en los sitios de trabajo, deportes, actividades comunitarias).
- » Motive activamente a la persona a reiniciar estas actividades sociales e informe a los familiares sobre esto.

2.3 Rehabilitación

- » Facilite las oportunidades para que las personas y sus cuidadores sean incluidos en actividades económicas, educativas y culturales que sean adecuadas a su entorno cultural, usando los sistemas formales e informales disponibles.
- » Considere el empleo con apoyo para aquellas personas que tienen dificultad en obtener o conservar el empleo normal.

2.4 Seguimiento

- » **Se requiere seguimiento periódico.** El índice de la recaída es alto y aquellas personas en un estado maniaco a menudo no son capaces de ver la necesidad del tratamiento, de manera que la falta de adherencia al tratamiento es frecuente y la participación de los cuidadores es fundamental durante dichos periodos.
- » En cada consulta de seguimiento, evalúe los síntomas, efectos secundarios de los medicamentos, la adherencia al tratamiento y la necesidad de intervenciones psicosociales.
- » Una persona con manía debe regresar a recibir evaluación con la frecuencia necesaria. La evaluación debe ser más frecuente hasta que termine el episodio maniaco.
- » Suministre información a la persona y sus cuidadores acerca de la enfermedad y del tratamiento, especialmente en relación con los signos y síntomas de manía, la importancia de la adherencia regular al medicamento, aún en ausencia de síntomas, y la dificultad característica que puede algunas veces tener la persona en entender la necesidad del tratamiento. Si una persona no tiene un cuidador o por lo menos una persona que la examine periódicamente, promueva que se seleccione a alguien del entorno de la persona, idealmente alguien de su red de amigos y familiares.

Detalles de la Intervención



Tratamiento de la manía aguda

3.1 Litio, valproato, carbamazepina o antipsicóticos

Considere el litio, valproato, carbamazepina o antipsicóticos para el tratamiento de la manía aguda. El litio solo se puede considerar si se encuentra disponible el monitoreo clínico y de laboratorio. Si los síntomas son graves, considere el uso de un antipsicótico, debido a que el inicio de la efectividad es más rápido que con los estabilizadores del estado de ánimo.

Para obtener detalles en relación con la dosis, monitoreo, efectos secundarios, etc., refiérase a la sección sobre estabilizadores del estado de ánimo en el tratamiento de mantenimiento de los trastornos bipolares y la tabla sobre estabilizadores del estado de ánimo. » TBP 4

Para obtener detalles sobre el uso de antipsicóticos, refiérase al Módulo Psicosis, intervenciones farmacológicas. » PSI 3

3.2 Benzodiazepinas

La persona en un estado maniaco que está experimentando agitación se puede beneficiar del uso a corto plazo de una benzodiazepina, tal como el diazepam.

Las benzodiazepinas se deben discontinuar gradualmente tan pronto como mejoren los síntomas, ya que se puede desarrollar tolerancia.

3.3 Antidepresivos

Si un episodio maniaco se presenta en una persona que está en tratamiento con antidepresivos, suspenda los antidepresivos lo más pronto posible, abruptamente o gradualmente, considerando el riesgo de los síntomas de discontinuación frente al riesgo de que el antidepresivo empeore el estado maniaco (refiérase al Módulo Depresión, intervenciones farmacológicas, » DEP).

Las personas con trastorno bipolar no deben recibir solo antidepresivos debido al riesgo de que induzcan manía, particularmente con antidepresivos tricíclicos. Los antidepresivos tienen menos probabilidad de inducir manía cuando se prescriben conjunto con litio, terapia antipsicótica o valproato.

3.4 Monitoreo

El tratamiento se debe monitorear periódicamente y su efecto se debe evaluar después de 3 y 6 semanas.

Si la persona no ha mejorado después de 6 semanas, considere cambiar a un medicamento que no ha sido utilizado, o añadir otro medicamento en combinación con la terapia, por ejemplo, un antipsicótico además de un estabilizador del estado de ánimo. Si la terapia combinada demuestra no ser efectiva, **CONSULTE A UN ESPECIALISTA**. »

Trastorno Bipolar

Detalles de la Intervención



TBP 4



Tratamiento de mantenimiento de los trastornos bipolares

Selección de un estabilizador del estado de ánimo (litio, valproato, carbamazepina)

4.1 Litio

- » Considere el litio solamente si hay monitoreo clínico y de laboratorio disponible.
- » La monoterapia de litio es efectiva contra la recaída de la manía y de la depresión, aunque es más efectiva como un agente antimaniaco.
- » Antes de iniciar la terapia de litio, obtenga pruebas de la función renal, pruebas de la función tiroidea, hemograma completo, electrocardiograma y una prueba de embarazo, si es posible.

NOTA: El tratamiento con litio requiere un estrecho control del nivel en suero, ya que el medicamento tiene un rango terapéutico limitado. Además, se debe examinar la función tiroidea cada 6–12 meses. Si no se dispusiera de exámenes de laboratorio o no fueran factibles, se debe evitar el litio. El cumplimiento errático o la suspensión repentina del tratamiento con litio puede aumentar el riesgo de recaída. No prescriba litio si el suministro de litio puede verse interrumpido con frecuencia.

- » Comience con una dosis baja (300 mg por la noche), aumentando gradualmente mientras monitorea la concentración en sangre cada 7 días hasta que sea de 0.6–1.0 Eq/litro. Una vez que se logren los niveles terapéuticos en sangre, analice los niveles en sangre cada 2–3 meses.

- » Necesita por lo menos 6 meses para determinar la efectividad completa del litio como tratamiento de mantenimiento en el trastorno bipolar.
- » Aconseje a la persona que mantenga una buena ingesta de líquidos, especialmente después de sudar, o si va a permanecer inmóvil durante periodos prolongados o si tiene fiebre.
- » Obtenga atención médica si la persona presenta diarrea o vómitos.
- » Una persona en tratamiento con litio debe evitar los medicamentos antiinflamatorios no esteroides que se despachan sin receta médica.
- » Si se presenta una alteración metabólica o respiratoria grave, considere suspender el tratamiento con litio hasta por 7 días.

4.2 Valproato

- » Antes de comenzar el tratamiento con valproato, obtenga una historia de las enfermedades cardiovasculares, renales o hepáticas.
- » Comience con una dosis baja (500 mg/día), aumentando (según sea tolerada) a la dosis deseada.
- » Monitoree estrechamente para conocer la respuesta, los efectos secundarios y la adherencia al tratamiento.
- » Explique los signos y síntomas de trastornos sanguíneos y hepáticos, y recomiende a la persona buscar ayuda inmediata si se presentan.
- » Reduzca la dosis del medicamento, si los efectos secundarios son intolerables y persisten. Si la reducción de la dosis no ayuda, considere cambiar a otro agente antimaniaco.

4.3 Carbamazepina

- » Si el litio y el valproato no son efectivos o no son bien tolerados, o si la terapia con uno de estos medicamentos no es posible, considere la carbamazepina.
- » Antes y durante la terapia de carbamazepina, obtenga una historia de las enfermedades cardiovasculares, renales o hepáticas.
- » Comience con una dosis baja (200 mg/día a la hora de dormir) y aumente lentamente hasta lograr una dosis entre 600 y 1000 mg/día.
- » Los profesionales de atención de la salud deben considerar que puede ser necesario ajustar la dosis después de 2 semanas, debido a inducción de la enzima hepática.
- » Reduzca la dosis del medicamento, si los efectos secundarios son intolerables y persisten. Si la reducción de la dosis no ayuda, considere cambiar a otro agente antimaniaco.

Evite el litio, valproato y carbamazepina en mujeres embarazadas y considere los riesgos y beneficios en mujeres en edad reproductiva.

Si la persona tiene frecuentes recaídas o deterioro funcional continuo, considere cambiar a un estabilizador diferente del estado de ánimo o añadir un segundo estabilizador del estado de ánimo.

CONSULTE A UN ESPECIALISTA.

Trastorno Bipolar



TBP 4

Detalles de la Intervención



Tratamiento de mantenimiento de los trastornos bipolares

4.4 Descontinuación de los estabilizadores del estado de ánimo

- » Si la persona no está actualmente en un estado maniaco o depresivo (trastorno bipolar entre episodios), se debe dar seguimiento cada 3 meses. Continúe el tratamiento y monitoree estrechamente observando si hay recaídas.
- » Continúe el tratamiento de mantenimiento con el estabilizador del estado de ánimo durante por lo menos 2 años después del último episodio bipolar.
- » Sin embargo, si una persona ha tenido episodios graves con síntomas psicóticos o recaídas frecuentes, **CONSULTE A UN ESPECIALISTA** con relación a la decisión de discontinuar la terapia de mantenimiento después de 2 años.
- » Cuando descontinúe los medicamentos, reduzca gradualmente la dosis durante un período de semanas o meses.
- » Si cambia a otro medicamento, comience ese medicamento primero y trate con ambos medicamentos durante 2 semanas antes de disminuir gradualmente el primer medicamento.

Tabla: Estabilizadores del estado de ánimo

Esta tabla es solo para referencia rápida y no tiene el propósito de ser una guía exhaustiva de los medicamentos, sus dosis y efectos secundarios. Se pueden encontrar detalles adicionales en: "Tratamiento farmacológico de los trastornos mentales en la atención primaria de la salud" (OMS-OPS, 2010) (http://www.who.int/mental_health/management/psychotropic_book_spanish.pdf)

Medicación:	Litio	Valproato	Carbamazepina
Dosis inicial (mg):	300	500	200
Dosis efectiva típica (mg):	600–1200	1000–2000	400–600
Vía de administración:	oral	oral	oral
Nivel en sangre deseado:	0.6–1.0 mEq/litro mania: 0.8–1.0 mEq/litro; mantenimiento: 0.6–0.8 mEq/litro. El monitoreo periódico del nivel en suero es fundamental	No se recomienda rutinariamente	No se recomienda rutinariamente
Efectos secundarios significativos:	Alteración en la coordinación, poliuria, polidipsia, problemas cognitivos, arritmias cardíacas, diabetes insípida, hipotiroidismo.	Precaución si hay enfermedad hepática subyacente Pérdida de cabello y, rara vez, pancreatitis.	Diplopia, alteración en la coordinación, erupciones cutáneas, elevaciones de las enzimas hepáticas; Rara vez: Síndrome Stevens-Johnson, anemia aplásica.
Sedación:	++	++	++
Tembor:	++	++	++
Aumento de peso:	++	++	++
Hepatotoxicidad:	-	++	+
Trombocitopenia:	-	+	+
Leucopenia leve asintomática:	-	+	+

Epilepsia / Crisis epiléptica

EPI

La epilepsia es una enfermedad crónica, caracterizada por convulsiones recurrentes no provocadas. Tiene varias causas; puede ser genética o puede presentarse en personas que tienen una historia pasada de trauma al nacer, infecciones cerebrales o lesiones de la cabeza. En algunos casos no se puede identificar una causa específica. Las crisis son causadas por descargas anormales en el cerebro y pueden ser de diferentes formas; las personas con epilepsia pueden tener más de un tipo de crisis. Las dos formas principales de crisis son las convulsivas y las no convulsivas. La epilepsia no convulsiva tiene características tales como alteraciones de la conciencia, de la conducta, de las emociones o de los sentidos, (por ejemplo, del gusto, olfato, visión o audición), de modo similar a los trastornos de salud mental de manera que se pueden confundir con ellos. La epilepsia convulsiva se caracteriza por la contracción muscular repentina que provoca que la persona se caiga y permanezca rígida, seguida de episodios en los que se alterna la relajación y rigidez muscular, con o sin pérdida de control intestinal o urinario. Este tipo de epilepsia está asociado con mayor estigma y mayor morbilidad y mortalidad. Este módulo solo cubre la epilepsia convulsiva.

Epilepsia/Crisis Epiléptica

EPI 1

Guía de Evaluación y Manejo para Casos de Emergencia



¡LA EVALUACIÓN Y EL MANEJO EN CASOS DE EMERGENCIA DEBEN REALIZARSE SIMULTÁNEAMENTE!

1. ¿Está la persona convulsionando o inconsciente?

Mida:

- Presión arterial, temperatura y ritmo respiratorio

Busque:

- Señales de traumatismo grave en la cabeza y columna vertebral
- Pupilas: ¿dilatadas o diminutas? ¿no están iguales? ¿no reaccionan a la luz?
- Señales de meningitis
- Déficit focal

Pregunte sobre:

- Si está inconsciente, pregunte a la persona acompañante: ¿Ha habido convulsiones recientes?
- Duración de la alteración de conciencia / convulsión
- Número de convulsiones
- Historia de traumatismo de la cabeza o cuello
- Otros problemas médicos, medicamentos o venenos (por ejemplo, envenenamiento con organofosforados), uso de sustancias (tales como intoxicación con estimulantes, benzodiazepina o abstinencia del alcohol) ➤ ALC y ➤ DRQ
- Historia de epilepsia.

Si

En todos los casos

- Examine la vía respiratoria, respiración y circulación
- Proteja a la persona contra lesiones: asegúrese que esté en un lugar seguro lejos del fuego u otras cosas que puedan lesionarla
- NO deje a la persona sola. Obtenga ayuda si es posible. ✖
- Coloque a la persona sobre su costado para prevenir la broncoaspiración.
- NO le coloque nada en la boca. ✖

Si

Si está convulsionando

- Coloque una vía intravenosa (i.v.) y administre líquidos lentamente (30 gotas/minuto).
- Administre glucosa i.v. (50 ml de glucosa al 50 % para adultos; 2–5 ml/kg de glucosa al 10 % para niños).
- Administre diazepam i.v. 10 mg lentamente (niños: 1 mg/año de edad) o lorazepam i.v. 4 mg (0.1 mg/kg), si está disponible.
- Si la vía i.v. es difícil de iniciar, administre diazepam en forma rectal (la misma dosis que la anterior)
- NO administre diazepam intramuscular (i.m.) ✖
- Si la convulsión no se detiene en 10 minutos después de la primera dosis de diazepam, administre la segunda dosis de diazepam o lorazepam (igual que la primera dosis) y ➤ REFIERA A LA PERSONA URGENTEMENTE AL HOSPITAL.
- NO administre más de dos dosis de diazepam. ✖

Descarte embarazo

Si está en la segunda mitad del embarazo o hasta 1 semana después del parto

Y no tiene historia pasada de epilepsia.

sospeche eclampsia

- Administre sulfato de magnesio Administre 5 g (10 ml de solución al 50 %) i.m. profundo en el cuadrante de la parte superior externa de cada glúteo con 1 ml de lidocaína al 2 % en la misma jeringuilla.
- Si la presión arterial diastólica es > 110 mmHg: Administre lentamente hidralazina de 5 mg i.v. (3–4 minutos). Si la vía i.v. no es posible, administre vía i.m. Si la presión arterial diastólica sigue siendo > 90 mmHg, repita la dosis a intervalos de 30 minutos hasta que la presión arterial diastólica esté alrededor de 90 mmHg. No administre más de 20 mg en total.
- REFIERA A LA PERSONA URGENTEMENTE AL HOSPITAL para el manejo de la atención durante el embarazo, nacimiento y después del parto.

Si

Si tiene lesión de la cabeza o cuello, o sospecha de neuroinfección

- Maneje las convulsiones según se indicó anteriormente.
- REFIERA A LA PERSONA URGENTEMENTE AL HOSPITAL
- Lesión de la cabeza o cuello: NO mueva el cuello debido a posible lesión del plexo cervical. ✖ No gire horizontalmente a la persona al moverla.
- Neuroinfección: Maneje la infección de acuerdo con las directrices locales.

Epilepsia / Crisis Epiléptica

EPI 1

Guía de Evaluación y Manejo » para Casos de Emergencia



2. ¿Aún continúan las convulsiones?

Si las convulsiones

- » duran por más de 30 minutos **O**
- » si ocurren con **tanta frecuencia** que la persona no recupera la conciencia entre una convulsión y otra **O**
- » no está respondiendo a dos dosis de diazepam

SOSPECHE ESTATUS EPILEPTICUS



+ REFIERA A LA PERSONA URGENTEMENTE AL HOSPITAL y que se trate en el hospital

- » Examine la vía respiratoria, respiración y circulación
- » Administre oxígeno
- » Verifique la necesidad de intubación / ventilación cuando se están administrando múltiples dosis de distintos medicamentos.
- » Coloque a la persona sobre su costado para prevenir la broncoaspiración.
- » **NO** le coloque nada en la boca durante una convulsión. **+**

Administre:

- » Fenobarbital 10 – 15 mg/kg, i.v. (para pasar a 100 mg/minuto).
- O**
- » Fenitoína 15 – 18 mg/kg, i.v. (a través de una vía diferente al diazepam) durante 60 minutos. Es fundamental tener una vía i.v. muy buena, ya que el medicamento es muy cáustico y causará daño local significativo si se extravasa.

LA EVALUACIÓN Y MANEJO EN CASOS DE EMERGENCIA DEBE REALIZARSE SIMULTÁNEAMENTE



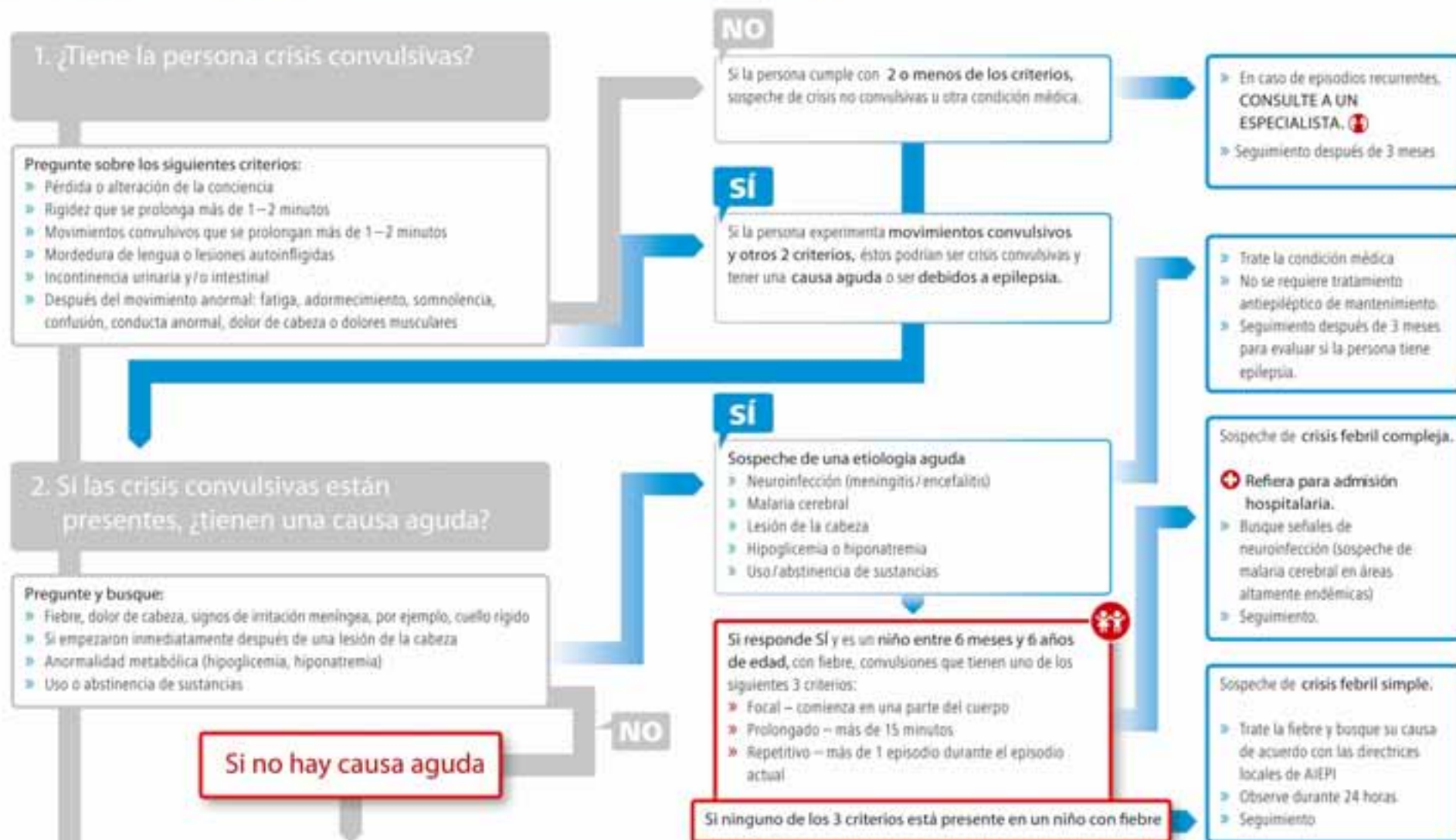
Si los ataques continúan:

- » Administre el otro medicamento (si está disponible) **O** fenitoína adicional de 10 mg/kg i.v. (a través de diferentes vías para diazepam) durante 30 minutos.
- » Monitoree a la persona para comprobar si hay depresión respiratoria.

Epilepsia/Crisis Epiléptica

EPI 1

Guía de Evaluación y Manejo



Epilepsia / Crisis Epiléptica

Guía de Evaluación y Manejo

EPI 1

Si no hay causa aguda

3. ¿Ha tenido la persona por lo menos 2 crisis convulsivas en el último año en 2 días diferentes?

Pregunte sobre:

- » Gravedad:
 - ¿Con cuánta frecuencia ocurren?
 - ¿Cuántas tuvo en el último año?
 - ¿Cuándo fue el último episodio?
- » Posible etiología de la epilepsia (cualquier historia de asfixia o trauma al nacer, lesión de la cabeza, infección del cerebro, historia familiar de crisis convulsivas)

NO

Si no hay una causa definida y la persona tuvo una sola crisis convulsiva

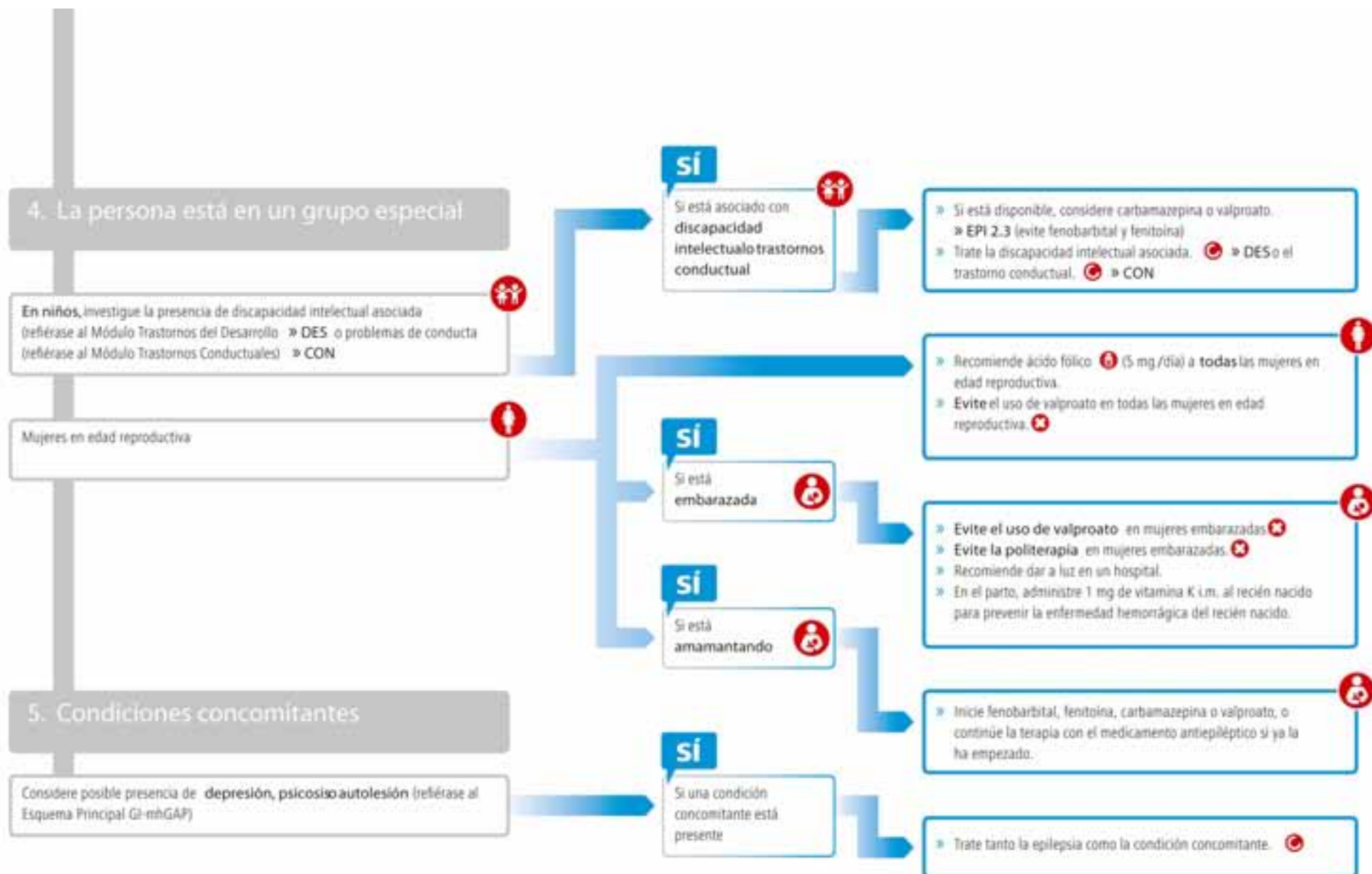
No es epilepsia

- » No se requiere el mantenimiento con medicamentos antiepilépticos
- » Seguimiento después de 3 meses. Si hay movimientos anormales adicionales que sugieran una crisis convulsiva, evalúe por posible epilepsia

SÍ

Si responde SÍ, considere epilepsia

- » Inicie el medicamento antiepiléptico. **EPI 2.1**; ya sea fenobarbital, fenitoína, carbamazepina o valproato. **EPI 2.3**
- » Informe acerca de la enfermedad, el estilo de vida y asuntos de seguridad, y la importancia de la adherencia al tratamiento y seguimiento periódico. **EPI 3.1**
- » Realice seguimiento periódico. **EPI 2.2**



Epilepsia / Crisis Epiléptica



EPI 2

Detalles de la Intervención

Tratamiento y Consejo Farmacológico

2.1 Inicie la Terapia con Medicamento Antiepiléptico

La inmensa mayoría de las crisis convulsivas se pueden controlar (detener o reducir significativamente) mediante el uso de medicamentos antiepilépticos.

- » Prescriba fenobarbital, fenitoina, carbamazepina o valproato, basado en la disponibilidad específica del país.
- » Inicie el tratamiento usando un solo medicamento antiepiléptico.
- » Inicie el tratamiento con la dosis más baja y aumente lentamente hasta obtener el control completo de la crisis convulsiva.
- » La finalidad del tratamiento es lograr la dosis de mantenimiento más baja que proporcione control completo de la crisis convulsiva.
- » Háblele a la persona y a la familia sobre:
 - el lapso en el inicio del efecto y duración del tratamiento;
 - los posibles efectos secundarios y el riesgo de estos síntomas; la obtención de ayuda inmediata si los mismos producen malestar;
 - el riesgo de los síntomas de discontinuación abrupta / abstinencia en dosis no recibidas;
 - la necesidad de seguimiento periódico.
- » Pida a la persona y a la familia mantener un diario sencillo de las crisis convulsivas.
- » Para condiciones médicas concomitantes: antes de prescribir un medicamento antiepiléptico, considere la posibilidad de interacción entre medicamento-enfermedad o medicamento-medicamento. Consulte el Formulario Nacional o el Formulario de la OMS.

2.2 Seguimiento

- » Pregunte y busque signos y síntomas de efectos adversos y sobre adherencia al tratamiento.
- » Los efectos adversos pueden ser debidos a altas dosis del medicamento antiepiléptico (tales como somnolencia, nistagmus, diplopia y ataxia) o pudieran ser efectos idiosincrásicos (tales como reacciones alérgicas, depresión de la médula ósea, fallo hepático).
- » Para conocer los detalles individuales de los medicamentos antiepilépticos, refiérase **» EPI 2.3**
- » La dosis correcta del medicamento antiepiléptico es la dosis más baja en la que se logra el control completo de la crisis sin efectos adversos.
- » Si hay efectos adversos determinados por la dosis, disminuya la dosis del medicamento. En caso de reacciones idiosincrásicas, suspenda el medicamento antiepiléptico que está tomando la persona y cambie a cualquiera de los otros medicamentos antiepilépticos.
- » Si a pesar de una buena adherencia al tratamiento, la respuesta no es buena (una reducción menor a 50 % en la frecuencia de las crisis), aumente hasta la dosis máxima tolerada.
- » Si la respuesta sigue siendo deficiente, intente la monoterapia con otro medicamento. Inicie el segundo medicamento y aumente a una dosis adecuada o máxima tolerada y solamente entonces disminuya gradualmente el primer medicamento.
- » Si las crisis convulsivas son muy poco frecuentes y las dosis más altas de los medicamentos producen efectos secundarios, la meta podrá ser estar libre de crisis convulsivas pero no totalmente.

- » Si las crisis convulsivas continúan después de intentar dos monoterapias, revise el diagnóstico (incluyendo comorbilidad), la adherencia al tratamiento y, si es necesario, consulte a un especialista para obtener una evaluación y tratamiento adicionales.
- » Si hay efectos adversos o si la respuesta no es buena, el seguimiento se debe realizar mensualmente.
- » Continúe el seguimiento cada 3 meses, si las crisis están bien controladas.

Cómo y cuándo suspender los medicamentos antiepilépticos

- » No se han presentado convulsiones en los últimos 2 años.
- » Analice la decisión con la persona/cuidador, considerando el riesgo que las convulsiones vuelvan a empezar.
- » En algunos casos de epilepsia, pudiera requerirse la terapia antiepiléptica a largo plazo, por ejemplo, en casos de epilepsia secundaria a traumatismo en la cabeza o infecciones neurológicas, o si las crisis convulsivas fueron difíciles de controlar.
- » Reduzca gradualmente el tratamiento durante 2 meses.

Epilepsia /Crisis Epiléptica



EPI 2

Detalles de la Intervención

2.3 Tratamiento y Consejo Farmacológico

Fenobarbital

- » Solo necesita administrarse una vez al día.
- » Administre a la hora de dormir (reduce la somnolencia durante el día).
- H** Adultos: Inicie con 1 mg /kg / día (tableta de 60 mg) durante 2 semanas. Si la respuesta no es buena, aumente a 2 mg /kg / día (120 mg) durante 2 meses. Si las crisis convulsivas persisten, aumente la dosis a 3 mg /kg / día (180 mg).
- H** Niños: Inicie con 2 mg /kg / día durante 2 semanas. Si la respuesta no es buena, aumente a 3 mg /kg / día durante 2 meses. Si las crisis convulsivas persisten, aumente la dosis a un máximo de 6 mg /kg / día.
- » Se necesita la administración continua durante 14 – 21 días para obtener niveles estables de fenobarbital en la sangre; por lo tanto, la ocurrencia de las crisis convulsivas durante este periodo no debe ser considerada como fallo del tratamiento.
- » Efectos secundarios (determinados por la dosis): somnolencia, letargo e hiperactividad en niños; idiosincrásicos: erupciones cutáneas, depresión de la médula ósea, insuficiencia hepática.

Carbamazepina

- » Administre la medicación dos veces al día.
- » La estabilidad se logra hasta en 8 días.
- » Efectos secundarios: reacciones alérgicas cutáneas (las cuales pueden ser graves); visión borrosa, diplopia (visión doble), ataxia (marcha vacilante) y náuseas; los últimos síntomas mencionados generalmente se ven al inicio del tratamiento o en dosis altas.

Fenitoína

- » En niños **H**, administre dos veces al día; en adultos **H** se puede administrar una vez al día.
- » Pequeños incrementos en la dosis pueden conducir a grandes cambios en la concentración, por lo tanto, los incrementos deben ser de 25 – 30 mg.

- » Relacionados con la dosis: somnolencia, ataxia y lenguaje mal articulado, espasmo motor involuntario y confusión mental, endurecimiento de los rasgos faciales, hiperplasia de la encía e hirsutismo (inusuales); idiosincrásicos: anemia y otras anomalías hematológicas, reacciones de hipersensibilidad, incluyendo erupciones cutáneas, hepatitis.

Valproato sódico

- » Hay diferentes presentaciones a disposición; generalmente se administra 2 ó 3 veces al día.
- » Efectos secundarios: sedación y temblor (determinado por la dosis), pérdida temporal del cabello (vuelve a crecer normalmente en un periodo de 6 meses), aumento de peso corporal, fallo de la función hepática (idiosincrásico).

	Niño		Adolescente /adulto	
	Dosis inicial	Dosis de mantenimiento	Dosis inicial	Dosis de mantenimiento
Carbamazepina	5 mg /kg / día	10 – 30 mg /kg / día	100 – 200 mg / día	400 – 1400 mg / día
Fenobarbital	2 – 3 mg /kg / día	2 – 6 mg /kg / día (máximo 180 mg / día)	60 mg / día	60 – 180 mg / día
Fenitoína	3 – 4 mg /kg / día	3 – 8 mg /kg / día (máximo 300 mg diarios)	150 – 200 mg / día	200 – 400 mg / día
Valproato sódico	15 – 20 mg /kg / día	15 – 30 mg /kg / día	400 mg / día	400 – 2000 mg / día

Epilepsia / Crisis Epiléptica



EPI 3

Detalles de la Intervención

Tratamiento y Consejo psicosocial

3.1 Eduque a las personas que tienen convulsiones/epilepsia y a los cuidadores.

Explique:

- » Qué es una convulsión / epilepsia (por ejemplo, "Una crisis o ataque convulsivo es un problema relacionado con el cerebro. La epilepsia es una enfermedad que involucra crisis recurrentes. La epilepsia no es una enfermedad contagiosa y no es causada por brujería ni por espíritus").
- » La naturaleza de la convulsión de la persona y su posible causa.
- » Que la epilepsia es una condición crónica, pero que las crisis se pueden controlar completamente en el 75 % de las personas, después de lo cual pueden vivir sin medicación por el resto de sus vidas.
- » Diferentes opciones de tratamiento.
- » Razones para ser referidos (cuando aplica).

Precauciones que se deben tomar en casa durante las crisis epilépticas:

- » Acueste a la persona sobre su costado, con su cabeza girada hacia el costado para ayudarla con la respiración y evitar que aspire secreciones y vomite.
- » Asegúrese que la persona está respirando adecuadamente.
- » No trate de restringir a la persona ni de colocarle nada en la boca.
- » Permanezca con la persona hasta que la convulsión termine y la persona se despierte.
- » Algunas veces las personas con epilepsia saben o sienten que les viene la crisis. En ese caso, deben acostarse en algún lugar seguro para protegerse contra las caídas.
- » Recuerde que la epilepsia no es contagiosa, de manera que nadie va a tener una convulsión por haber ayudado.

Conozca sobre asuntos relacionados con el estilo de vida:

- » Las personas con epilepsia pueden llevar una vida normal. Pueden casarse y tener hijos.
- » Los padres nunca deben dejar de enviar a los niños con epilepsia a la escuela.
- » Las personas con epilepsia pueden trabajar en la mayoría de los empleos. Sin embargo, deben evitar ciertos trabajos, tales como trabajar con equipo pesado o cerca de ellos.
- » Las personas con epilepsia deben evitar cocinar en fogatas y nadar solas.
- » Las personas con epilepsia deben evitar el alcohol en exceso y cualquier sustancia psicoactiva, dormir mucho menos que lo usual o ir a lugares donde hay luces muy brillantes.
- » Se debe cumplir con las leyes nacionales relacionadas con el tema de conducir vehículos y la epilepsia.

Trastornos del desarrollo

DES

Trastorno del desarrollo es un término amplio que cubre trastornos tales como la discapacidad intelectual/retraso mental así como los trastornos generalizados del desarrollo, incluyendo el autismo. Generalmente, comienzan en la infancia con una alteración o retraso de las funciones relacionadas con la maduración del sistema nervioso central y tienen un curso constante, a diferencia de las remisiones y recaídas que tienden a caracterizar a muchos otros trastornos mentales. A pesar de que tienen su inicio en la infancia, los trastornos del desarrollo tienden a persistir hasta la edad adulta. Las personas con trastornos del desarrollo son más vulnerables a las enfermedades físicas y a desarrollar otros trastornos prioritarios mencionados en la guía GI-mhGAP y requieren atención adicional por parte de los profesionales de atención de la salud.

Discapacidad intelectual

La discapacidad intelectual está caracterizada por limitaciones en el funcionamiento de múltiples áreas del desarrollo (cognitiva, del lenguaje, motora y social) durante el periodo del desarrollo. Un limitado funcionamiento intelectual disminuye la capacidad para adaptarse a las demandas diarias del entorno social normal. Las pruebas de cociente intelectual (CI) pueden ofrecer una guía acerca de la capacidad de la persona, pero solo se deben usar si las pruebas han sido validadas para ser utilizadas en la población en la que se están aplicando.

Trastornos generalizados del desarrollo incluyendo el autismo

Están caracterizados por una alteración de la conducta social, la comunicación y el lenguaje, y un rango limitado de intereses y actividades que son exclusivas del individuo y que se llevan a cabo en forma repetitiva. Comienzan en los primeros dos años de vida o durante la primera infancia. Usualmente, aunque no siempre, existe cierto grado de discapacidad intelectual. Las conductas antes mencionadas también se observan a menudo en personas con discapacidades intelectuales.

Trastornos del Desarrollo

DES 1

Guía de Evaluación y Manejo

1. ¿Tiene el niño un retraso en el desarrollo?

Evalúe el desarrollo del niño usando indicadores locales de desarrollo o comparando al niño con otros niños de la misma edad en el mismo país.

(Por ejemplo, determine la edad en la cual el niño comenzó a sonreír, a sentarse, a pararse solo, a caminar, a hablar, a entender instrucciones y a comunicarse con otros).

Para niños de más edad observe además cómo se las arreglan con el trabajo escolar o las actividades domésticas diarias.

Busque:

- » Anomalías en la comunicación (por ejemplo, falta del uso del lenguaje social, falta de flexibilidad en el uso del lenguaje)
- » Patrones restringidos, repetitivos (estereotipados) de conducta, intereses y actividades
- » El tiempo, la secuencia y dirección de estas características
- » Pérdida de habilidades previamente adquiridas
- » Historia familiar de trastornos del desarrollo
- » Presencia de deficiencias visuales y auditivas
- » Epilepsia
- » Signos concomitantes de dificultades motoras o parálisis cerebral

SÍ

Si existe un retraso en el desarrollo o las deficiencias mencionadas en la comunicación o la conducta

¿Hay alguna deficiencia nutricional, incluyendo deficiencia de yodo y/o condiciones médicas?

SÍ

» Trate los problemas nutricionales, incluyendo la deficiencia de yodo y las condiciones médicas, usando las directrices de AIEPI.

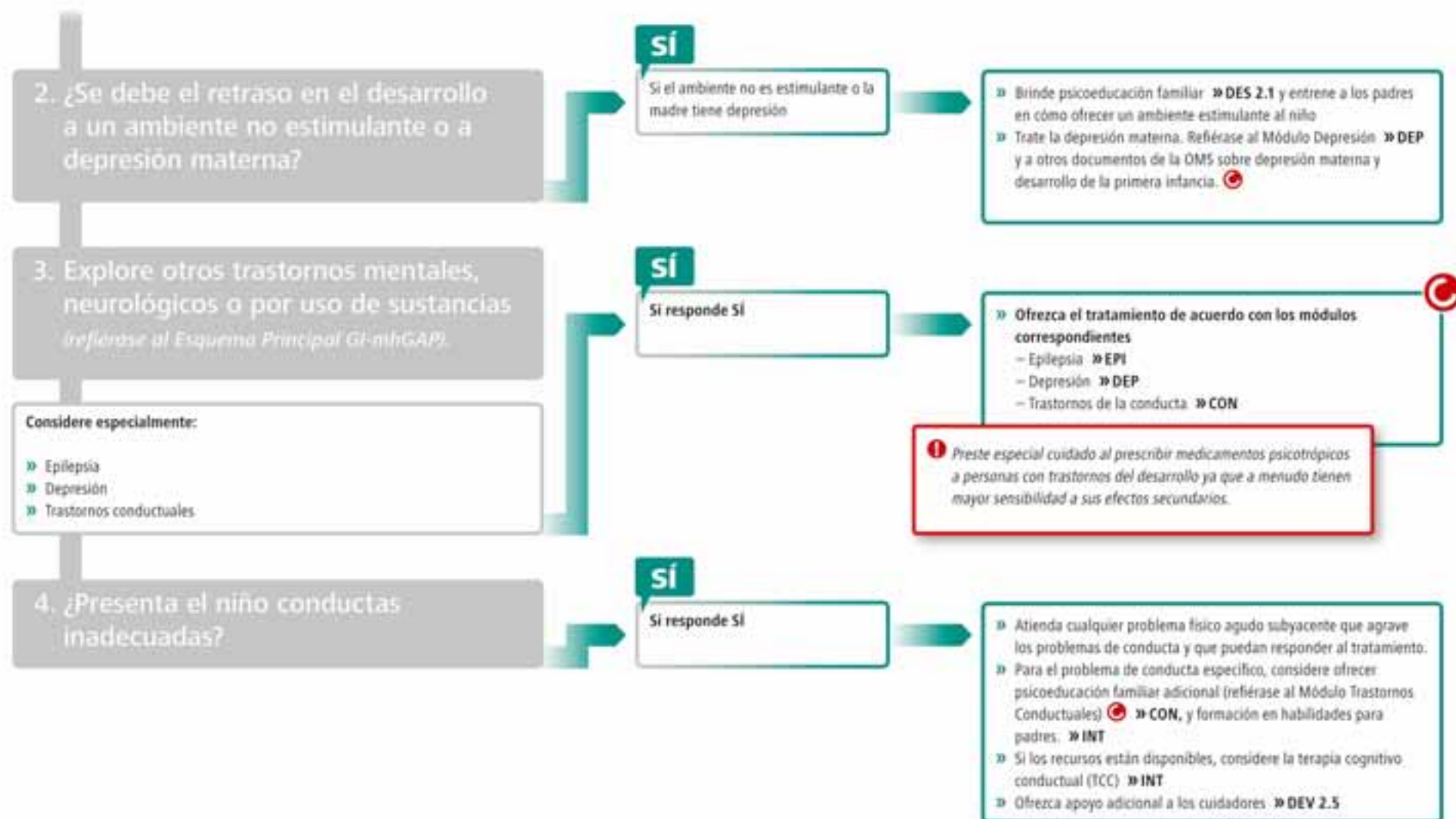
EN TODOS LOS CASOS

- » Inicie la psicoeducación familiar. » DES 2.1
- » Considere la formación en habilidades para padres, cuando esté disponible. » INT
- » Informe sobre los servicios educativos y sociales disponibles y colabore con ellos.
- » Póngase en contacto con la escuela de la persona después de recibir su consentimiento y el del cuidador, y ofrezca consejo.
- » DES 2.2
- » Evalúe el nivel actual de funcionamiento adaptativo en consulta con el especialista, si está disponible.
- » Trate las condiciones asociadas, tales como las deficiencias visuales y auditivas
- » Brinde apoyo de manera anticipada a situaciones difíciles de la vida.
- » Facilite y colabore con los servicios de rehabilitación comunitarios.
- » DES 2.3
- » Ayude a promover y proteger los derechos humanos del niño y de la familia » DES 2.4
- » Brinde apoyo a los cuidadores. » DES 2.5
- » Remita a un especialista, si está disponible, para que realice una evaluación etiológica más minuciosa.
- » Brinde seguimiento constante. » DES 2.6

Trastornos del Desarrollo

DES 1

Guía de Evaluación y Manejo



Detalles de la Intervención

Tratamiento y consejo psicosocial

2.1 Psicoeducación familiar

La psicoeducación abarca a la persona con trastorno del desarrollo y a la familia, dependiendo de la gravedad de la condición y de la disponibilidad e importancia del rol que juega el familiar en la vida cotidiana. Es necesario que el o los familiares importantes para la persona reciban entrenamiento para:

- » Aceptar y atender al niño con un trastorno del desarrollo.
- » Aprender qué cosas le causan estrés al niño y qué le hace feliz; qué causa sus problemas de conducta y qué los previene; cuáles son las fortalezas y debilidades del niño y cuál es su mejor forma para aprender.
- » Entender que las personas con trastornos del desarrollo pueden tener dificultades al enfrentarse con nuevas situaciones.
- » Programar el día en términos de horas establecidas para comer, jugar, aprender y dormir.
- » Involucrarlos en la vida diaria, empezando con tareas sencillas, una a la vez.
- » Mantenerlos en las escuelas hasta donde sea posible; es preferible que asista a escuelas convencionales, aún si es a tiempo parcial.
- » Tener precaución con respecto a su higiene general y entrenarlos en su aseo personal.
- » Premiar su buena conducta después de la acción y no darle premio alguno cuando la conducta es inadecuada. **» CON 2.1**
- » Protegerlos contra el abuso.

- » Respetar sus derechos a tener un área segura, dentro de un límite visible, donde puedan sentirse seguros, cómodos y andar y jugar libremente en la forma que les gusta.
- » Comunicar y compartir información con otros padres que tienen hijos con condiciones similares.

2.2 Consejo a los maestros

- » Haga un plan sobre cómo abordar las necesidades educativas especiales del niño. Algunas sugerencias sencillas incluyen:
 - Pida al niño que se siente en la primera fila del aula.
 - Permita tiempo adicional para que el niño entienda las tareas.
 - Divida las tareas largas en tramos más pequeños.
 - Explore si hay acoso escolar y tome las acciones necesarias para detenerlo.

2.3 Rehabilitación Basada en la Comunidad (RBC)

La RBC está dirigida a involucrar a las comunidades con respecto a mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidades y a sus familias, satisfacer sus necesidades básicas y garantizar su integración y participación social. A través de la RBC, las personas con discapacidades tienen acceso a la rehabilitación en sus propias comunidades usando principalmente los recursos locales. Se lleva a cabo en las casas, escuelas y otros lugares elementales de la comunidad. Se implementa a través de los esfuerzos combinados de los niños con trastornos del desarrollo, sus familias y comunidades, y a través de los servicios de salud, educativos,

vocacionales y sociales apropiados. La RBC comprende también promover un clima que respete y proteja los derechos de las personas con discapacidades, entrenar al niño, capacitar a las familias, ayudar a reducir el estrés y mejorar la manera en que se afronta el trastorno del desarrollo. Las intervenciones pueden variar desde actividades de la vida diaria hasta derivación escolar, capacitación vocacional y apoyo de los padres.

2.4 Promover y proteger los derechos humanos del niño y la familia

- » Examine los principios generales de la atención de salud. Manténgase vigilante con respecto al tema de derechos humanos y de la dignidad. Por ejemplo:
 - No comience las intervenciones sin contar con el consentimiento informado; prevenga el maltrato.
 - Evite la institucionalización.
 - Promueva el acceso a la enseñanza y a otras formas de educación.

2.5 Apoyo a los cuidadores

- » Identifique el impacto psicosocial en los cuidadores.
- » Evalúe las necesidades del cuidador y promueva el apoyo y los recursos necesarios para su vida familiar, empleo, actividades sociales y salud. Coordine el servicio de relevo para el descanso del cuidador principal, lo que significa un receso ahora y más adelante cuando otros cuidadores de confianza se encarguen temporalmente de la situación.

Trastornos del Desarrollo



DES 2

Detalles de la Intervención

Tratamiento y consejo psicosocial

2.6 Seguimiento

- » Ofrezca seguimiento con regularidad.
- » En la primera infancia, use las directrices de AIEPI para dar seguimiento.
- » Criterios para remitir:
 - si observa que no hay mejoría o si hay más deterioro en el desarrollo y/o la conducta;
 - si prevé que existe peligro para el niño o para otras personas;
 - si la salud física está afectada (por ejemplo, problemas nutricionales).

A dónde remitir

- » Si la persona (a) cumple con los criterios de remisión anteriores y (b) tiene síntomas compatibles con discapacidad intelectual, caracterizados por un retraso general en múltiples áreas, tales como el área cognitiva, lenguaje, área motora y social, entonces:
 - evite el tratamiento institucionalizado;
 - remita a la persona a los servicios ambulatorios especializados en discapacidad intelectual, si están disponibles;
 - remita a la persona a los servicios ambulatorios de terapia del habla/lenguaje, si están disponibles.
- » Si la persona (a) cumple con los criterios de remisión anteriores y (b) tiene síntomas compatibles con un trastorno generalizado del desarrollo, caracterizado por problemas en la interacción social, comunicación y conducta (restringida/repetitiva), entonces:
 - evite el tratamiento institucionalizado;
 - remita a la persona a los servicios ambulatorios especializados en los trastornos generalizados del desarrollo o autismo, si están disponibles.

Prevención de los Trastornos del Desarrollo

- » Brinde atención, prevenga y trate la desnutrición e infección en las mujeres embarazadas. Provea un parto seguro y cuidado neonatal después del parto. Evite las lesiones de la cabeza, infecciones neurológicas y la desnutrición en niños menores de un año y niños pequeños.
- » Identifique a los grupos mal alimentados y frecuentemente enfermos y a otros grupos de niños que estén en riesgo y ofrézcales la atención apropiada. Coordine reuniones con los padres o visitas a sus hogares.
- » Entrene a los padres en cómo mejorar las interacciones madre e hijo y cómo brindar estimulación psicosocial al niño.
- » En caso de descubrir que la madre tiene depresión, inicie el tratamiento de la madre, preferiblemente a través de intervenciones psicosociales.
- » Ofrezca apoyo psicosocial adicional a las madres con depresión o con cualquier otra condición mental, neurológica o por uso de sustancias. Esto puede incluir visitas a los hogares, psicoeducación, mejorar el conocimiento de las madres sobre prácticas de crianza de los hijos.
- » Las mujeres que están embarazadas o que están planeando quedar embarazadas, deben considerar evitar cualquier consumo de alcohol, ya que el cerebro en formación es especialmente sensible a los efectos del alcohol, aún en las primeras semanas después de la concepción.

Recursos adicionales de la OMS:

- » AIEPI : http://www.who.int/child_adolescent_health/topics/prevention_care/child/imc/ies/index.html
- » Reducir los riesgos del embarazo: http://www.who.int/making_pregnancy_safer/es/
- » Prevención de los trastornos mentales: http://www.who.int/mental_health/evidence/prevention_of_mental_disorders_spanish_version.pdf

Trastornos de la conducta

CON

Los trastornos de la conducta representan un término amplio que incluye trastornos más específicos, tales como el trastorno de hiperactividad o el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) u otros trastornos conductuales. Los síntomas conductuales presentan diferentes niveles de gravedad y son muy comunes en la población. Solamente los niños y adolescentes que tienen un grado de moderado a grave de dificultades psicológicas, sociales, educativas u ocupacionales en múltiples entornos deben recibir el diagnóstico de trastornos de la conducta. En algunos niños con trastornos de la conducta, el problema persiste hasta la edad adulta.

Trastorno de hiperactividad/trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH)

Las características principales son problemas de atención y actividad excesiva. Las deficiencias de la atención se manifiestan como una tendencia a suspender las tareas antes de terminirlas y una dificultad para concluir cualquier actividad. El niño o adolescente cambia con frecuencia de una actividad a otra. Este déficit en persistencia y atención se debe diagnosticar como un trastorno solamente si es excesivo para la edad e inteligencia del niño o adolescente y si afecta su funcionamiento y aprendizaje normal. La actividad excesiva implica inquietud exagerada, especialmente en situaciones que requieren relativa tranquilidad. Puede incluir conductas tales como correr y saltar de un lado a otro, levantarse de la silla en situaciones en que se espera que permanezca sentado, hablar excesivamente y hacer demasiado ruido, o inquietud e intranquilidad excesiva. Los problemas conductuales característicos deben haberse iniciado a temprana edad (antes de los 6 años) y ser de larga duración (> 6 meses) y no estar limitados a un solo entorno.

Otros trastornos de la conducta

Pueden presentarse rabietas graves e inusualmente frecuentes así como desobediencia grave y persistente. Los trastornos de conducta pueden caracterizarse por un patrón repetitivo y persistente de comportamientos disociales, agresivos o desafiantes. Cuando este tipo de conducta está en su grado más extremo, ella debe ser mucho más grave que una simple travesura infantil o una rebeldía de adolescente. Algunos ejemplos de conductas pueden incluir: grados excesivos de peleas o acoso escolar; crueldad hacia otras personas o animales; provocar incendios; destrucción grave de la propiedad; robar, mentir reiteradamente y fugarse de la escuela o de la casa. Los criterios concernientes a la presencia de otros trastornos de la conducta deben tener en cuenta el nivel de desarrollo del niño o adolescente y la duración de las conductas inadecuadas (por lo menos 6 meses).

Trastornos de la Conducta

CON 1

Guía de Evaluación y Manejo

1. ¿Tiene la persona problemas con la falta de atención y actividad excesiva?

Pregunte a la persona y al cuidador acerca de:

- » Falta de atención
- » Suspensión de las tareas antes de tiempo.
- » Dejar las tareas sin terminar
- » Cambios frecuentes de una actividad a otra
- » Hiperactividad:
 - Actividad excesiva (desproporcionada para el contexto o la situación)
 - Dificultad para permanecer sentado
 - Hablar excesivamente o hacer demasiado ruido
 - Inquietud o intranquilidad excesiva
- » Edad de aparición y persistencia en diferentes entornos: Pueden tener problemas con los padres, maestros, hermanos, compañeros o en todas las áreas de funcionamiento. Si los problemas son en una sola área, considere las causas específicas de esa área.

- » Evalúe si los síntomas son apropiados para el nivel de desarrollo del niño.

- » Explore el impacto de:
 - Factores sociales, familiares y educativos u ocupacionales
 - Problemas médicos

DESCARTE:

- » Condiciones médicas u otros trastornos prioritarios que pueden causar potencialmente trastornos de conducta (por ejemplo, hipertiroidismo, depresión o consumo de alcohol o drogas)

SÍ

Si están presentes varios síntomas

- y
- » Persisten en múltiples entornos
- » Sobrepasan a los de otros niños de la misma edad y del mismo nivel de inteligencia
- » Comenzaron antes de los 6 años de edad
- » Tuvieron una duración de por lo menos 6 meses
- » Causaron alteración significativa en el funcionamiento del niño

Considere el Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH)

- » Ofrezca psicoeducación familiar. » CON 2.1
- » Considere la formación en habilidades para padres, cuando esté disponible. » INT
- » Contacte al maestro de la persona (si ella asiste a la escuela y si ella y su cuidador dan el consentimiento), aconseje y planee de acuerdo con las necesidades educativas especiales. » CON 2.2
- » Considere las intervenciones psicosociales, tales como la terapia cognitivo conductual (TCC) y la capacitación en habilidades sociales de acuerdo con la disponibilidad. » INT
- » Apoye a la familia para abordar los problemas sociales y familiares que afectan la conducta del niño. Cuando estén disponibles, utilice técnicas de solución de problemas. » INT
- » Evalúe a los cuidadores con respecto al impacto de los trastornos de conducta y ofrézcales apoyo para sus necesidades personales, sociales y de salud mental. » CON 2.3
- » Si el cuidador tiene depresión, use el módulo respectivo de la mgGAP-IG. » DEP

- » **CONSULTE UN ESPECIALISTA** para el tratamiento con metilfenidato » CON 3 solo si:
 - fracasan las intervenciones antes mencionadas
 - el niño ha sido cuidadosamente evaluado
 - el niño tiene por lo menos 6 años de edad.
- » **NO se debe administrar metilfenidato a niños menores de 6 años**
- » Monitoree los efectos secundarios y el potencial para el abuso o uso inadecuado del medicamento.
- » En la historia clínica, registre con regularidad los detalles de la prescripción y los efectos secundarios.

Trastornos de la Conducta

CON 1

Guía de Evaluación y Manejo

2. ¿Muestra la persona evidencia de otros trastornos de conducta?

Pregunte sobre:

- » Conducta disocial, agresiva o desafiante, en forma reiterada y persistente, por ejemplo
 - Niveles excesivos de pelea o acoso escolar
 - Crueldad hacia otras personas o animales
 - Destrucción grave de la propiedad
 - Provocar incendios
 - Robar
 - Mentir reiteradamente
 - Faltar injustificadamente a la escuela
 - Fugarse de la casa
 - Pataletas frecuentes y graves
 - Conducta desafiante provocativa
 - Desobediencia grave persistente
- » La edad de inicio de los síntomas y su duración

- » Evalúe si los síntomas son apropiados para el nivel de desarrollo del niño.

Explore el impacto de:

- » Factores sociales, familiares y educativos u ocupacionales
- » Problemas médicos
- » Consumo de alcohol o drogas

DESCARTE:

- » Condiciones médicas u otros trastornos prioritarios que pueden causar potencialmente trastornos conductuales (por ejemplo, hipertiroidismo, depresión o consumo de alcohol o drogas)

SÍ

Si están presentes varios síntomas y

- » son mucho más graves que una simple travesura infantil o una rebeldía de adolescente
- » han tenido una duración de por lo menos 6 meses
- » son inapropiados para el nivel de desarrollo del niño
- » no son solo en respuesta a factores graves de estrés social, familiar o educativo.

considere un diagnóstico de **trastornos conductuales**

- » Brinde psicoeducación familiar. » CON 2.1

- » Considere formación en habilidades para padres, cuando esté disponible. » INT

- » Contacte al maestro de la persona (si la persona asiste a la escuela y la persona y el cuidador dan su consentimiento), aconseje y planee de acuerdo con las necesidades educativas especiales.

» CON 2.2

- » Prevea los cambios significativos en la vida (tales como pubertad, comenzar la escuela o nacimiento de un hermano y coordine el apoyo personal y social).

- » Considere las intervenciones psicosociales, tales como la terapia cognitivo conductual (TCC) y el entrenamiento en habilidades sociales de acuerdo con la disponibilidad. » INT

- » Evalúe a los cuidadores con respecto al impacto de los trastornos conductuales y ofrézcales apoyo para sus necesidades personales, sociales y de salud mental. » CON 2.3.

- » **NO** use medicinas para los trastornos de conducta de niños y adolescentes. ✖ Considere el metilfenidato solo en las condiciones antes mencionadas para el trastorno de hiperactividad.

3. ¿Es la conducta inadecuada de la persona una reacción al miedo o al trauma?

Explore:

- » ¿Se está acosando al niño en la escuela o se le está lastimando fuera de la casa?
- » ¿Existe alguna inquietud acerca de lesiones o amenazas dentro del hogar?
- » ¿Tienen los padres algún trastorno prioritario para la cual requieren los servicios? (refiérase al Esquema Principal mhGAP)

4. ¿Tiene la persona algún otro trastorno prioritario?

(refiérase al Esquema Principal mhGAP)

Explore la presencia de:

- » Trastornos del desarrollo
- » Depresión
- » Consumo de alcohol o drogas
- » Epilepsia
- » Psicosis
- » Conducta suicida

Si

Si responde Si

- » Consulte con los padres.
- » Informe a los padres y realice visitas al hogar. En caso de riesgo grave o falta de respuesta, involucre a otros recursos y especialistas disponibles.
- » Considere las intervenciones legales de acuerdo con la legislación local.
- » Ofrezca consejo y ayuda a los padres que necesitan servicios de salud mental y el consentimiento para recibirlos.

Si

Si responde Si

Trate la condición concomitante de acuerdo con el módulo apropiado para ese trastorno:

- » Trastornos del Desarrollo » DES
- » Depresión » DEP
- » Trastornos por el Consumo de Alcohol » ALC
- » Trastorno por uso de Drogas » DRO
- » Epilepsia » EPI
- » Psicosis » PSI
- » Suicidio/autolesión » SUI

Trastornos de la Conducta



CON 2

Detalles de la Intervención

Intervenciones Psicosociales

2.1 Psicoeducación familiar

- » Acepte y atienda al niño que presenta un trastorno de conducta.
- » Sea consistente con respecto a lo que debe o no permitirle hacer al niño.
- » Elogie o premie al niño después de observar que ha mostrado buena conducta y reaccione solamente a las conductas inadecuadas más importantes; busque las maneras de evitar confrontaciones graves o situaciones difíciles predecibles.
- » Comience el cambio de conducta enfocándose en algunas conductas perceptibles que piensa que el niño es capaz de hacer.
- » De instrucciones claras, sencillas y cortas que pongan énfasis en lo que el niño debe hacer en lugar de en lo que no debe hacer.
- » Nunca abuse física o emocionalmente al niño. Castigue con moderación y con poca frecuencia en comparación con el elogio. Por ejemplo, retenga los premios (regalos o actividades divertidas) después de que un niño no se ha comportado adecuadamente.
- » Como reemplazo del castigo, utilice la técnica del "tiempo fuera de reforzamiento" o "time out" por periodos cortos y definidos después de que el niño muestra una conducta inadecuada. La técnica "tiempo fuera de reforzamiento" o "Time out" consiste en separar temporalmente al niño de un ambiente gratificante, como parte de un programa planeado y registrado para modificar la conducta. Informe a los padres sobre cómo aplicar esta técnica cuando se requiera.
- » Aplaze las discusiones con el niño hasta que usted esté calmado.

2.2 Recomendación a los maestros

Haga un plan sobre cómo abordar las necesidades educativas especiales del niño. Algunas sugerencias sencillas incluyen:

- » Pida al niño que se siente en la primera fila del aula.
- » Permita tiempo adicional para que el niño entienda las tareas.
- » Divida las tareas largas en tramos más pequeños.
- » Explore si hay acoso escolar y tome las acciones necesarias para detenerlo.

2.3 Apoyo a los cuidadores

- » Identifique el impacto psicosocial en los cuidadores.
- » Evalúe las necesidades del cuidador y promueva el apoyo y los recursos necesarios para su vida familiar, empleo, actividades sociales y salud. Coordine el servicio de relevo para el descanso del cuidador principal, lo que significa un receso cuando otros cuidadores de confianza se encarguen temporalmente de la situación.

Detalles de la Intervención



Intervenciones Farmacológicas: Metilfenidato

- » **NO** use medicamentos en la atención primaria sin consultar primero a un especialista. ❌
- » **NO** use medicinas para los trastornos generales de conducta en niños y adolescentes. ❌ Solo considere el metilfenidato para el trastorno de hiperactividad si han fracasado las intervenciones psicosociales, si el niño ha sido minuciosamente evaluado y tiene por lo menos 6 años de edad, y si se han descartado las condiciones cuyo tratamiento se puede complicar debido al uso de metilfenidato.
- » El uso de medicamentos estimulantes siempre debe ser parte de un plan de tratamiento integral que incluya las intervenciones psicológicas, conductuales y educativas.
- » Anote en la historia clínica la cantidad de medicamento prescrita y la fecha de la prescripción, así como la respuesta y los efectos secundarios.

Metilfenidato

3.1 Iniciar el tratamiento de metilfenidato

- » **Disponibilidad:** El metilfenidato está restringido en muchos países. Conozca la legislación que rige la prescripción y suministro de estimulantes.
- » **Preparación:** Las formulaciones de liberación inmediata están generalmente disponibles en forma de tabletas de 10 mg. Las formulaciones de liberación modificada están disponibles en algunos países.
- » **Evaluación previa al medicamento para la administración de metilfenidato:** además de las sugerencias para la evaluación que se presentan en el diagrama de flujo, evalúe especialmente:
 - sistema cardiovascular – historia, pulso, presión arterial, examen

cardíaco (obtenga un ECO si está clínicamente indicado); el metilfenidato está contraindicado en enfermedades cardiovasculares;

- talla y peso;
- evaluación del riesgo por uso de sustancias y por el consumo indebido de drogas;
- enfermedades médicas específicas (por ejemplo, utilice el metilfenidato con precaución en niños con TDAH y epilepsia);
- otros trastornos mentales – el metilfenidato puede empeorar la ansiedad y está contraindicado en la psicosis.

- » **NO** prescriba medicamentos sin la supervisión del especialista. ❌

3.2 Dosificación y administración

- » **Formulación de liberación inmediata:**
 - Comience con 5 mg una o dos veces al día.
 - Aumente gradualmente (durante 4 – 6 semanas) la dosis (en 2 – 3 dosis divididas) hasta que no se observe más mejoría y los efectos secundarios sean tolerables, hasta una máxima dosis diaria recomendada de 60 mg (en 2 – 3 dosis divididas).
- » **Preparaciones de liberación prolongada:** Si está disponible, prescriba como una sola dosis en la mañana.

3.3 Evaluar la respuesta

Registre los síntomas y efectos secundarios en cada cambio de dosis. Si se presentara la hiperactividad de "rebote" tras desaparecer el efecto del medicamento, las dosis se pueden dividir para incluir una dosis a última hora de la tarde.

3.4 Efectos secundarios

- » **Efectos secundarios comunes:** insomnio, disminución del apetito, ansiedad y cambios en el estado de ánimo.
 - Reduzca la dosis y **CONSULTE A UN ESPECIALISTA.** 🚑
- » **Efectos secundarios menos comunes:** dolor abdominal, dolor de cabeza, náuseas, retardo temporal del crecimiento y bajo peso (monitoree la talla y el peso, considere una pausa en el tratamiento del medicamento en los días libres de la escuela para permitir que se 'compense' el crecimiento), cambios en la presión arterial y ritmo cardíaco (monitoree antes y después de cambiar la dosis y, de allí en adelante, una vez cada 3 meses – consulte con el médico si observa que el cambio se mantiene después de dos registros), vómitos (administre con el alimento), tics.
- » No se requiere un ECO ni pruebas rutinarias de sangre; las mismas se deben realizar si hay una indicación clínica.

3.5 Seguimiento

- » Suspenda la administración de metilfenidato si no hay respuesta después de 1 mes.
- » Obtenga el peso cada 3 meses y la talla cada 6 meses. Si deja de haber un aumento en la talla o el peso, descontinúe el metilfenidato y **CONSULTE A UN ESPECIALISTA.** 🚑
- » Si el niño responde al metilfenidato, siga administrándolo durante un año y luego **CONSULTE A UN ESPECIALISTA** 🚑 para verificar si se justifica su continuación.

Guía de Evaluación y Manejo

1. ¿Tiene la persona demencia?

- Pregunte a la persona y también a alguien que la conozca bien, acerca de la presencia de problemas de memoria, orientación, habla y lenguaje, y dificultades en la ejecución de roles y actividades claves.
- Ponga a prueba la orientación, la memoria y el lenguaje. ► DEM 2
- Pregunte a la persona o al cuidador acerca de los síntomas:
 - ¿Cuándo se observaron por primera vez?
 - ¿Qué edad tenía la persona?
 - ¿Fue el inicio repentino o gradual (en el transcurso de varios meses o años)?
 - ¿Cuánto tiempo ha durado la afección?
 - ¿Empeoran los síntomas en la noche?
 - ¿Hay problemas asociados de atetargamiento, alteración de la conciencia?
 - ¿Estuvo el inicio vinculado a una lesión de la cabeza, a un desmayo o a una enfermedad vascular cerebral?
- ¿Existe una historia clínica de:
 - Bocio, pulso lento, piel seca o hipertiroidismo?
 - Infecciones de transmisión sexual (ITS) o VIH?
 - Enfermedad cardiovascular?
 - Régimen alimenticio deficiente, desnutrición, anemia?

SI

Si se está evaluando a la persona, el deterioro cognitivo o los problemas de memoria:

- han estado presentes durante por lo menos 6 meses.
- son de naturaleza progresiva y están asociados a disminución del funcionamiento social

El diagnóstico de demencia es probable

- Informe el resultado de la evaluación. ► DEM 3.1
- Ofrezca tratamientos psicosociales para los síntomas y el funcionamiento cognitivo. ► DEM 3.2
- Promueva que se mantenga la independencia y funcionalidad. ► DEM 3.3
- Brinde seguimiento. ► DEM 3.6

NO

- si el inicio es abrupto y la duración es breve (días o semanas)
- si el problema se presenta con más frecuencia en horas de la noche y está asociado con alteración de la conciencia
- si hay desorientación con respecto al tiempo / lugar

El diagnóstico de delirium es probable

► **CONSULTE A UN ESPECIALISTA.**

NO

Si hay otras **CARACTERÍSTICAS POCO FRECUENTES** tales como:

- Inicio antes de los 60 años de edad
- Hipotiroidismo clínico
- Enfermedad cardiovascular
- Historia previa de ITS o VIH
- Historia de traumatismo de la cabeza o enfermedad vascular cerebral

► **CONSULTE A UN ESPECIALISTA.**

Demencia

DEM 1

Guía de Evaluación y Manejo

2. ¿Tiene la persona otro trastorno mental prioritario?

» Si hay depresión moderada a grave

NOTA: La depresión es frecuente en la demencia, pero puede ser difícil obtener información acerca de los síntomas, de manera que podrá ser necesario confiar en el informe del cuidador respecto de cambios significativos recientes.

» Psicosis

(Evalúe de acuerdo con el Esquema Principal mhGAP)

SI

Si la **depresión moderada a grave** está presente

SÍ

Si la **psicosis** está presente

- » Trate la depresión moderada-grave asociada. » **DEP** o **PSI**
- » Revise el diagnóstico de demencia después de un tratamiento exitoso para la depresión. El déficit cognitivo puede ser el resultado de depresión grave y no de demencia. La recuperación completa indicaría la posibilidad de depresión como el problema primario.

3. ¿Tiene la persona síntomas conductuales o psicológicos de demencia?

Pregunte al cuidador acerca de:

- » Conducta: vagabundeo, alteraciones nocturnas, agitación y agresión
- » Síntomas psicológicos: alucinaciones, ideas delirantes, ansiedad o estado de ánimo deprimido
- » Cuándo y con cuánta frecuencia se presentan estos síntomas
- » Si estos síntomas representan un problema para la persona o el cuidador

Explore posibles factores precipitantes:

- » Físicos, tales como dolor, constipación, infección urinaria
- » Psicológicos, tales como depresión
- » Ambientales, tales como hacinamiento o alguna reubicación

❗ Explore si existe riesgo inminente de daño para la persona (por ejemplo, a causa del vagabundeo) o para el cuidador (por ejemplo, a causa de una conducta lesiva que asusta al cuidador o que perjudica a otros)

SÍ

Si los **síntomas conductuales y psicológicos** están presentes

SÍ

Si hay **riesgo inminente de daño para la persona o el cuidador**

- » Ofrezca terapias psicosociales. » **DEM 3.4**
- » Brinde seguimiento. » **DEM 3.6**

- » Ofrezca terapias psicosociales. » **DEM 3.4**
- » Además, ofrezca intervenciones farmacológicas. ❗ » **DEM 4**

4. ¿Están presentes los factores de riesgo cardiovascular o de enfermedad cardiovascular?

Evalúe:

- » Hipertensión (presión arterial)
- » Hiperlipidemia
- » Diabetes
- » Fumar
- » Obesidad (peso, relación cintura a cadera)
- » Enfermedad cardíaca (angina o infarto del miocardio)
- » Enfermedad vascular cerebral (EVC) o isquemia cerebral transitoria previas

SI

Si hay presencia de **factores de riesgo cardiovascular o de enfermedad cardiovascular**

- » Reduzca los factores de riesgo cardiovascular de acuerdo con las directrices locales:
 - Recomiende a la persona dejar de fumar
 - Trate la hipertensión
 - Recomiende una dieta de reducción de peso para la obesidad
 - Trate la diabetes
- » Remita a los especialistas apropiados. 

5. ¿Padece la persona de otras condiciones físicas?

- » Evalúe la nutrición, visión, audición, dentición, función vesical e intestinal y dolor
- » Obtenga un análisis de orina
- » Revise los medicamentos, particularmente aquellos con efectos secundarios anticolinérgicos significativos (tales como la amitriptilina [un antidepresivo]; muchos antihistamínicos; medicamentos antipsicóticos)

SÍ

Si están presentes las **condiciones físicas asociadas, especialmente:**

- » Estado nutricional deficiente
- » Infección del tracto urinario
- » Constipación o diarrea
- » Interacciones de medicamentos o efectos secundarios

- » Trate las condiciones físicas asociadas ya que puede mejorar la función cognitiva
- » Remita a los especialistas apropiados. 

6. ¿Está el cuidador sintiendo cansancio o necesita apoyo?

Evalúe

- » ¿Quién es el cuidador principal?
- » ¿Quiénes más proveen atención y qué tipo de cuidados proveen?
- » ¿Observan algo que sea especialmente difícil de manejar?
- » ¿Están los cuidadores afrontando la situación? ¿Están sintiendo cansancio?
- » ¿Se sienten deprimidos?
- » ¿Están enfrentando pérdidas de ingreso y/o gastos adicionales debido a las necesidades de atención?

SÍ

Si el cuidador está:

- » Sintiendo cansancio
- » Deprimido
- » Enfrentando costos abrumadores por el tratamiento

- » Brinde intervenciones para los cuidadores. **» DEM 3.5**
- » Explore las intervenciones psicosociales:
 - apoyo financiero, tal como servicios para discapacidades
 - información sobre la condición de la persona
 - servicio de relevo para el descanso del cuidador principal
 - activación de la red de apoyo comunitario
 - terapia familiar o individual, si está disponible
- » Brinde seguimiento. **» DEM 3.6**
- » Evalúe la depresión del cuidador de acuerdo con el Módulo Depresión y trátela según corresponde.  **» DEP**

Demencia

DEM 2

Detalles de la Intervención

Identificación de la Demencia

La identificación de la demencia requiere:

- La evaluación de la memoria y el funcionamiento cognitivo usando pruebas sencillas

Y

- La confirmación, mediante entrevistas a familiares o a otra persona que conoce bien a la persona enferma, que estos problemas:
 - se presentaron hace poco tiempo
 - han ido empeorando y
 - están causando dificultades moderadas para llevar a cabo el trabajo diario y las actividades domésticas o sociales.

La demencia también se puede evaluar usando cualquier herramienta que haya sido localmente validada.

2.1 Evaluación de la memoria y el funcionamiento cognitivo

- Evalúe la memoria pidiendo a la persona que repita inmediatamente tres palabras comunes, luego le pide que las repita 3–5 minutos más tarde.
- Evalúe la orientación con respecto al tiempo (hora del día, día de la semana, la estación y el año) y el lugar (dónde se está evaluando a la persona, o dónde queda el mercado o el almacén más cercano a su casa).
- Analice la capacidad para hablar pidiendo a la persona que nombre partes del cuerpo y que explique la función de un elemento, por ejemplo, "¿Para qué se usa un martillo?"

2.2 Entrevista al informante clave

- En una entrevista con un informante clave (alguien que conoce bien a la persona), pregunte acerca de cambios recientes en el pensamiento y razonamiento, la memoria y orientación. Es frecuente que los adultos mayores tengan lapsos ocasionales de memoria, en tanto que algunos problemas pueden ser significativos aún si no son frecuentes.
- Pregunte, por ejemplo, si la persona a menudo olvida dónde pone las cosas. ¿Se olvidan algunas veces de lo que sucedió el día anterior? ¿La persona algunas veces olvida dónde está?
- Pregunte al informante cuándo comenzaron estos problemas y si han empeorado con el tiempo. ¿Hay algún periodo de tiempo que haya durado días, semanas o más, en el cual el pensamiento y la memoria regresaron por completo a la normalidad?
- Puede ser difícil identificar los problemas relacionados con las actividades diarias si la familia los minimiza, si los problemas son relativamente pequeños, o si las familias ofrecen rutinariamente mucho apoyo y cuidado a las personas mayores. Las tareas más complejas, como la administración del presupuesto del hogar, ir de compras o cocinar, tienden a ser las primeras en afectarse. Las actividades principales de cuidado personal tales como vestirse, bañarse, alimentarse y el control de esfínteres solo se ven afectadas en una etapa posterior.
- Necesitará conocer las "actividades usuales" de las personas mayores en su área y de esta familia en particular. Explore si ha habido algún cambio progresivo reciente. ¿Comete la persona errores o le toma más tiempo llevar a cabo las tareas, no las realiza tan bien como antes, o las abandona?

Detalles de la Intervención

Intervenciones Psicosociales

3.1 Informar los resultados de la evaluación

Pregunte a las personas que son evaluadas para diagnosticar o descartar demencia, si desean saber el diagnóstico y con quienes lo desean compartir. La explicación debe hacerse a la medida de su capacidad para entender y retener la información.

Comience dando información básica – pero no sobrecargue con demasiada información. Considere decir:

- ▶ La demencia es una enfermedad del cerebro y tiende a empeorar con el transcurso del tiempo.
- ▶ Aunque no existe cura, se puede hacer mucho para ayudar y apoyar a la persona y a la familia.
- ▶ Muchas inquietudes y conductas específicas se pueden manejar a medida que surgen. Se puede hacer mucho para que la persona se sienta cómoda y para que la vida del cuidador sea menos estresante.

Haga una oferta realista de ayuda y apoyo constante, e informe a la persona y al cuidador acerca de otros servicios de apoyo que están disponibles en su comunidad.

3.2 Intervenciones psicosociales para los síntomas cognitivos y el funcionamiento

- ▶ Suministre constante información de orientación (por ejemplo, día, fecha, clima, hora y nombres de personas) a las personas con demencia para ayudarlas a permanecer orientadas con respecto al tiempo, el lugar y la persona.
- ▶ Utilice materiales tales como periódicos, programas de radio o televisión, álbumes familiares y elementos caseros para promover la comunicación, orientarlas en relación con eventos actuales, estimular la memoria y permitir que las personas compartan y valoren sus experiencias.
- ▶ Utilice oraciones cortas y sencillas para que la comunicación verbal sea clara. Trate de minimizar los ruidos contrapuestos, tales como la radio, televisión o la conversación de otras personas. Escuche detenidamente lo que la persona tiene que decir.
- ▶ Mantenga las cosas simples, evite cambios en la rutina y evite exponer a la persona a lugares desconocidos y confusos a menos que sea necesario.

3.3 Promover la independencia, el funcionamiento y la movilidad

Planee actividades de la vida diaria de forma tal que maximice la actividad independiente, aumente el funcionamiento, ayude a adaptar y desarrollar habilidades, y minimice la necesidad de apoyo. Facilite la rehabilitación en la comunidad involucrando a las personas y a sus cuidadores en la planificación e implementación de estas intervenciones. Ayude en la coordinación de los recursos sociales disponibles.

Específicamente, considere lo siguiente:

- ▶ Aconseje respecto de mantener la independencia en el control de esfínteres, incluyendo recordatorios y la regulación de la ingesta de líquidos (si se presenta incontinencia, se deben evaluar todas las causas posibles e intentar todas las opciones de tratamiento antes de concluir que es permanente).
- ▶ Informe a los familiares que es importante que el suelo de la casa de la persona se mantenga ordenado para reducir el riesgo de caídas.
- ▶ Recomiende hacer adaptaciones en la casa de la persona. Puede resultar útil agregar pasamanos o rampas. La colocación de carteles en lugares claves (por ejemplo, inodoro, baño, dormitorio, puede evitar que la persona se pierda o desoriente cuando está en la casa.
- ▶ Recomiende la actividad física y el ejercicio para mantener la movilidad y reducir el riesgo de caídas.
- ▶ Recomiende actividades recreativas (personalizadas de acuerdo con la etapa de la demencia).
- ▶ Remita a terapia ocupacional, si estuviera disponible.
- ▶ Trate los cambios sensoriales (tales como deficiencias visuales o auditivas con los dispositivos apropiados (por ejemplo, lentes de aumento, ayudas auditivas).

Demencia



DEM 3

Detalles de la Intervención

Intervenciones Psicosociales

3.4 Tratamiento de los síntomas conductuales y psicológicos

- Identifique y trate los problemas subyacentes de salud física que pueden afectar la conducta (dolor, infecciones, etc.).
- Considere las modificaciones ambientales, tales como sillas apropiadas, áreas donde pueda deambular en forma segura, carteles (por ejemplo, un cartel de "no salir" en la puerta principal de la casa o una indicación de la ruta hacia el inodoro).
- Identifique situaciones (por ejemplo, comprar en un mercado concurrido) o factores (por ejemplo, salir solo) que pueden preceder, desencadenar o aumentar las conductas inadecuadas y trate de ver si se pueden modificar.
- Considere estrategias que tranquilicen, calmen o distraigan, tales como sugerir a la persona que realice actividades que disfrute (por ejemplo, salir a caminar, escuchar música, participar en una conversación), especialmente cuando se siente agitada.

Teniendo en cuenta que las personas con demencia están en riesgo de abuso y abandono, los profesionales de atención sanitaria deben permanecer vigilantes para proteger a la persona con demencia y, en tal sentido, deben aplicar cualquier política local pertinente. ❶

3.5 Intervención para los cuidadores

- Identifique alteraciones psicológicas y el impacto psicosocial en los cuidadores. Evalúe las necesidades del cuidador y asegure el apoyo y los recursos necesarios para su vida familiar, empleo, actividades sociales y salud.

- Reconozca que cuidar a las personas con demencia puede ser extremadamente frustrante y estresante. Es importante que los cuidadores continúen atendiendo a las personas con demencia, evitando conductas hostiles hacia ellas y evitando descuidarlas. Se debe motivar a los cuidadores a que respeten la dignidad de la persona con demencia, involucrándolos en las decisiones sobre su vida, tanto como sea posible.
- A partir del momento del diagnóstico, brinde información a las personas con demencia así como a la familia y a otros cuidadores informales. Esto se debe hacer con sensibilidad y teniendo en cuenta los deseos de la persona y de los cuidadores.
- Ofrezca entrenamiento y apoyo en habilidades específicas (como el manejo de conductas difíciles), si es necesario. Para que estas intervenciones sean más efectivas, promueva la participación activa del cuidador (por ejemplo, a través de juegos de interpretación de roles).
- Considere ofrecer apoyo práctico, por ejemplo, servicio de relevo en el hogar para el descanso del cuidador principal. Otro familiar o persona apropiada puede supervisar y cuidar de la persona con demencia (preferiblemente en el entorno habitual del hogar). Esto puede aliviar al cuidador principal quien puede entonces descansar o realizar otras actividades.
- Explore si la persona califica para algún beneficio por discapacidad u otro apoyo social o financiero. Este apoyo puede provenir de fuentes gubernamentales o no gubernamentales o de redes sociales.

- Si fuera factible, trate de abordar el cansancio psicológico del cuidador mediante apoyo, consejería para la solución de problemas, o intervenciones cognitivas conductuales (refiérase al Módulo Intervenciones psicológicas avanzadas). ❷ ➡ DEP y ❸ ➡ INT

- Evalúe y trate la depresión moderada-severa de los cuidadores (refiérase al Módulo Depresión). ❹ ➡ DEP

3.6 Seguimiento

- Realice un examen médico y social periódico por lo menos cada tres meses.
- **En cada sesión de seguimiento, evalúe:**
 - comorbilidades médicas y psiquiátricas, incluyendo déficit visual y auditivo, dolor, control de esfínteres;
 - estabilidad o progresión de los síntomas de demencia, buscando cualquier nuevo síntoma y cualquier cambio repentino;
 - capacidad para participar en actividades de la vida diaria y cualquier nueva necesidad de atención;
 - riesgos de seguridad (por ejemplo, conducir un vehículo, administración financiera, manejo de medicamentos, riesgos de seguridad en el hogar derivados de cocinar o fumar, posibilidad de vagabundeo, etc.); ❶
 - presencia y gravedad de la depresión;
 - presencia y gravedad de los síntomas conductuales y psicológicos de la demencia;
 - riesgo de autolesión;
 - si está bajo cualquier medicación: respuesta al tratamiento, efectos secundarios y adherencia al tratamiento, así como síntomas cognitivos y síntomas principales específicos;
 - cualquier obstáculo para participar en el tratamiento;
 - el cansancio y afrontamiento del cuidador, las necesidades de información, capacitación y apoyo.
- Compare la evaluación actual con las notas previas, y analice los hallazgos con la persona y su cuidador.
- Determine cualquier necesidad de apoyo de la persona y / o su cuidador y facilite el apoyo según sea necesario.
- Analice y póngase de acuerdo sobre cualquier cambio en el plan de tratamiento.

Detalles de la Intervención



Intervenciones Farmacológicas

- Para los síntomas conductuales y psicológicos de la demencia, considere la medicación antipsicótica tal como haloperidol o un medicamento antipsicótico atípico solo después de un ensayo de intervenciones psicosociales. Puede considerar estos medicamentos si los síntomas persisten y existe riesgo inminente de daño.
- **CONSULTE A UN ESPECIALISTA**
- Comience con 0.5 mg de haloperidol por vía oral, o i.m. si es necesario. Evite el haloperidol i.v. Evite el diazepam.
- "Comience con dosis bajas y aumentelas lentamente", mida y ajuste, evalúe la necesidad periódicamente (por lo menos una vez al mes), verificando también los efectos secundarios extrapiramidales. Utilice la dosis efectiva más baja.
- Refiérase al Módulo Psicosis para obtener detalles sobre la medicación antipsicótica. » PSI 3

NO considere rutinariamente los inhibidores de la acetilcolinesterasa (como donepezil, galantamina y rivastigmina) o memantina para todos los casos de demencia. Considérelos solamente en entornos donde se pueden realizar diagnósticos específicos de la Enfermedad de Alzheimer y donde esté disponible el apoyo y la supervisión adecuada por parte de los especialistas, y el monitoreo (para los efectos secundarios) por parte de los cuidadores.

Uso de alcohol y trastornos por el uso de alcohol

ALC

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. La intoxicación aguda es un trastorno 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. El uso perjudicial de alcohol es un patrón de consumo que deteriora la salud. El daño puede ser físico (por ejemplo, enfermedad hepática) o mental (por ejemplo, episodios de trastorno depresivo). A menudo está asociado con consecuencias sociales (por ejemplo, problemas familiares o problemas en el trabajo).

La dependencia de alcohol es un conjunto de fenómenos fisiológicos, conductuales y cognitivos en los cuales el consumo de alcohol asume una prioridad mucho más alta para un determinado individuo en comparación con otras conductas que alguna vez tuvieron un valor mayor. El estado de abstinencia de alcohol se refiere a un grupo de síntomas que se pueden presentar cuando se suspende el uso de alcohol después de un consumo diario y prolongado.

Uso de alcohol y trastornos por el uso de alcohol



ALC 1

Guía de Evaluación y Manejo para Casos de Emergencia



Uso de alcohol y trastornos por el uso de alcohol



ALC 1

Guía de Evaluación y Manejo para Casos de Emergencia



3. ¿Tiene la persona confusión aguda u obnubilación de la conciencia con una historia reciente de consumo excesivo de alcohol?

SI

¿Se trata de una encefalopatía de Wernicke, lesión de la cabeza, o delirium por abstinencia de alcohol?

- Examine la presencia de nistagmus y ataxia de la encefalopatía de Wernicke. En casos graves se puede presentar oftalmoplejía.
- Examine si hay lesiones en la cabeza, tales como laceraciones o sangrado alrededor de la cabeza u oídos.
- Reevalúe la existencia de delirium por abstinencia alcohólica.

Encefalopatía aguda de Wernicke

- Trate todos los casos sospechosos con 100 mg de tiamina i.v. o i.m., 3 veces al día durante 3–5 días.
- Remita a la persona urgentemente al hospital.

Lesión de la cabeza

- Monitoree el nivel de conciencia.
- Obtenga opinión quirúrgica.

Delirium por abstinencia de alcohol

- Trate el delirium por abstinencia de alcohol» ALC 3.1

Excluya otras causas comunes de confusión, tales como infecciones, hipoxia, hipoglicemia, encefalopatía hepática y enfermedad vascular cerebral.



Uso de alcohol y trastornos por el uso de alcohol

ALC 1

Guía de Evaluación y Manejo

1. Explore la presencia de un patrón de consumo de alcohol y daño relacionado con el alcohol

- Pregunte si la persona consume alcohol:

Si responde Sí

- Pregunte si la persona consume alcohol de forma tal que la pone en riesgo de daño:
cantidad y frecuencia de consumo
 - Ha consumido 5 o más bebidas estándares (ó 60 g de alcohol)* en alguna ocasión en los últimos 12 meses.
 - Consume en promedio más de dos bebidas por día
 - Consume todos los días de la semana

* Una bebida estándar es una medida de la cantidad de alcohol puro consumido, generalmente entre 8 g y 12 g. Si la cantidad de alcohol contenida en una bebida estándar en ese país está fuera de estos límites, se necesitará ajustar el número de bebidas estándares.

NOTA: La detección de trastornos por uso de alcohol en la atención de salud de rutina.

El consumo de riesgo de alcohol y los trastornos por uso de alcohol son frecuentes. A excepción de las áreas donde hay muy poco consumo de alcohol, se debe preguntar a las personas que acuden al establecimiento de salud acerca de su uso de alcohol. Se puede hacer de manera informal o mediante el uso de un cuestionario, como el cuestionario OMS-AUDIT o el cuestionario OMS-ASSIST.

Sí

Si responde Sí

- Obtenga una historia más detallada para detectar si hay consumo o dependencia perjudicial del alcohol (refiérase al punto 2 a continuación y a **ALC 2.1**)

Si no hay dependencia de alcohol

- El cuadro clínico es
CONSUMO DE RIESGO DE ALCOHOL
 - **CONSUMO PERJUDICIAL DE ALCOHOL**

- Indique claramente los resultados de la evaluación sobre el consumo de alcohol y explique los vínculos entre este nivel de consumo de alcohol, los problemas de salud de la persona y los riesgos a corto y largo plazo de continuar consumiendo alcohol al nivel actual.
- Pregunte acerca de otros consumos de sustancias.
➤ DRO 2.1
- Sostenga una breve conversación sobre las razones por las cuales la persona consume alcohol.

i Para conocer los detalles, refiérase a **Intervenciones Breves** **➤ ALC 2.2**

- Indique claramente la recomendación para reducir el consumo a niveles más seguros o para suspender por completo el consumo de alcohol y su buena disposición para ayudar a la persona a lograrlo.
 - Si la persona está dispuesta a tratar de reducir o suspender el consumo de alcohol, entonces analice las formas de lograr este objetivo.
 - De lo contrario, comuníquese con confianza que se puede suspender o reducir el consumo de riesgo o perjudicial de alcohol y motive a la persona a regresar si desea analizar el asunto en más detalle.
- Ofrezca seguimiento en la próxima oportunidad.
- Obtenga el consejo de un especialista **i** para las personas con consumo perjudicial actual de alcohol que no han respondido a las intervenciones breves.
- i** Si la persona es un adolescente, refiérase a **➤ ALC 2.6**
- i** Si es una mujer que está embarazada o está amamantando, refiérase a **➤ ALC 2.7**

Uso de alcohol y trastornos por el uso de alcohol

ALC 1

Guía de Evaluación y Manejo

2. ¿Tiene la persona dependencia de alcohol?

Obtenga una historia detallada sobre el consumo de alcohol. » ALC 2.1

Explore la presencia de:

- Un intenso deseo o urgencia por consumir alcohol
- Dificultades para controlar el consumo de alcohol en términos de su inicio, terminación o niveles de consumo
- Estado fisiológico de abstinencia cuando ha cesado o se ha reducido el consumo de alcohol, según se demuestra a través del típico síndrome de abstinencia de alcohol; o el consumo de la misma sustancia (o de una sustancia estrechamente relacionada) con la intención de aliviar o evitar los síntomas de abstinencia
- Evidencia de tolerancia, de forma tal que se requieren dosis más altas de alcohol para lograr los efectos originalmente producidos por dosis más bajas
- Desinterés progresivo por los placeres o intereses alternativos debido al consumo de alcohol, aumento en la cantidad de tiempo necesario para obtener o consumir alcohol o para recuperarse de sus efectos
- Persiste el consumo de alcohol a pesar de una clara evidencia de consecuencias perjudiciales obvias, tales como daño hepático, estados de ánimo depresivos o deficiencia del funcionamiento cognitivo

Si

Si están presentes tres o más características:

El cuadro clínico es
DEPENDENCIA DE ALCOHOL

- Indique claramente los resultados de la evaluación y explique los riesgos a corto y largo plazo de continuar consumiendo alcohol al nivel actual.
- Sostenga una breve conversación sobre las razones por las cuales la persona consume alcohol. **Refiérase a Intervenciones Breves.** » ALC 2.2
- Aconseje la suspensión completa del alcohol.
- Recomiende el consumo diario de 100 mg de tiamina.
- Si la persona está dispuesta a tratar de suspender el consumo de alcohol, ofrézcale su ayuda para lograrlo.
 - Determine el ambiente apropiado para suspender el consumo de alcohol.
 - Planee la suspensión del consumo de alcohol.
 - Coordine la desintoxicación, si es necesario.
 - Durante la desintoxicación, trate los síntomas de abstinencia con el uso de diazepam. Ⓢ » ALC 3.1
- Después de la desintoxicación, evite la recaída con medicación (naltrexona, acamprosato o disulfiram). Ⓢ si está disponible. » ALC 3.2
- Evalúe y trate cualquier comorbilidad médica o psiquiátrica, idealmente después de 2–3 semanas de abstinencia, ya que algunos problemas se resolverán con la abstinencia.
- Considere remitir a un grupo de auto ayuda (tal como Alcohólicos Anónimos) o a una comunidad terapéutica residencial. » ALC 2.3
- **NO** imponga un castigo con la excusa del tratamiento. ✖ » ALC 2.4
- Aborde las necesidades de vivienda y empleo. » ALC 2.4
- Brinde información y apoyo a la persona, los cuidadores y miembros de la familia. » ALC 2.5
- Si están disponibles, ofrezca intervenciones psicosociales, tales como consejería o terapia familiar, consejería o terapia para la solución de problemas, terapia cognitivo conductual, terapia de refuerzo motivacional o terapia para el manejo de contingencias. » INT
- Considere remitir a la persona a un establecimiento de tratamiento especializado. Ⓢ
- Ofrezca seguimiento según sea necesario, inicialmente con más frecuencia.
- Obtenga apoyo de un especialista, según sea necesario. Ⓢ

Uso de alcohol y trastornos por el uso de alcohol

ALC2

Detalles de la intervención

2.1 Obtener la historia sobre el consumo de alcohol

Al preguntar acerca del consumo de alcohol:

- Pregunte sin inducir una respuesta y trate de no mostrar sorpresa por ninguna de las respuestas dadas.
- Pregunte acerca del nivel y el patrón de consumo de alcohol, así como también acerca de cualquier conducta asociada con el uso de alcohol que puede poner en riesgo la salud de la persona y la salud de terceros (es decir, dónde, cuándo y con quién está generalmente cuando consume alcohol, qué factores desencadenan el consumo de alcohol, qué actividades realiza cuando está embriagado, implicaciones financieras, capacidad de cuidar niños y violencia hacia otros).
- Pregunte acerca de daños causados por el alcohol, incluyendo:
 - accidentes, conducir un vehículo bajo los efectos del alcohol;
 - relaciones interpersonales problemáticas;
 - problemas médicos tales como enfermedad hepática /úlceras estomacales;
 - problemas legales/ financieros;
 - relaciones sexuales mientras está bajo los efectos del alcohol y de las que posteriormente se arrepiente o son riesgosas;
 - violencia relacionada con el alcohol, incluyendo violencia doméstica.
- Pregunte sobre el inicio y la evolución del consumo de alcohol en relación con otros acontecimientos de la vida, por ejemplo, haciendo una historia cronológica.
- Si existe evidencia de consumo de riesgo o perjudicial de alcohol, investigue la dependencia preguntando acerca del desarrollo de la tolerancia, síntomas de abstinencia, consumo de mayores cantidades o durante un periodo de tiempo más prolongado del que deseaba, consumo continuo de alcohol a pesar de los problemas relacionados con el mismo, dificultad para suspender o reducir el consumo de alcohol y dipsomanía.

- Pregunte acerca de su red social y sobre los patrones del consumo de alcohol y de otras sustancias.

Cuando examine a la persona, explore:

- la presencia de intoxicación y abstinencia;
- evidencia de consumo excesivo y prolongado de alcohol, tal como enfermedad hepática (hígado agrandado, señales periféricas de lesión hepática), daño cerebeloso o de los nervios periféricos.

Análisis que se deben considerar (cuando es posible):

- enzimas hepáticas y examen de hemograma.

2.2 Intervenciones breves para reducir el consumo perjudicial de alcohol

- Ejemplos de formas en que se puede reducir el consumo perjudicial o peligroso de alcohol
 - no tener bebidas alcohólicas en casa;
 - no ir a bares u otros lugares donde las personas consumen alcohol;
 - pedir apoyo a la familia o amigos;
 - pedir a la persona que regrese con la familia o amigos y que analicen juntos en el centro de salud cuál es el camino a seguir.
- Analizar con la persona acerca de las razones por las cuales consume alcohol
 - involucre a la persona en una discusión sobre su consumo de alcohol permitiéndole que hable sobre los beneficios percibidos por el consumo de alcohol y sobre el daño real y /o potencial por el uso de alcohol, teniendo en consideración las cosas que son más importantes en la vida de esa persona;

- Dirija la discusión hacia una evaluación equilibrada de los efectos positivos y negativos del consumo de alcohol, cuestionando la sobrestimación de los beneficios y traiga a colación los aspectos negativos que tal vez estén siendo subestimados;
- Evite entrar en conflicto con la persona y, si encuentra resistencia, trate de expresarse en una forma diferente, tratando de llegar, en la medida de lo posible, a un entendimiento sobre el impacto real del consumo de alcohol en la vida de la persona;
- Motive a la persona a decidir por sí misma si desea cambiar su patrón de consumo de alcohol, especialmente después de haber hecho un análisis equilibrado de los pros y los contras del patrón actual de consumo;
- Si la persona todavía no está lista para suspender o reducir el consumo de alcohol, entonces pídale que regrese para analizarlo en más detalle.

2.3 Grupos de autoayuda

- Considere aconsejar a las personas que tienen dependencia de alcohol a formar parte de un grupo de autoayuda, por ejemplo, Alcohólicos Anónimos. Considere facilitar el contacto inicial, por ejemplo, concertando la cita y acompañando a la persona a la primera sesión.

2.4 Abordar las necesidades de vivienda y empleo

- Donde estén disponibles, trabaje con las agencias locales y los recursos comunitarios para ofrecer empleo con apoyo a aquellas personas que necesitan ayuda para regresar al trabajo o para encontrar un empleo, y para permitir el acceso a oportunidades locales de empleo (o educativas), de acuerdo con las necesidades y el nivel de habilidades de la persona.

Uso de alcohol y trastornos por el uso de alcohol

ALC 2

Detalles de la Intervención

- Donde estén disponibles, trabaje con las agencias locales y los recursos comunitarios para encontrar residencias asistidas o residencia de apoyo, así como también centros de vida independiente, si fueran necesarios. Al aconsejar y facilitar el tipo de residencia óptima, considere detenidamente la capacidad de la persona y la disponibilidad de alcohol u otras sustancias.

2.5 Apoyo a las familias y los cuidadores

Analice con las familias y los cuidadores el impacto que el consumo y dependencia de alcohol tiene sobre ellos mismos y sobre otros familiares, incluyendo los niños. Basado en la retroalimentación de las familias:

- Ofrezca una evaluación de sus necesidades personales, sociales y de salud mental.
- Brinde información y educación acerca del consumo y la dependencia de alcohol.
- Ayude a identificar fuentes de estrés relacionadas con el consumo de alcohol; explore métodos de afrontamiento y promueva conductas de afrontamiento efectivas.
- Informe a la persona y ayúdela a acceder a grupos de apoyo (por ejemplo, grupos de auto ayuda para familias y cuidadores) y otros recursos sociales.

2.6 Uso de sustancias en la adolescencia

Aclare la naturaleza confidencial de la discusión sobre la atención de la salud, incluyendo en qué circunstancias se suministrará información a los padres o a otros adultos.

- Identifique los asuntos subyacentes más importantes para el adolescente, teniendo en cuenta que ellos a menudo no pueden expresar bien sus problemas. Esto podría hacerse mediante preguntas abiertas que abarquen las áreas cubiertas por el acrónimo en inglés HEAD (Hogar, Educación/ Empleo/Alimentación, Actividades, Drogas y alcohol, Sexualidad/ Seguridad/Suicidio) y permitiendo tiempo suficiente para el debate.

- Los jóvenes pueden presentar una dependencia grave de alcohol, aunque usualmente sus problemas por uso de sustancias son menos graves que en los adultos. La aplicación de pruebas que detectan problemas de alcohol y droga es de igual importancia en adolescentes y adultos.

- Brinde información a los padres y adolescentes con respecto a los efectos que el alcohol y otras sustancias tienen en la salud y el funcionamiento social de la persona.

- Promueva un cambio en el entorno del adolescente en lugar de enfocarse directamente en el adolescente como el problema. Por ejemplo, promueva la participación en la escuela o el trabajo y en actividades después de clase/trabajo que ocupen el tiempo del adolescente, y promueva la participación en actividades de grupo que faciliten la adquisición de habilidades y la contribución a sus comunidades. Es importante que los adolescentes se involucren en actividades que les interesen.

- Motive a los padres y/o a los adultos responsables a que se mantengan informados sobre dónde está el adolescente, con quién está, qué está haciendo, cuándo volverá a casa, y a que esperen que el adolescente sea responsable de sus actividades.

- Aliente a los padres a establecer expectativas claras (y que al mismo tiempo estén preparados para negociarlas con el adolescente) y a analizar con él las consecuencias de su conducta y de su falta de cumplimiento con las expectativas.

- Recomiende a los padres limitar las conductas propias que puedan estar contribuyendo al uso de sustancias de sus hijos, incluyendo la compra o suministro de alcohol o la provisión de dinero que se gasta en el uso de sustancias, teniendo en cuenta la posible influencia que su propio consumo de alcohol y sustancias puede tener en sus hijos.

2.7 Mujeres-Embarazo y lactancia

- Aconseje a las mujeres que están embarazadas o que consideran quedar embarazadas evitar por completo el consumo de alcohol.

- Aconseje a las mujeres que el consumo de alcohol durante los primeros meses de embarazo, aunque solo sean cantidades pequeñas, puede causar daño al feto en formación y que cantidades más grandes de alcohol pueden causar un síndrome de graves problemas del desarrollo conocido como Síndrome Alcohólico Fetal (SAF).

- Aconseje a las mujeres que están amamantando que eviten por completo el consumo de alcohol.

- Teniendo en cuenta los beneficios de la lactancia exclusiva (especialmente durante los 6 primeros meses), si la madre continúa consumiendo alcohol, se les debe aconsejar que limiten su consumo y que minimicen el contenido de alcohol en la leche materna, por ejemplo, amamantando antes de ingerir alcohol y no volviendo a amamantar hasta que los niveles de alcohol en la sangre bajen a cero (permitiendo aproximadamente 2 horas para cada bebida consumida, es decir, 4 horas si se han consumido DOS bebidas) o usando leche materna almacenada.

- Se debe ofrecer a las madres con uso de sustancias y a sus hijos pequeños, los servicios de apoyo disponibles, incluyendo visitas adicionales después del parto, capacitación en buenas prácticas de crianza y atención infantil durante las visitas médicas.

Uso de alcohol y trastornos por el uso de alcohol

ALC3

Detalles de la Intervención

3.1 Tratamiento de la abstinencia de alcohol

- Manténgase pendiente de la persona en riesgo de un síndrome de abstinencia, por ejemplo, la persona con dependencia de alcohol no diagnosticada en el hospital del distrito.
- Cuando existe evidencia que se está desarrollando un síndrome de abstinencia (o, en el caso de abstinencia planeada, antes que se presenten los síntomas de abstinencia), administre diazepam  a una dosis inicial de hasta 40 mg diarios (es decir, 10 mg cuatro veces al día o 20 mg dos veces al día) durante 3–7 días. En las personas con disminución del metabolismo hepático (por ejemplo, insuficiencia hepática, ancianos) use una sola dosis inicial (5–10 mg) y determine la acción de esta dosis antes de prescribir otras dosis.

 La dosis y duración del tratamiento con diazepam se debe determinar individualmente, de acuerdo con la gravedad de los síntomas de abstinencia y la presencia de otros trastornos médicos. En entornos hospitalarios, el diazepam se puede administrar con más frecuencia (es decir, cada hora) y hasta dosis diarias más altas (es decir, hasta 120 mg diarios por los primeros 3 días, si es necesario) y en base a evaluaciones frecuentes de la persona.

- Administre 100 mg diarios de tiamina  por vía oral durante 5 días (o durante más tiempo si se requiere) para prevenir el desarrollo de síndromes por deficiencia de tiamina, tales como la encefalopatía de Wernicke. Considere otro suplemento vitamínico cuando se indique.
- Asegure una ingesta adecuada de líquidos y verifique que se satisfagan las necesidades de electrolitos. Corrija los niveles de potasio y magnesio que generalmente están bajos.
- Asegure el apoyo a los cuidadores.

- En la medida posible, proporcione un ambiente tranquilo y no estimulante, que esté bien iluminado durante el día y suficientemente iluminado durante la noche para evitar que la persona se caiga si se levanta de la cama en la noche.
- Cuando la persona tiene dependencia grave de alcohol (historia previa de síntomas graves por abstinencia de alcohol, convulsiones o delirium) o graves trastornos médicos o psiquiátricos concomitantes o no cuenta con el apoyo adecuado, **CONSULTE A UN ESPECIALISTA**, si está disponible. 
- Considere y trate otros problemas médicos (por ejemplo, encefalopatía de Wernicke, encefalopatía hepática, sangrado gastrointestinal, lesiones de la cabeza con o sin hematoma subdural). Las benzodiazepinas no se deben usar en personas con encefalopatía hepática o depresión respiratoria.

En caso de dejar de beber alcohol

- ¿Ha habido episodios previos de síntomas graves de abstinencia, convulsiones o delirium?
- ¿Existen otros problemas médicos o psiquiátricos significativos?
- ¿Se presentan características de abstinencia dentro de las 6 horas siguientes a la última bebida alcohólica?
- ¿Ha fracasado el tratamiento ambulatorio de la abstinencia?
- ¿No tiene donde vivir la persona o no cuenta con apoyo social?
-  Si responde **SÍ** a cualquiera de las preguntas anteriores, entonces es preferible ingresar a la persona en un hospital para que reciba el tratamiento de abstinencia alcohólica.

Delirium por la abstinencia de alcohol

- Lleve a la persona en un ambiente seguro y no estimulante donde sea muy poco probable que se pueda causar daño.
- Administre diazepam para tratar los síntomas subyacentes de la abstinencia de alcohol. 
- Administre 100 mg de tiamina por vía i.v. o i.m. 3 veces al día durante 5 días. 
- Use medicación antipsicótica, si es necesario, solo mientras duren los síntomas psicóticos (por ejemplo 2.5–5 mg de haloperidol por vía oral tres veces al día). 
- Mantenga la hidratación.
- Evite constreñir a la persona.

Considere siempre otras causas de delirium y alucinaciones (por ejemplo, lesiones de la cabeza, hipoglucemia, infección (neumonía, con mayor frecuencia), hipoxia, encefalopatía hepática o enfermedad vascular cerebral).

Uso de alcohol y trastornos por el uso de alcohol

ALC3

Detalles de la Intervención

3.2 Medicamentos para la prevención de recaídas después de la abstinencia 6

Algunos medicamentos ayudan al tratamiento de la dependencia de alcohol y aumentan las probabilidades de que la persona se mantenga abstemia. Los medicamentos principales son acamprosato, naltrexona y disulfiram. La decisión para usar cualquiera de estos medicamentos se debe tomar teniendo en consideración las preferencias de la persona, así como una evaluación del beneficio frente al riesgo (por ejemplo, existe riesgo excesivo si el medicamento es administrado por personal de salud que no está médicamente capacitado o si la persona tiene enfermedad hepática o está usando otras drogas). Si fuera posible, se deben evitar los tres medicamentos en mujeres que estén embarazadas o amamantando, y en personas con insuficiencia renal o hepática significativa, aunque cada situación se debe evaluar individualmente. Si existe la disponibilidad de un centro especializado, la persona puede ser referida a dicho lugar para recibir éste y otros tratamientos. Una respuesta efectiva con la administración de estos medicamentos puede incluir una reducción en la cantidad y frecuencia del consumo de alcohol, o una abstinencia completa.

3.2.1 Acamprosato

En la persona dependiente del alcohol, el acamprosato suprime el ansia por consumir alcohol. Es preferible comenzar inmediatamente después de que se ha logrado suspender el consumo de alcohol. Se administra en una dosis de 2 comprimidos (cada uno contiene 333 mg de acamprosato), tres veces al día, excepto en las personas con un peso corporal de menos de 60 kg, en cuyo caso la dosis se reduce a 2 comprimidos dos veces al día. El tratamiento generalmente se administra durante 12 meses. Un 20 % de los pacientes pueden presentar reacciones adversas asociadas con el tratamiento de acamprosato. Las mismas incluyen diarrea, náuseas, vómitos, dolor abdominal, prurito, ocasionalmente erupción maculopapular, y rara vez reacciones cutáneas bullosas.

3.2.2 Naltrexona

La naltrexona también suprime el ansia por ingerir alcohol. Se puede empezar después de la abstinencia de alcohol a una dosis de 50 mg por día. Luego se mantiene dentro del rango de 50–100 mg durante 12 meses. Es importante destacar que la persona no debe haber tomado ningún medicamento opioide en los últimos 7 días. Se debe advertir a la persona que la naltrexona bloqueará los medicamentos opioides en caso de que necesite analgesia opioide en el futuro cercano. Las reacciones adversas se presentan en aproximadamente 20% de los pacientes e incluyen náuseas, dolor abdominal, ansiedad, dificultades del sueño, dolor de cabeza, reducción de la energía, dolor de articulaciones y dolor muscular. Dosis más altas de naltrexona pueden producir toxicidad hepática y, si fuera posible, se deben realizar pruebas rutinarias de la función hepática.

3.2.3 Disulfiram

El efecto del disulfiram está basado en el temor a la reacción desagradable y potencialmente peligrosa cuando la persona que está tomando el medicamento consume alcohol. Las reacciones incluyen rubor facial, náuseas, vómitos y desvanecimiento. Se debe informar a la persona acerca de este mecanismo de acción y la naturaleza de la reacción disulfiram-alcohol, incluyendo el hecho de que 15,000 pacientes tratados con disulfiram fallecieron a causa de la reacción con el alcohol (esta cifra es baja en comparación con el riesgo de morir por dependencia de alcohol no tratada). Se debe ofrecer disulfiram a los pacientes motivados cuya adherencia al tratamiento puede ser monitoreada por el personal, los cuidadores o familiares que administran el tratamiento, y cuando los profesionales de atención de la salud conocen perfectamente los posibles efectos adversos, incluyendo la reacción disulfiram-alcohol. La dosis generalmente es de 20 mg al día. Las reacciones adversas incluyen somnolencia, fatiga, náuseas, vómito, reducción de la libido, y menos comunes son las reacciones psicóticas, dermatitis alérgicas, neuritis periférica o daño de las células hepáticas. El disulfiram está contraindicado en personas con enfermedad coronaria del corazón, insuficiencia cardíaca, historia de enfermedad vascular cerebral, hipertensión, psicosis, trastornos graves de la personalidad o riesgo suicida.

Uso de drogas y trastornos por el uso de drogas

DRO

Los trastornos que resultan de los diferentes patrones de consumo de drogas incluyen la sobredosis de sedantes, intoxicación o sobredosis aguda de estimulantes, consumo perjudicial o de riesgo de drogas, dependencia a la marihuana, dependencia a opioides, dependencia a estimulantes, dependencia a benzodiazepinas y sus estados de abstinencia respectivos.

El uso perjudicial de drogas es un patrón de consumo de sustancias que daña la salud. El daño puede ser físico (como en los casos de infecciones relacionadas al consumo de drogas) o mental (por ejemplo, episodios de trastorno depresivo) y a menudo está asociado a daño en el funcionamiento social (por ejemplo, problemas familiares, problemas legales o laborales).

La dependencia de drogas es un conjunto de fenómenos fisiológicos, conductuales y cognitivos en los cuales el consumo de drogas asume una prioridad mucho más alta para un determinado individuo en comparación con otras conductas que alguna vez tuvieron un valor mayor.

El estado de abstinencia de drogas hace referencia al conjunto de síntomas que aparecen al suspender el uso de una droga, después de haberla usado diariamente y durante un tiempo prolongado.

Uso de drogas y trastornos por el uso de drogas



DRO 1

Guía de Evaluación y Manejo » para Casos de Emergencia



1. ¿Está la persona sufriendo de una sobredosis de sedantes?

Sobredosis de opioides u otras sobredosis de sedantes o drogas mezcladas con o sin sobredosis de alcohol

- » No reacciona o la reacción es mínima
- » Ritmo respiratorio lento
- » Pupilas diminutas (sobredosis de opioides)

Si

- » Frecuencia respiratoria < 10
- » Saturación de oxígeno < 92 %

- » Examine la vía respiratoria, respiración y circulación
- » Naloxona 0.4 mg, subcutáneo, i.m. o i.v. (efectiva para sobredosis de opioides – pero no para sobredosis de otros sedantes), repita si es necesario.
- » Observe durante 1–2 horas después de la administración de naloxona.
- » Para sobredosis debida a opioides de acción prolongada – derive a la persona al hospital + para que reciba una infusión de naloxona o soporte ventilatorio.

¡Si no reacciona a la naloxona!

- » ofrezca soporte ventilatorio y derive a la persona al hospital

2. ¿Está la persona en un estado de intoxicación o sobredosis aguda por estimulantes?

- » Pupilas dilatadas
- » Excitación, flujo del pensamiento acelerado, razonamiento desordenado, paranoia
- » Consumo reciente de cocaína u otros estimulantes
- » Aumento del pulso y de la presión arterial
- » Conducta agresiva, errática o violenta

Si

Intoxicación o sobredosis por estimulantes del tipo amfetamina o cocaína

- » Administre diazepam en dosis progresivas hasta que la persona esté calmada y ligeramente sedada.
- » Si los síntomas psicóticos no responden a las benzodiazepinas, entonces considere el uso de antipsicóticos a corto plazo.
- » **NO** comience el tratamiento prolongado con antipsicóticos. ✗
- » Monitoree cada 2–4 horas la presión arterial, el pulso, la frecuencia respiratoria, la temperatura
- » Si la persona se queja de dolor en el pecho, si hay presencia de taquiarritmias o si se torna violenta o incontrolable, derive la persona al hospital. +
- » Durante la fase posterior a la intoxicación – esté pendiente de los pensamientos o acciones suicidas.

3. ¿Está la persona sufriendo de una abstinencia aguda de opioides?

- » Historia de dependencia de opioides, reciente suspensión en los últimos días después de consumo excesivo
- » Dolores musculares, calambres abdominales, dolores de cabeza
- » Náuseas, vómito, diarrea
- » Pupilas dilatadas
- » Aumento del pulso y de la presión arterial
- » Bostezos, ojos llorosos y secreción nasal, piloerección ("piel de gallina")
- » Ansiedad, inquietud

Si

Abstinencia de opioides

- » Trate a la persona reduciendo las dosis de opioides (metadona, buprenorfina) o agentes alfa-adrenérgicos (clonidina, lofexidina) usando dosis supervisadas o dosis suministradas diariamente.
- » Trate los síntomas específicos (diarrea, vómitos, dolor muscular, insomnio), según sea necesario.
- » Considere iniciar el tratamiento de mantenimiento con agonistas opioides
- » Rehidratación por vía oral o vía intravenosa, si es necesario.

Uso de drogas y trastornos por el uso de drogas

DRO 1

Guía de Evaluación y Manejo

1. ¿Ha usado la persona drogas ilícitas o no prescritas de forma tal que existe riesgo de perjudicar la salud?

- » Pregunte acerca del consumo reciente de drogas. » DRO 2.1
- » Explore daños relacionados con las drogas.

NOTA: Los cuestionarios de tamizaje, tales como el OMS-ASSIST, pueden ser utilizados para explorar el uso de drogas y problemas relacionados.

Si

Si responde **SÍ**, entonces evalúe si hay dependencia (refiérase al punto 2 a continuación) y al daño relacionado con drogas.

Si la persona **NO** es dependiente de drogas, entonces el cuadro clínico es:

CONSUMO DE RIESGO DE DROGAS

O

CONSUMO PERJUDICIAL DE DROGAS

NOTA: Detección de casos

La prevalencia de los trastornos por uso de drogas varía enormemente entre un área y otra. En áreas con altos niveles de uso de drogas, puede ser apropiado preguntarles a todos los pacientes acerca de su consumo. Esto puede hacerse informalmente o mediante el uso de un cuestionario como el OMS-ASSIST. En otros entornos, pregunte acerca del uso de drogas cuando las características clínicas sugieren la presencia de un trastorno por uso de sustancias. Estas incluyen apariencia descuidada, lesiones, infecciones y problemas de salud mental.

- » Indique claramente los resultados de la evaluación sobre el uso de sustancias y explique los vínculos entre este nivel de consumo, los problemas de salud de la persona y los riesgos a corto y largo plazo de continuar consumiendo la sustancia al nivel actual.
- » Pregunte acerca de otros usos de sustancias. » ALC 2.1
- » Sostenga una breve conversación sobre las razones por las cuales la persona consume drogas.
- » Para conocer los detalles, refiérase a **Intervenciones Breves** » DRO 2.2
- » Indique claramente la recomendación para suspender el uso de sustancias nocivas y su disposición para ayudar a la persona a lograrlo.
 - Si la persona está dispuesta a tratar de reducir o suspender el consumo de drogas, entonces analice las formas de lograr este objetivo.
 - De lo contrario, comuníquese con confianza que es posible suspender o reducir el consumo de riesgo de sustancias nocivas y motive a la persona a regresar si desea analizar el problema más detenidamente.
- » Si la persona es un adolescente, refiérase a la sección sobre uso de sustancias en adolescentes. » ALC 2.6
- » Si es una mujer que está embarazada o en periodo de lactancia, refiérase a » DRO 2.7
- » Brinde seguimiento en la próxima oportunidad.
- » Obtenga el consejo de un especialista para las personas que actualmente consumen drogas y que no han respondido a las intervenciones breves. »

2. ¿Existen características de dependencia de drogas?

- Realice una evaluación detallada del consumo de drogas. » DRO 2.1

Busque:

- Un intenso deseo o urgencia por consumir drogas.
- Dificultades para controlar el consumo de drogas en términos de su inicio, terminación o niveles de consumo.
- Estado fisiológico de abstinencia cuando ha cesado o se ha reducido el consumo de drogas, según se demuestra a través del síndrome característico de abstinencia de drogas; o uso de la misma sustancia (o una sustancia estrechamente relacionada) con la intención de aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.
- Evidencia de tolerancia, de forma tal que se requieren dosis más altas de la sustancia para lograr los efectos originalmente producidos por dosis más bajas.
- Desinterés progresivo por los placeres o intereses alternativos debido al consumo de drogas, aumento en la cantidad de tiempo necesario para obtener o consumir drogas o para recuperarse de sus efectos.
- El uso persistente de drogas, a pesar de clara evidencia de consecuencias definitivamente perjudiciales.

Si

Si están presentes 3 o más características,

considere el trastorno clínico
DEPENDENCIA DE DROGAS

- Indique claramente el diagnóstico e informe sobre los riesgos de daño a corto y largo plazo.
- Explore las razones por las cuales la persona consume drogas, usando técnicas de intervención breve. » DRO 2.2
- Aconseje a la persona suspender por completo el uso de la sustancia e indique su intención de apoyar a la persona para lograrlo.
- Pregunte a la persona si está lista para suspender el uso de la sustancia.

➤ Dependencia a la marihuana o a estimulantes

– Brinde una intervención breve más intensiva (es decir, hasta 3 sesiones, con una duración de 45 minutos cada una).

» DRO 2.2

– Trate los síntomas de abstinencia. » DRO 3.3

– Coordine la desintoxicación, si es necesario.

➤ Dependencia de opioides

– Evalúe la gravedad de la dependencia. » DRO 2.1

– En la mayoría de los casos, recomiende el tratamiento de mantenimiento con agonistas opioides (también conocido como terapia de sustitución de opioides, TSO). Brinde TSO o remita a TSO, si estuviera disponible. » DRO 3.1

– Coordine la desintoxicación, si es necesario. » DRO 3.1

➤ Dependencia de benzodiazepinas

– Reducción gradual de benzodiazepinas con administración supervisada o reducción más rápida de benzodiazepinas en un ambiente hospitalario. » DRO 3.2

EN TODOS LOS CASOS

- Considere remitir a la persona a grupos de auto ayuda y comunidades de rehabilitación/terapéuticas. » DRO 2.3
- Aborde las necesidades de vivienda y empleo. » DRO 2.4
- Ofrezca información y apoyo a la persona, los cuidadores y miembros de la familia. » DRO 2.5
- Si están disponibles, ofrezca intervenciones psicosociales, tales como consejería o terapia familiar, consejería o terapia para la solución de problemas, terapia cognitivo conductual, terapia de refuerzo motivacional o terapia para el manejo de contingencias. » INT
- Ofrezca estrategias de reducción de daño para personas que se inyectan drogas. » DRO 2.6

Uso de drogas y trastornos por el uso de drogas

DRO 2

Detalles de la intervención

2.1 Evaluación

Obtener la historia sobre el consumo de drogas

Al preguntar acerca del consumo de drogas:

- » Pregunte en forma imparcial acerca del uso de drogas ilícitas, tal vez después de preguntar sobre el consumo de tabaco / nicotina, alcohol y cualquier droga tradicional que puede ser relevante.
- » Pregunte acerca del nivel y el patrón de consumo, y cualquier conducta asociada con el uso de drogas que pudiera poner en riesgo la salud de la persona y de terceros (por ejemplo, fumar drogas, inyectarse drogas, actividades que realiza cuando está bajo los efectos de la droga, implicaciones financieras, capacidad de cuidar niños, violencia hacia otros).
- » Pregunte sobre el inicio y la evolución del consumo de drogas en relación con otros eventos de la vida, por ejemplo, haciendo una historia cronológica.
- » Pregunte acerca de daños causados por el uso de drogas, incluyendo:
 - lesiones y accidentes
 - conducir un vehículo mientras está bajo los efectos de la droga
 - problemas de interrelaciones
 - inyección de drogas y riesgos relacionados
 - problemas legales / financieros
 - relaciones sexuales mientras está bajo los efectos de la droga y de las que posteriormente se arrepiente o son de riesgo
- » Indague si existe dependencia preguntando acerca del desarrollo de la tolerancia, los síntomas de abstinencia, el consumo de mayores cantidades o durante un periodo de tiempo más prolongado del que deseaba, consumo continuo de drogas a pesar de problemas relacionados con el mismo, dificultad para suspender o reducir el consumo de drogas y ansia por consumir drogas (craving).

Aspectos que se deben explorar durante el examen

- » **Señales de inyección:** Los sitios comunes de inyección son la fosa antecubital o la ingle. La persona puede mostrar dónde se ha inyectado la droga. Las marcas de inyecciones previas aparecen como pigmentaciones de la piel, o adelgazamiento de la piel. Los sitios de inyecciones recientes son pequeños y por lo general están ligeramente rojos e inflamados. En casos de dependencia de drogas inyectadas (como la heroína), tanto los sitios de inyección previos como los recientes deben estar visibles.
- » **Presencia de intoxicación y abstinencia:**
 - Intoxicación por opioides: somnolencia, "atardimiento", lentitud al hablar, pupilas pequeñas y respiración deprimida.
 - Abstinencia de opioides: ansiedad, pupilas dilatadas, calambres abdominales, bostezos, nariz goteante y piloerección. ("piel de gallina").
 - Intoxicación por benzodiazepinas: sedación, lentitud al hablar y lenguaje mal articulado, respiración deprimida.
 - Abstinencia de benzodiazepinas: ansiedad y agitación, calambres musculares, calambres abdominales, aumento del pulso y de la presión arterial, insomnio y (cuando es grave) convulsiones y delirio.
 - Intoxicación por estimulantes: hiperactividad, habla rápida y pupilas dilatadas.
 - Abstinencia de estimulantes: inicialmente fatiga, aumento del apetito, irritabilidad, depresión emocional y ansiedad.
 - Intoxicación por marihuana: conjuntivas rojas, reacciones retardadas y pupilas de tamaño normal.
 - Abstinencia de marihuana: cambios en el estado de ánimo, ansiedad y calambres musculares (puede no haber ninguna característica observable).

- » **Apariencia física y estado mental.** La apariencia física es una guía útil para verificar la capacidad de cuidado personal.
- » **Complicaciones médicas comunes por el uso de drogas inyectadas:** puede haber evidencia de infección VIH y enfermedades relacionadas, hepatitis B o C, infecciones en los sitios de la inyección o tuberculosis.
- » **Otras condiciones médicas frecuentes asociadas con el uso de drogas:** pobre salud bucodental, infecciones cutáneas parasitarias (piojos, sarna), infecciones de transmisión sexual, desnutrición.

Investigaciones que se deben considerar

- » **Prueba de detección de drogas en orina:** puede ser una forma conveniente de verificar una historia de consumo de drogas, especialmente si la persona gana algo por no decir la verdad. Se debe realizar antes de comenzar con la TSO y los resultados deben estar listos antes de empezar la tercera dosis (para prevenir una sobredosis accidental en personas que empiezan TSO sin ser dependientes de opioides). Se puede usar una prueba rápida de orina, aunque sea menos fiables.
- » **Serología para virus de transmisión sanguínea (VIH, hepatitis B y C).**
- » **Pruebas para detectar infecciones de transmisión sexual (ITS).**
- » **Prueba de esputo** (cuando hay sospecha de tuberculosis).

Detalles de la Intervención



Intervenciones Psicosociales

2.2 Técnicas de intervención breve

Formas de hablarle a la persona sobre el uso de sustancias:

- » Involucre a la persona en una discusión sobre su consumo de sustancias de tal manera que pueda hablar sobre los beneficios percibidos y el daño real y / o potencial por el consumo de sustancias, teniendo en consideración las cosas que son más importantes en la vida de esa persona.
- » Dirija la discusión hacia una evaluación equilibrada de los efectos positivos y negativos de la sustancia, cuestionando los beneficios alegados, y traiga a colación algunos de los aspectos negativos que tal vez estén siendo subestimados.
- » Evite entrar en conflicto con la persona y, si encuentra resistencia, trate de expresarse en una forma diferente – tratando, en la medida de lo posible, de que ella llegue a entender el impacto real del consumo de la sustancia en su vida en ese momento.
- » Motive a la persona a decidir por sí misma si desea cambiar su patrón de uso de sustancias, especialmente después de haber hecho un análisis equilibrado de los pros y los contras del actual patrón de consumo.
- » Si la persona todavía no está lista para suspender o reducir el consumo de sustancias, entonces pídale que regrese, tal vez con un familiar o amigo para analizarlo en más detalle.

2.3 Grupos de auto ayuda

Considere aconsejar a las personas que tienen dependencia de drogas a formar parte de un grupo de auto ayuda, por ejemplo, Narcóticos Anónimos. Considere facilitar el contacto inicial, por ejemplo, concertando la cita y acompañando a la persona a la primera sesión.

2.4 Abordar las necesidades de vivienda y empleo

- » Donde estén disponibles, trabaje con las agencias locales y los recursos comunitarios para ofrecer empleo con apoyo a aquellas personas que necesitan ayuda para regresar al trabajo o para encontrar un empleo, y para permitir el acceso a oportunidades locales de empleo (o educativas), basado en las necesidades y nivel de habilidades de la persona.
- » Donde estén disponibles, trabaje con las agencias locales y los recursos comunitarios para encontrar residencias asistidas o residencias de apoyo, así como también centros de vida independiente, si fueran necesarios. Al aconsejar y facilitar el modo óptimo de residencia, considere detenidamente la capacidad de la persona y la disponibilidad de alcohol u otras sustancias.

2.5 Apoyo a las familias y los cuidadores

Analice con las familias y los cuidadores el impacto que el consumo de drogas y los trastornos por consumo de drogas tienen sobre ellos mismos y otros familiares, incluyendo los niños. Basado en la retroalimentación de las familias:

- » Ofrezca una evaluación de sus necesidades personales, sociales y de salud mental.
- » Ofrezca información y educación acerca del consumo de drogas y los trastornos por consumo de drogas.
- » Ayude a identificar las fuentes de estrés relacionadas con el consumo de drogas; explore métodos de afrontamiento y promueva conductas de afrontamiento efectivas.
- » Informe a la persona y ayúdela a acceder a grupos de apoyo (por ejemplo, grupos de auto ayuda para familias y cuidadores) y a otros recursos sociales.

Uso de drogas y trastornos por el uso de drogas



DRO 2

Detalles de la Intervención



Intervenciones Psicosociales

2.6 Estrategias de reducción de daño

- » Aconseje sobre los riesgos de la inyección de drogas.
- » Ofrezca información sobre las técnicas de inyección de menor riesgo y la importancia de utilizar un equipo de inyección estéril.
- » Ofrezca información sobre cómo tener acceso a programas de intercambio de agujas y jeringuillas, si existieran, o a otras fuentes de equipos de inyección estéril.
- » Siempre que sea posible, promueva y ofrezca pruebas para enfermedades virales de transmisión sanguínea.
- » Ofrezca apoyo psicosocial y tratamiento para complicaciones por el uso de drogas y para otros problemas médicos y psiquiátricos, aún si en este momento la persona no desea dejar de consumir sustancias.
- » Cuando se haya establecido una relación a lo largo del tiempo, se deben intensificar los esfuerzos para animar a las personas que se inyectan drogas a recibir tratamiento para sus trastornos por consumo de drogas.

2.7 Mujeres – embarazo y lactancia

- » Indague acerca del ciclo menstrual e informe a las mujeres que el consumo de drogas puede interferir en el ciclo menstrual, creando algunas veces la falsa impresión que no es posible quedar embarazada.
- » Aconseje y apoye a las mujeres que están embarazadas a que suspendan por completo el consumo de sustancias psicoactivas. Se debe informar a las mujeres embarazadas que tienen dependencia de opioides, que deben usar un reemplazo de agonista opioide, por ejemplo, metadona.
- » Explore a los bebés de madres con trastornos por consumo de drogas para detectar síntomas de abstinencia (también conocido como el síndrome de abstinencia neonatal). El síndrome de abstinencia neonatal debido al uso materno de opioides se debe tratar con dosis bajas de opioides (tal como morfina) o barbitúricos.
- » Aconseje y apoye a las mujeres que están amamantando a no consumir ninguna droga psicoactiva.
- » Aconseje y apoye a las madres con trastornos por uso de sustancias a amamantar exclusivamente por lo menos los 6 primeros meses, a menos que un especialista recomiende que no debe amamantar.
- » Se debe ofrecer a las madres con uso de sustancias perjudiciales y a los niños pequeños, los servicios de apoyo que estén disponibles, incluyendo visitas adicionales después del parto, capacitación en buenas prácticas de crianza y el cuidado del niño durante las visitas médicas.

Detalles de la Intervención



Farmacoterapia

3.1 Tratamiento para la abstinencia de opioides

❗ Es necesario actuar con precaución antes de empezar la abstinencia de opioides, especialmente en los casos en los cuales se inyectan. La abstinencia causa una reducción en la tolerancia a los opioides y si se reinicia su uso, la persona estará en riesgo de sobredosis. La abstinencia se realiza mejor cuando existe un plan para ser admitido en un programa residencial de rehabilitación. Alternativamente, se puede considerar a la persona para el tratamiento de mantenimiento con agonistas opioides, ya sea con metadona o buprenorfina. Cuando se toma la decisión de iniciar la abstinencia, informe acerca de los síntomas esperados y la duración del proceso de abstinencia, y seleccione uno de los siguientes:

- ❖ **Buprenorfina:** se administra sublingualmente a un rango de dosis de 4–16 mg por día durante 3 a 14 días. Antes de iniciar el tratamiento con buprenorfina, es importante esperar hasta que sean evidentes los síntomas y señales de abstinencia de opioides (por lo menos 8 horas después de la última dosis de heroína y por lo menos 24–48 horas después de la última dosis de metadona) debido al riesgo de precipitar un síndrome de abstinencia. Se debe tener especial cuidado si se han prescrito otros sedantes a la persona.
- ❖ **Metadona:** se administra oralmente a una dosis inicial de 15–20 mg, aumentando, si fuera necesario, a 30 mg por día, y luego se la disminuye gradualmente en el transcurso de 3 a 10 días. Se debe tener especial cuidado si se han prescrito otros sedantes a la persona.
- ❖ **Clonidina o lofexidina:** se administra a un rango de dosis de 0.1–0.15 mg, 3 veces al día (de acuerdo con el peso corporal). Se pueden presentar síntomas de mareo y sedación. Se debe administrar el tratamiento sintomático, por ejemplo, tratar las náuseas con antieméticos, el dolor con analgésicos simples y el insomnio con sedantes ligeros. Monitoree estrechamente la presión arterial.

3.2 Tratamiento para la abstinencia de benzodiazepinas

La abstinencia efectiva de benzodiazepinas utiliza una disminución gradual de la dosis durante 8–12 semanas y con conversión a benzodiazepinas de acción prolongada; conjuntamente con apoyo psicosocial.

Si se presentan síntomas graves incontrolados debido a la abstinencia de benzodiazepinas (o si se presentan en una forma no planificada después de la suspensión repentina de estas drogas): **CONSULTE A UN ESPECIALISTA** ❶ o a otro experto disponible para el inicio de un régimen de sedación con altas dosis de benzodiazepinas y hospitalización.

- ❶ Evite prescribir benzodiazepinas a pacientes ambulatorios desconocidos.

3.3 Abstinencia de otras drogas (anfetaminas, marihuana, cocaína)

- ❖ Trate los síntomas de abstinencia a medida que surgen, por ejemplo, trate las náuseas con antieméticos, el dolor con analgésicos simples y el insomnio con sedantes ligeros.
- ❖ Mantenga la hidratación.
- ❖ Evite constreñir a la persona.
- ❖ Permita que la persona abandone el centro de tratamiento si así lo desea.
- ❖ Después de la abstinencia o durante el período de abstinencia se pueden presentar síntomas depresivos y la persona puede tener una depresión preexistente. Esté pendiente del riesgo de suicidio.

3.4 Tratamiento continuo y apoyo posterior a la desintoxicación

Ofrezca a todas las personas tratamiento continuo, apoyo y monitoreo después de una desintoxicación exitosa, sin tomar en cuenta el entorno en que se produjo.

3.5 Tratamiento de mantenimiento con agonistas opioides (también conocido como tratamiento de sustitución de opioides)

Mantenimiento con agonistas opioides: requiere la presencia de un esquema de regulación establecido (estos medicamentos no se deben prescribir en ausencia de dicho esquema). Se caracteriza por la prescripción de opioides de acción prolongada, tales como la metadona y la buprenorfina, generalmente con supervisión diaria. Existe sólida evidencia que el tratamiento de mantenimiento con agonistas como la metadona y la buprenorfina reduce efectivamente el uso de drogas ilícitas, la mortalidad, la propagación del VIH y la criminalidad, y mejora la salud física y mental y el funcionamiento social.

Monitoreo: Los medicamentos usados en el tratamiento de mantenimiento con agonistas opioides están sujetos a abuso y uso indebido; por lo tanto, los programas utilizan varios métodos para limitar el riesgo del uso indebido, incluyendo el consumo supervisado.

El suicidio es el acto deliberado de quitarse la vida. La autolesión es un término más amplio que concierne al envenenamiento o lesión intencional autoinfligida, la cual puede o no tener un objetivo o resultado fatal.

A toda persona de más de 10 años de edad que tenga alguna de las siguientes condiciones, se le debe preguntar acerca de pensamientos o planes de autolesión en el último mes y acerca de actos de autolesión en el último año:

- » cualquier otro trastorno prioritario (refiérase al Esquema Principal GI-mhGAP);
- » dolor crónico;
- » alteraciones emocionales agudas.

Evalúe los pensamientos, planes y actos de autolesión durante la evaluación inicial y de allí en adelante en forma periódica, según se requiera.

Atienda el estado mental y el malestar emocional de la persona.



Las preguntas sobre autolesión **NO** provocan actos de autolesión. A menudo reducen la ansiedad asociada con los pensamientos o actos de autolesión y ayudan a la persona a sentirse comprendida. Sin embargo, trate de establecer una relación de confianza con la persona antes de hacerle preguntas sobre autolesión. Pida a la persona que explique cuáles son sus razones para causarse daño.

Autolesión / Suicidio

SUI1

Guía de Evaluación y Manejo



Autolesión/Suicidio

SUI 1

Guía de Evaluación y Manejo

2. ¿Existe riesgo inminente de autolesión/suicidio?

Pregunte a la persona y al cuidador acerca de:

- » Pensamientos o planes actuales para cometer suicidio o autolesión
- » Historia de pensamientos o planes de autolesión en el último mes o acto de autolesión en el último año
- » Acceso a los métodos de autolesión

Busque:

- » Alteraciones emocionales graves
- » Desesperanza
- » Agitación extrema
- » Violencia
- » Conducta poco comunicativa
- » Aislamiento social

SI

Si hay:

- » Pensamientos o planes actuales de autolesión o suicidio
- » historia de pensamientos o planes de autolesión en el último mes o acto de autolesión en el último año en una persona que está ahora extremadamente agitada, violenta, afligida o poco comunicativa

Hay riesgo inminente de Autolesión/suicidio

» Tome las siguientes precauciones: 1

- Elimine los métodos de autolesión;
- Cree un ambiente seguro y con apoyo; si fuera posible, ofrezca un área separada y tranquila mientras espera.
- No deje a la persona sola.
- Supervise y asigne a un miembro del personal o a un familiar para garantizar la seguridad.
- Atienda el estado mental y la angustia.

» Ofrezca y active el apoyo psicosocial. » SUI 2.2

» Consulte a un especialista de salud mental, si estuviera disponible. 1

» Mantenga contacto constante y ofrezca seguimiento. » SUI 2.4

NO

Si no hay riesgo inminente de autolesión/suicidio, pero hay historia de pensamientos o planes de autolesión en el último mes o de autolesión en el último año

» Ofrezca y active el apoyo psicosocial. » SUI 2.2

» Consulte a un especialista de salud mental, si estuviera disponible. 1

» Mantenga contacto regular y de seguimiento. » SUI 2.4

3. Tiene la persona trastornos mentales, neurológicos o por uso de sustancias, considerados prioritarios y concomitantes? (refiérase al Esquema Principal mhGAP)

- » Depresión
- » Trastornos por consumo de alcohol o de drogas
- » Trastorno Bipolar
- » Psicosis
- » Epilepsia
- » Trastornos conductuales

SI

Si hay trastornos prioritarios concomitantes

Maneje las condiciones concomitantes (refiérase a los módulos respectivos) en conjunto con las acciones antes mencionadas.

4. ¿Tiene la persona dolor crónico?

SI

Si hay dolor crónico presente

Trate el dolor y cualquier enfermedad médica relevante.

5. ¿Tiene la persona síntomas emocionales suficientemente graves para justificar el tratamiento clínico?

- » Dificultades para llevar a cabo su trabajo usual, actividades escolares, domésticas o sociales
- » Marcada aflicción o búsqueda reiterada de ayuda
- » Auto medicación frecuente para alteraciones emocionales o para los síntomas somáticos sin explicación médica

SI

Si responde SI, se justifica el manejo clínico adicional de los síntomas

Refiérase al módulo. Otros síntomas emocionales significativos o padecimientos sin explicación médica. » OTR

Autolesión / Suicidio



SUI2

Detalles de la Intervención

Consejo y Tratamiento

2.1 Cuidado de la persona con problemas de autolesión

- » Coloque a la persona en un ambiente seguro y con apoyo en el centro de salud (no la deje sola). Si una persona con problemas de autolesión debe esperar por el tratamiento, ofrézcale un ambiente que minimice el malestar, si fuera posible en un área tranquila y separada con supervisión. Debe estar en contacto constante con un miembro designado del personal o un familiar para garantizar la seguridad.
- » Elimine los métodos de autolesión.
- » Consulte a un especialista de salud mental, si estuviera disponible. **1**
- » Acuda a la familia, los amigos y otras personas involucradas o a los servicios comunitarios para que monitoreen y apoyen a la persona durante el periodo de riesgo inminente. » SUI 2.2
- » Trate a las personas que tienen problemas de autolesión con la misma atención, respeto y privacidad que se ofrecen a otras personas, y sea sensible al posible malestar emocional asociado con los actos de autolesión.
- » Incluya a los cuidadores si la persona desea contar con su apoyo durante la evaluación y el tratamiento, aunque la evaluación psicológica generalmente debe incluir una entrevista individual entre la persona y el profesional de la salud para ayudar a explorar inquietudes o asuntos privados.
- » Ofrezca apoyo emocional a los familiares /cuidadores, si lo necesitan.
- » Garantice la continuidad de la atención.

- » Con el fin de prevenir actos de autolesión, no se recomienda la hospitalización en unidades no psiquiátricas de hospitales generales. Si para atender las consecuencias médicas de un acto de autolesión es necesario la internación en un hospital general (no psiquiátrico), monitoree estrechamente a la persona para prevenir actos de autolesión durante su estancia en el hospital.
- » Si prescribe medicación: **6**
 - use medicinas que sean las menos peligrosas en caso de sobredosis;
 - entregue prescripciones de corta duración (por ejemplo, para una semana a la vez).

2.2 Ofrecer y activar el apoyo psicosocial

Ofrezca apoyo psicosocial

- » Ofrezca apoyo a la persona.
- » Explore las razones y formas de permanecer con vida.
- » Céntrese en las fortalezas positivas de la persona permitiéndole hablar acerca de cómo se han resuelto los problemas previos.
- » Si se contara con suficientes recursos humanos disponibles, considere la terapia de solución de problemas para tratar a las personas que han cometido actos de autolesión durante el último año. » INT

Active el apoyo psicosocial.

- » Incorpore a la familia, los amigos y las personas interesadas y a otros recursos disponibles para asegurar que la persona esté siendo estrechamente monitoreada mientras persiste el riesgo.
- » Aconseje a la persona y a los cuidadores a restringir el acceso a los métodos usados para autoagredirse (por ejemplo, pesticidas y otras sustancias tóxicas, medicamentos, armas de fuego), mientras la persona tenga pensamientos, planes o actos de autolesión.
- » Mejore y coordine el apoyo social con los recursos comunitarios disponibles. Estos incluyen recursos informales, tales como familiares, amigos, conocidos, colegas y líderes religiosos, o recursos comunitarios formales, si están disponibles, tales como centros de crisis y centros locales de salud mental.
- » Informe a los cuidadores y a otros miembros de la familia que preguntarle a una persona directamente acerca del suicidio a menudo reduce la ansiedad que rodea el sentimiento; la persona se puede sentir aliviada y mejor comprendida.
- » Los cuidadores de las personas que están en riesgo de autolesión con frecuencia tienen mucho estrés. Ofrezca apoyo emocional a los familiares /cuidadores, si lo necesitan.
- » Informe a los cuidadores que aunque se puedan sentir frustrados, es recomendable que eviten las críticas severas y la hostilidad hacia la persona que está en riesgo de autolesión.

Detalles de la Intervención

Consejo y Tratamiento

2.3 Manejo de la Intoxicación por Pesticidas

- » Si el establecimiento de atención médica tiene un conjunto mínimo de capacidades y recursos, entonces intente utilizar el documento de la OMS sobre el manejo clínico de la intoxicación aguda por pesticidas (http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/pesticides_intoxication.pdf) (solo en inglés).

De otra forma, transfiera a la persona inmediatamente a un establecimiento que tenga los siguientes recursos: ➔

- capacidad y conocimientos acerca de cómo reanimar a las personas y evalúe para determinar las características clínicas de envenenamiento por pesticida;
 - capacidad y conocimientos para manejar la vía respiratoria, en particular para intubar y asegurar la continuación de la respiración hasta que se pueda colocar un ventilador;
 - atropina y métodos para su administración intravenosa (i.v.) si se presentan signos de envenenamiento colinérgico;
 - diazepam y métodos para su administración i.v. si la persona presenta convulsiones.
- » Considere dar carbón activo si la persona está consciente, si da su consentimiento informado y si ocurre dentro de una hora después del envenenamiento.
 - » No se recomienda la emesis forzada.
 - » No se deben administrar líquidos por vía oral.

2.4 Mantener contacto constante y ofrecer seguimiento

- » **Inicialmente mantenga contacto** (a través del teléfono, visitas al domicilio, cartas o tarjetas de contacto) **con más frecuencia** (por ejemplo, semanalmente durante los primeros 2 meses) y con menos frecuencia a medida que la persona mejora (de allí en adelante, una vez en 2–4 semanas). Si es necesario, considere mantener contacto más intenso o prolongado.
- » Ofrezca seguimiento mientras persista el riesgo de suicidio. En cada contacto, evalúe rutinariamente los pensamientos y planes suicidas. Si el riesgo es inminente, refiérase a la sub-sección Riesgo de autolesión / suicidio en la sección Evaluación y Manejo de este módulo. ➔ **SUI 1**

2.5. Prevención del suicidio

Además de la evaluación y el manejo clínico de los trastornos prioritarios, los directores de salud a nivel de distrito y los profesionales de atención sanitaria pueden tomar las siguientes acciones para prevenir el suicidio:

- » **Restringir el acceso a los métodos usados para autoagredirse** (tales como pesticidas, armas de fuego, lugares altos).
 - Involucrar activamente a la comunidad para encontrar formas localmente factibles de implementar las intervenciones a nivel de la población con el fin de reducir el acceso a los métodos de suicidio.
 - Establecer la colaboración entre el sector salud y otros sectores relevantes.
- » **Diseñar políticas para reducir el uso perjudicial del alcohol como un componente de la prevención del suicidio**, particularmente en las poblaciones con alta prevalencia de consumo de alcohol.
- » **Ayudar y motivar a los medios de comunicación a seguir prácticas de comunicación responsables con respecto al suicidio.**
 - Evitar emplear un lenguaje que intenta causar sensacionalismo, o aceptar como normal el suicidio, o presentarlo como la solución a un problema.
 - Evitar fotografías y descripciones explícitas del método utilizado para suicidarse.
 - Proporcionar información acerca de dónde se puede obtener ayuda.

Otros síntomas emocionales significativos o padecimientos sin explicación médica

OTR

Las personas en la categoría "Otros síntomas emocionales significativos o padecimientos sin explicación médica" de la GI-mhGAP presentan síntomas de ansiedad o síntomas depresivos o somáticos sin explicación médica. No tienen ninguna de las condiciones cubiertas en otras partes de este documento (excepto, posiblemente, por la condición de autolesión). Las personas en esta categoría pueden experimentar angustia "normal" o un trastorno mental no cubierto en la guía GI-mhGAP (por ejemplo, trastorno somatomorfo, depresión leve, distimia, trastorno de pánico, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno por estrés postraumático, reacción a estrés agudo).

El manejo de "Otros síntomas emocionales significativos o padecimientos sin explicación médica" por parte de los profesionales médicos capacitados en GI-mhGAP excluye los medicamentos psicotrópicos. No obstante, un subgrupo de personas que están en esta categoría se puede beneficiar de los medicamentos prescritos por un profesional médico calificado que esté capacitado en el diagnóstico y tratamiento basado en la evidencia de las condiciones no cubiertas en esta Guía de Intervención.

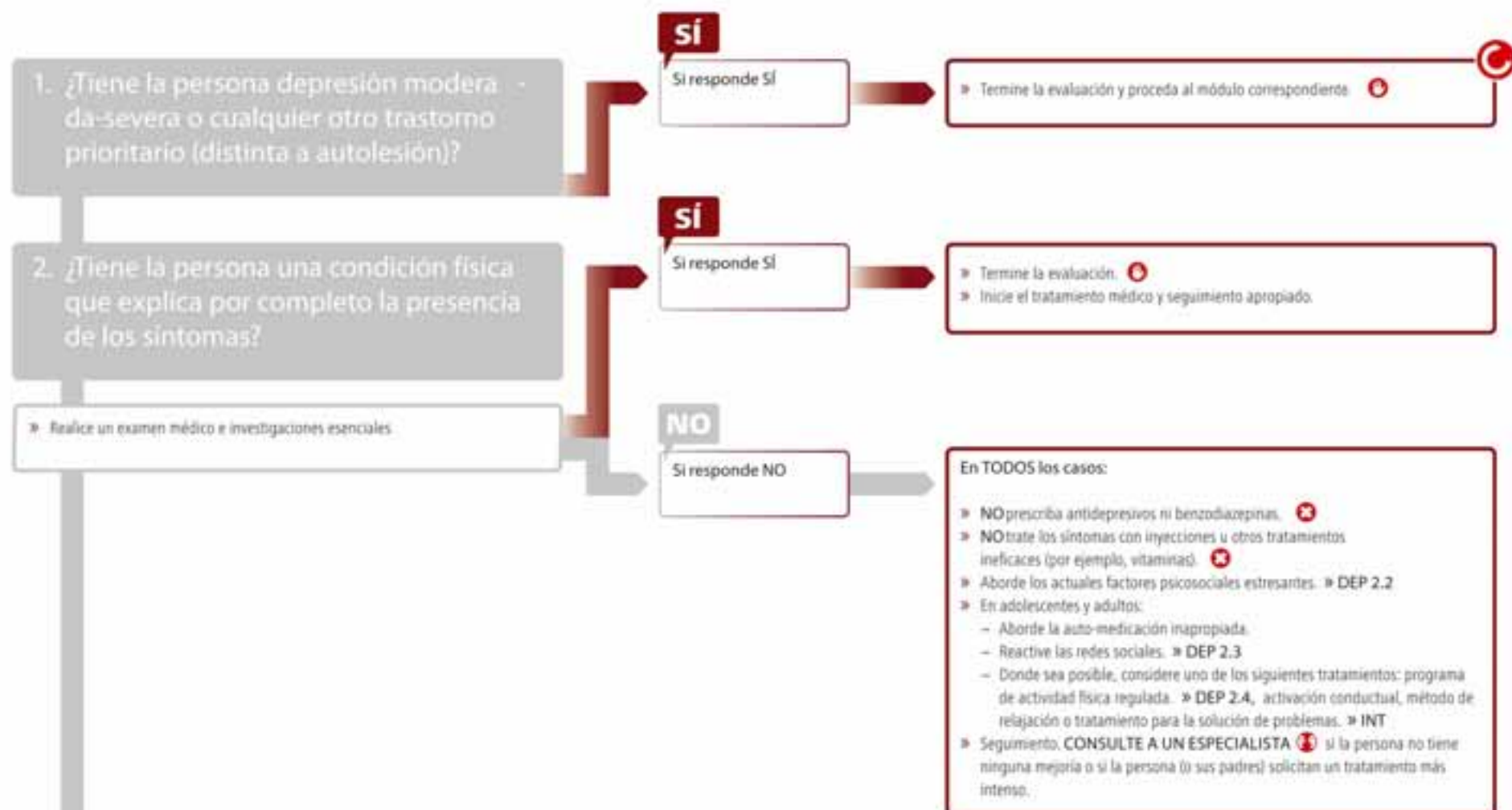


- » No se debe considerar este módulo en personas que reúnen los criterios para cualquiera de los trastornos prioritarios del mhGAP (excepto por la condición de autolesión).
- » Este módulo solo debe ser utilizado después de haberse descartado explícitamente la depresión moderada-severa (» **DEP**).

Otros síntomas emocionales significativos o padecimientos sin explicación médica

OTR1

Guía de Evaluación y Manejo



Otros síntomas emocionales significativos o padecimientos sin explicación médica

OTR 1

Guía de Evaluación y Manejo



Intervenciones psicosociales avanzadas

INT

Para los efectos de la guía GI-mhGAP, el término "Intervenciones psicosociales avanzadas" se refiere a una intervención que a un profesional de servicios de salud le lleva más de varias horas aprenderla y, generalmente, más de unas cuantas horas implementarla. Dichas intervenciones se pueden poner en práctica en entornos de atención de salud no especializada, pero solamente cuando el personal tiene suficiente tiempo disponible.

Intervenciones psicosociales avanzadas

INT

Las intervenciones que se describen en esta sección cubren las intervenciones psicológicas y sociales que requieren se les dedique una cantidad de tiempo considerable. Algunas de las intervenciones descritas se conocen como psicoterapias o tratamientos psicológicos. A escala mundial, los especialistas en estos tratamientos son generalmente los responsables de proporcionarlos. No obstante, el personal de salud no especializado puede ofrecer el tratamiento siempre y cuando reciba la capacitación y la supervisión necesarias. Por lo general, estos tratamientos psicológicos se ofrecen semanalmente durante varios meses en forma individual o grupal.

El personal de salud comunitaria ha implementado exitosamente algunas de las intervenciones, tales como la terapia cognitivo conductual y la psicoterapia interpersonal, en países con ingresos bajos y medios-bajos, como parte de los programas de investigación que garantizaban que los trabajadores de salud comunitaria tuvieran el tiempo para aprender e implementar estas intervenciones bajo supervisión. Estos ejemplos demuestran que el personal no especializado puede poner a disposición estas intervenciones, abriendo así nuevas posibilidades para ampliarlas.

La ampliación de la atención requiere inversión. Los administradores del sistema de salud deben intentar asignar suficientes recursos humanos para atender los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias con el fin de garantizar una amplia disponibilidad de las intervenciones cubiertas en esta sección.

El resto de esta sección ofrece descripciones compendias de cada una de las intervenciones (en orden alfabético). Dentro de los módulos, estas intervenciones están marcadas por la abreviatura **INT**, indicando que requieren un uso de recursos humanos relativamente más intenso. Existe la necesidad de desarrollar protocolos específicos y manuales de capacitación para que puedan ser implementadas en entornos de atención de salud no especializada.

Activación conductual

La activación conductual, que también es un componente de la terapia cognitivo conductual para la depresión, es un tratamiento psicológico que se centra en la programación de actividades para motivar a la persona a que deje de evitar las actividades que son gratificantes. La guía *GI-mhGAP* la recomienda como una opción de tratamiento para la depresión (incluyendo la depresión bipolar) y para otros síntomas emocionales significativos o padecimientos sin explicación médica.

Terapia cognitivo conductual (TCC)

La terapia cognitivo conductual (TCC) está basada en la idea de que el pensamiento y la conducta afectan los sentimientos. Las personas con trastornos mentales tienden a tener pensamientos irracionales o distorsionados que si no se controlan pueden conducir a conductas perjudiciales. La TCC tiene típicamente un componente cognitivo (ayudar a la persona a desarrollar la capacidad de identificar y refutar los pensamientos negativos irracionales) y un componente conductual. La TCC es diferente para diferentes problemas de salud mental. La guía *GI-mhGAP* la recomienda como una opción de tratamiento para la depresión (incluyendo la depresión bipolar), trastornos conductuales, trastornos por consumo de alcohol o trastornos por consumo de drogas, y también la recomienda como una opción de tratamiento para la psicosis inmediatamente después de la fase aguda.

Terapia de manejo de contingencias

La terapia para el manejo de contingencias es un método estructurado de recompensar ciertas conductas deseadas, tales como acudir al tratamiento, comportarse adecuadamente durante el tratamiento y evitar el uso de sustancias nocivas. Las recompensas de las conductas deseadas se van reduciendo con el tiempo a medida que se establecen las recompensas naturales. La guía *GI-mhGAP* la recomienda como una terapia para personas con trastornos por uso de alcohol o trastornos por uso de drogas.

Consejería o terapia familiar

Si fuera factible, la consejería o terapia familiar debe incluir a la persona. Conlleva múltiples sesiones planeadas (usualmente más de seis) durante un período de varios meses. Debe ser ofrecida a familias individuales o a grupos de familias. Tiene funciones de apoyo y funciones educativas o de tratamiento. A menudo incluye la solución de problemas o el trabajo de manejo de crisis. La guía *GI-mhGAP* la recomienda como una terapia para las personas con psicosis, trastornos por consumo de alcohol o drogas.

Psicoterapia interpersonal (PTI)

La psicoterapia interpersonal (PTI) es un tratamiento psicológico diseñado para ayudar a una persona a identificar y abordar los problemas en las relaciones con la familia, amigos, cónyuges y otras personas. La guía *GI-mhGAP* la recomienda como una opción de tratamiento para la depresión, incluyendo la depresión bipolar.

Terapia de refuerzo motivacional

La terapia de refuerzo motivacional es una terapia estructurada, que generalmente dura cuatro sesiones o menos, y tiene la finalidad de ayudar a las personas dependientes de sustancias. Abarca un método para motivar el cambio utilizando técnicas de entrevistas motivacionales que se describen en la sección sobre intervenciones breves. **ALC 2.2** La guía *GI-mhGAP* la recomienda como una terapia para personas con trastornos por uso de alcohol o drogas.

Intervenciones psicosociales avanzadas

INT

Formación en habilidades para padres de niños y adolescentes con trastornos de conducta

La formación para padres de niños con trastornos de conducta se centra en las interacciones positivas y la comunicación emocional entre padres e hijos, enseña la importancia de la consistencia en la educación de los hijos, desalienta los castigos graves y requiere la aplicación de las nuevas prácticas con sus hijos durante el entrenamiento. Aunque el contenido debe ser culturalmente sensible, no debe permitir la violación de los derechos humanos básicos del niño de conformidad con los principios internacionalmente aceptados. Para brindar formación a los padres se requiere que los profesionales de servicios de salud también reciban entrenamiento.

Formación en habilidades para padres de niños y adolescentes con trastornos del desarrollo

La formación en habilidades para padres de niños con trastornos del desarrollo comprende el uso de material formativo culturalmente apropiado para mejorar el desarrollo, el funcionamiento y la participación del niño dentro de las familias y comunidades. Comprende técnicas específicas para enseñar habilidades sociales, comunicativas y de la conducta usando principios conductuales (por ejemplo, enseñar nuevas conductas recompensándolas o abordar las conductas inadecuadas a través del análisis minucioso de los factores desencadenantes de dicha conducta con el propósito de cambiar los factores ambientales que las propician). Los padres necesitan apoyo para poner en práctica la capacitación. Los padres de niños con diferentes niveles de discapacidad intelectual y que tienen conductas inadecuadas específicas necesitan desarrollar habilidades adicionales que se adapten a las necesidades de sus hijos. Los profesionales de los servicios de salud necesitan capacitación adicional para poder ofrecer la formación a los padres.

Consejería o terapia de resolución de problemas

La consejería o terapia de resolución de problemas es un tratamiento psicológico que ofrece apoyo directo y práctico. El terapeuta y la persona trabajan juntos para identificar y aislar las áreas problemáticas claves que pudieran estar contribuyendo a los problemas de salud mental de la persona, para desglosarlas en tareas manejables y específicas, y para resolver problemas y desarrollar estrategias de afrontamiento para problemas específicos. La guía GI-mhGAP la recomienda como una opción de tratamiento para la depresión (incluyendo la depresión bipolar) y como una opción de tratamiento para los trastornos por consumo de alcohol o por uso de drogas. También la recomienda para casos de autolesión, otros síntomas emocionales significativos o padecimientos sin explicación médica, o para padres de niños y adolescentes con trastornos de la conducta.

Capacitación en relajación

Esta intervención comprende capacitar a la persona en técnicas tales como ejercicios de respiración y relajación progresiva para producir la respuesta de relajación. La relajación progresiva enseña cómo identificar y relajar grupos de músculos específicos. Usualmente el tratamiento consiste en ejercicios de relajación diarios por lo menos durante 1–2 meses. La guía GI-mhGAP la recomienda como una opción de tratamiento para la depresión (incluyendo la depresión bipolar) y como una opción de tratamiento para otros síntomas emocionales significativos o padecimientos sin explicación médica.

Terapia de habilidades sociales

La terapia de habilidades sociales reconstruye las habilidades y la capacidad de afrontar situaciones sociales para reducir las aflicciones de la vida diaria. Utiliza la técnica de interpretación de roles, estímulos y refuerzo social positivo para ayudar a mejorar la capacidad de comunicación y las interacciones sociales. El entrenamiento en habilidades puede realizarse con personas, familias y grupos. El tratamiento consiste usualmente en sesiones de 45 a 90 minutos, una o dos veces por semana, durante un período inicial de 3 meses y luego una vez al mes. La guía GI-mhGAP la recomienda como una opción de tratamiento para las personas con psicosis o trastorno de la conducta.

"La Guía de Intervención mhGAP significa un gran adelanto en el campo de la salud mental y ofrece esperanza a las personas con trastornos mentales. Proporciona instrucciones claras y fáciles de usar para el diagnóstico y el tratamiento de las enfermedades mentales. No puedo imaginar una guía mejor para los países".

Thomas Bornemann » The Carter Center, USA

"Un excelente manual práctico para los profesionales de salud no especializados que manejan los trastornos mentales, neurológicos y de abuso de sustancias en los niveles de la atención de salud primario y secundario, tanto en el sistema gubernamental como no gubernamental".

Allen Foster » President, CBM

"La Guía de Intervención del mhGAP de la OMS abrirá la puerta a más oportunidades para el manejo de los trastornos, que contribuyen al sufrimiento de personas y sus familias alrededor de todo el mundo. Estos árboles de decisión muestran que no hay una intervención única para todos los casos; más bien, el tratamiento basado en datos probatorios realizado por los profesionales no especializados puede y debe ser adaptado a las necesidades individuales y al contexto cultural".

Thomas Insel » Director, National Institute of Mental Health, USA

"Una herramienta integral y muy útil, que contribuirá significativamente a la integración de la salud mental en la atención primaria en varios países de ingresos bajos y medianos".

Mario Maj » President, World Psychiatric Association

"La guía de intervención de la OMS, basada de forma amplia en datos probatorios, nos ayudará a extender la atención a todas las personas con enfermedades mentales a través del 'Programa de Salud Mental' Nacional y de distrito en el país".

K. Sujatha Rao » Secretary, Health & Family Welfare, Government of India

Para más información por favor contacte con:

Department of Mental Health and
Substance Abuse
World Health Organization
Avenue Appia 20
CH-1211 Geneva 27
Switzerland

Correo electrónico:
mhgap-info@who.int
Página de Internet:
www.who.int/mental_health/mhgap

ISBN 978 92 4 354806 7

