

Guía de intervención mhGAP

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

Versión 2.0



Organización
Panamericana
de la Salud



Organización
Mundial de la Salud

OFICINA REGIONAL PARA LAS Américas



Mental Health Gap Action Programme

Idioma original en inglés:

mhGAP intervention guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings: mental health Gap Action Programme (mhGAP) – version 2.0

© **World Health Organization 2016**

ISBN: 978 92 4 154979 0

Catalogación en la Fuente, Biblioteca Sede de la OPS

Organización Panamericana de la Salud

Guía de intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias en el nivel de atención de salud no especializada. Versión 2.0. Washington, D.C. : OPS; 2017.

1. Trastornos Mentales – prevención & control. 2. Salud Mental. 3. Enfermedades del Sistema Nervioso. 4. Trastornos Psicóticos. 5. Trastornos del Sistema Nervioso Inducidos por Alcohol. 6. Directrices. Título. II. Organización Mundial de la Salud.

ISBN: 978-92-75-31957-4 (Clasificación NLM: WA 305)

© **Organización Panamericana de la Salud 2017**

Todos los derechos reservados. Las solicitudes de autorización para reproducir o traducir, íntegramente o en parte, alguna de sus publicaciones, deberán dirigirse al Departamento de Comunicaciones a través de su sitio web (www.paho.org/permissions).

Las publicaciones de la Organización Panamericana de la Salud están acogidas a la protección prevista por las disposiciones sobre reproducción de originales del Protocolo 2 de la Convención Universal sobre Derecho de Autor. Reservados todos los derechos.

Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, por parte de la Secretaría de la Organización Panamericana 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 Panamericana de la Salud los apruebe o recomiende con preferencia a otros análogos. Salvo error u omisión, las denominaciones de productos patentados llevan en las publicaciones de la OPS letra inicial mayúscula.

La Organización Panamericana 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 Panamericana de la Salud podrá ser considerada responsable de daño alguno causado por su utilización.

Guía de intervención mhGAP

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

Versión 2.0



Mental Health Gap Action Programme



Organización
Panamericana
de la Salud



Organización
Mundial de la Salud
ORGANIZACIÓN REGIONAL PARA LAS
Américas

GI-mhGAP 2.0 » Índice

Prefacio	iii	» APE Atención y prácticas esenciales de salud	5
Agradecimientos	iv	» EP Esquema principal	16
Introducción	1	» DEP Depresión	19
Cómo utilizar la GI-mhGAP versión 2.0	3	» PSI Psicosis	33
		» EPI Epilepsia	51
		» MCON Trastornos mentales y conductuales del niño y el adolescente	69
		» DEM Demencia	93
		» SUS Trastornos por el consumo de sustancias	105
		» SUI Autolesión/Suicidio	131
		» OTR Otros padecimientos de salud mental importantes	141
		Aplicación de la GI-mhGAP	151
		Glosario	159

GI-mhGAP 2.0 » Prefacio

Los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias (MNS) son muy frecuentes y representan una gran carga de enfermedad y discapacidad a nivel mundial. Subsiste una amplia brecha entre la capacidad de los sistemas de salud y los recursos disponibles, entre lo que se necesita urgentemente y lo que está disponible para reducir la carga. Aproximadamente 1 de cada 10 personas sufre un trastorno de salud mental, pero solo 1% del personal de salud a nivel mundial presta servicios de atención de salud mental. Los trastornos MNS interfieren de forma sustancial con la capacidad de los niños para aprender y la capacidad de los adultos para funcionar adecuadamente en la familia, en el trabajo y en la sociedad en general.

Reconociendo el imperativo de prestar servicios a las personas con trastornos MNS y sus cuidadores, y de reducir la brecha entre los recursos disponibles y la gran necesidad de esos servicios, el Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias de la OMS puso en marcha en el año 2008 el Programa de acción mundial para superar las brechas en salud mental (mhGAP, por su siglas en inglés). Los objetivos principales del mhGAP son fortalecer el compromiso de los gobiernos, los organismos internacionales y otros interesados directos de aumentar la asignación de recursos financieros y humanos para la atención de los trastornos MNS y lograr una cobertura mucho mayor con intervenciones clave en los países de ingresos medianos y bajos. Con estos objetivos, el mhGAP proporciona orientación y herramientas basadas en la evidencia con el fin de avanzar hacia las metas del Plan de acción integral sobre salud mental 2013-2020.

En el año 2010, se elaboró la presente Guía de Intervención mhGAP (GI-mhGAP) para los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias en el nivel de atención de la salud no especializada con el propósito de ayudar a ejecutar el mhGAP. Se trata de una herramienta técnica sencilla basada en las directrices del mhGAP, que presenta ejemplos del manejo integrado de trastornos MNS prioritarios aplicando protocolos para la toma de decisiones clínicas. Existe una idea ampliamente difundida,

aunque errónea, de que todas las intervenciones de salud mental son complejas y que solo pueden estar a cargo de personal altamente especializado. En los últimos años, las investigaciones han demostrado la factibilidad de ofrecer intervenciones farmacológicas y psicosociales en el nivel de atención no especializada. Desde su publicación en el 2010, la GI-mhGAP ha sido ampliamente utilizada por una variedad de interesados directos, como ministerios de salud, instituciones académicas, ONG y otras fundaciones filantrópicas, al igual que investigadores, para ampliar a mayor escala los servicios de salud mental. La GI-mhGAP versión 1.0 se usa en más de 90 países en todas las regiones de la OMS y los materiales mhGAP se han traducido a más de 20 idiomas, incluidos los seis idiomas oficiales de las Naciones Unidas.

Cinco años después de la publicación inicial de la guía, se actualizaron las directrices mhGAP sobre la base de la bibliografía emergente y en el 2015 se publicó una versión revisada de las directrices mhGAP. Ahora nos complace presentar la versión 2.0 de la GI-mhGAP, que no solo incluye estas actualizaciones sino también los extensos comentarios recibidos a partir de las experiencias sobre el terreno, que se han incorporado a fin de mejorar la claridad y utilidad de la guía.

Esperamos que esta guía continúe siendo una herramienta técnica clave para prestar asistencia a las personas con trastornos MNS en todo el mundo y que nos acerque más a la meta de la cobertura universal de salud.

Shekhar Saxena

Director, Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias
Organización Mundial de la Salud



**Organización
Panamericana
de la Salud**



**Organización
Mundial de la Salud**
OFICINA REGIONAL PARA LAS
Américas

GI-mhGAP 2.0 » Agradecimientos

Visión y conceptualización

Shekhar Saxena, Director, Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias, OMS.

Coordinación y edición del proyecto

Tarun Dua, Nicolas Clark, Neerja Chowdhary, Alexandra Fleischmann, Fahmy Hanna, Chiara Servili, Mark van Ommeren.

Contribución

Se recibieron materiales, ayuda y recomendaciones muy valiosos aportados por el personal técnico de la sede de la OMS, y de las oficinas regionales y de país de la OMS, así como muchos expertos internacionales. Estas contribuciones han sido fundamentales para la actualización de las directrices del mhGAP y la elaboración de la versión 2.0 de la GI-mhGAP.

Sede de la OMS

Valentina Baltag, John Beard, Alexander Butchart, Dan Chisholm, Nathalie Drew, Jane Ferguson, Berit Kieselbach, Nicola Magrini, Chris Mikton, Eyerusalem Kebede Negussie, Alana Officer, Anne Margriet Pot, Vladimir Poznyak, Geoffrey Reed, Dag Rekve, David Ross, Jotheeswaran Amuthavalli Thiyagarajan, Wilson Were.

Oficinas regionales y oficinas de país de la OMS

Nazneen Anwar, Oficina Regional de la OMS para Asia Sudoriental; Florence Baingana, Oficina de País de la OMS en Sierra Leona; Andrea Bruni, Oficina Regional de la OMS para las

Américas; Anderson Chimusoro, Oficina de País de la OMS en Zimbabwe; Manuel de Lara, Oficina de País de la OMS en Turquía; Bahtygul Karriyeva, Oficina de País de la OMS en Turkmenistán; R. Kesavan, Oficina de País de la OMS en Liberia; Devora Kestel, Oficina Regional de la OMS para las Américas; Lars Foddgard Moller, Oficina Regional de la OMS para Europa; Maristela Goldnadel Monteiro, Oficina Regional de la OMS para las Américas; Matthijs Muijen, Oficina Regional de la OMS para Europa; Julius Muron, Oficina de País de la OMS en Liberia; Sebastiana Da Gama Nkomo, Oficina Regional de la OMS para África; Jorge Jacinto Rodríguez, Oficina Regional de la OMS para las Américas; Khalid Saeed, Oficina Regional de la OMS para el Mediterráneo Oriental; Caroline Saye, Oficina de País de la OMS en Liberia; Yutaro Setoya, Oficina de País de la OMS en Fiji; Xiao Sobel, Oficina Regional de la OMS para el Pacífico Occidental; Saydah Taylor, Oficina de País de la OMS en Liberia; Salma Tlili, Oficina de País de la OMS en Guinea; Xiangdong Wang, Oficina Regional de la OMS para el Pacífico Occidental; Eyad Yanes, Oficina de País de la OMS en Siria.

Expertos internacionales clave

Lindsey America-Simms, Kenneth Carswell, Elizabeth Centeno-Tablante, Melissa Harper, Sutapa Howlader, Kavitha Kolappa, Laura Pacione, Archana A. Patel, Allie Sharma, Marieke van Regteren Altena.

Apoyo administrativo

Adeline Loo, Cecilia Ophelia Riano.

Pasantes

Farnoosh Ali, Lakshmi Chandrasekaran, Paul Christiansen, Anais Collin, Aislinne Freeman, Anna Fruehauf, Ali Haidar,

Huw Jarvis, Steven Ma, Emma Mew, Elise Paul, Charlotte Phillips, Pooja Pradeeb, Matthew Schreiber.

Revisores técnicos

Los siguientes expertos internacionales realizaron aportes y comentarios para la actualización de directrices del mhGAP o la elaboración de la versión 2.0 de la GI-mhGAP:

Albert Akpalu, Universidad de Ciencias de la Salud, Universidad de Ghana y Asociación para la Epilepsia de Ghana, Ghana; Sophia Achab*, Centro Colaborador de la OMS, Universidad de Ginebra/Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG), Ginebra (Suiza); Emiliano Albanese*, Centro Colaborador de la OMS, Universidad de Ginebra/HUG, Ginebra (Suiza); Robert Ali*, Servicios para el Tratamiento de Problemas Relacionados con el Consumo de Drogas y Alcohol (DASSA), Australia Meridional, Centro Colaborador de la OMS para el Tratamiento de Problemas Relacionados con el Consumo de Drogas y Alcohol, Universidad de Adelaida, Australia; Fredrick Altice, Facultad de Medicina y Escuela de Salud Pública de la Universidad de Yale, New Haven; José Ayuso-Mateos, Universidad Autónoma de Madrid y CIBER, España; Corrado Barbui*, Centro Colaborador de la OMS para la Investigación y la Capacitación en Salud Mental y Evaluación de los Servicios, Universidad de Verona, Italia; Gretchen Birbeck, Universidad Estatal de Michigan, Michigan (Estados Unidos de América); Anja Busse, Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, Viena (Austria); Vladimir Carli*, Centro Nacional para la Investigación sobre el Suicidio y la Prevención de la Mala Salud Mental (NASP), Instituto Carolino, Estocolmo (Suecia); Sudipto Chatterjee*, Fideicomiso Parivartan y Sociedad Sangath, India; Dixon Chibanda, Universidad de Zimbabwe, Proyecto del Banco de Amistad, Harare (Zimbabwe); Janice Cooper, Centro

Carter, Liberia; Wihelmus (Pim) Cuijpers,* Universidad Vrije, Amsterdam (Países Bajos); Gauri Divan, Sangath, Goa (India); Christopher Dowrick,* Instituto de Psicología, Salud y Sociedad, Universidad de Liverpool, Liverpool (Reino Unido); Joshua Duncan, Proyecto Volver a Construir Mejor, CBM, Sierra Leona; Julian Eaton,* CBM International (Togo) y Escuela de Higiene y Medicina Tropical de Londres (Reino Unido); Rabih El Chammy, Ministerio de Salud, Beirut (Líbano); Peter Hughes, Instituto de Psicología, Psiquiatría y Neurociencias, King's College, Londres (Reino Unido); Asma Humayun,* Servicios de Salud Mediterra, Islamabad (Pakistán); Gabriel Ivbijaro,* Centro Médico Wood Street, Londres (Reino Unido); Nathalie Jette,* Instituto Hotchkiss del Cerebro e Instituto O'Brien de Salud Pública, Universidad de Calgary, Canadá; Lynne Jones, Servicio Nacional de Salud, Reino Unido; Marc Laporta, Departamento de Psiquiatría, McGill Montreal, Centro Colaborador de la OPS/OMS para la Investigación e Instituto Universitario Douglas de Salud Mental, Montreal (Canadá); Anita Marini, ONG Cittadinanza, Rimini (Italia); Farrah Mateen, Hospital General de Massachusetts, Escuela de Medicina de Harvard, Estados Unidos de América; Zhao Min,* Centro de Tratamiento del Abuso de Drogas de Shanghai, Escuela de Medicina de la Universidad Jiao Tong, Shanghai (China); Charles Newton,* Instituto de Investigaciones Médicas de Kenya, Kilifi (Kenya); Olayinka Omigbodun,* Centro de Salud Mental del Niño y el Adolescente (CCAMH), Hospital Universitario, Ibadán (Nigeria); Akwasi Osei,* Ministerio de Salud, Accra (Ghana); Amrita Parekh, Dasra, Mumbai (India); Alfredo Pemjean,* Departamento de Salud Mental, Ministerio de Salud, Santiago (Chile); Hemamali Perera, Facultad de Medicina, Universidad de Colombo, Sri Lanka; Michael Phillips, Centro de Investigación y Prevención del Suicidio y Centro de Asesoramiento sobre Métodos de Investigación, Centro de Salud Mental de Shanghai, Escuela de Medicina de la Universidad Jiao Tong de Shanghai y Centro Colaborador de la OMS para la Investigación y la Capacitación en la Prevención del Suicidio,

Hospital Huilongguan de Beijing, Beijing (China); Martin Price*, Instituto de Psiquiatría, Psicología y Neurociencias, King's College, Londres (Reino Unido); Atif Rahman,* Instituto de Psicología, Salud y Sociedad, Universidad de Liverpool, Liverpool (Reino Unido); Richard Rawson,* Programas Integrados sobre el Abuso de Sustancias, Universidad de California en Los Angeles, California (Estados Unidos de América); Tahilia Rebello, Universidad de Columbia, Estados Unidos de América; Rajesh Sagar, Instituto Panindio de Ciencias Médicas, Nueva Delhi (India); Ley Sander, Instituto de Neurología de la Universidad de Londres (UCL), Londres (Reino Unido); Alison Schafer, World Vision, Nairobi (Kenya); Kunnukattil S Shaji, Escuela Gubernamental de Medicina, Thrissur (India); Pratap Sharan,* Instituto Panindio de Ciencias Médicas, Nueva Delhi (India); Vandad Sharifi Senejani, Universidad de Ciencias Médicas de Teherán, Teherán (República Islámica del Irán); Kolou Simliwa Dassa*, Ministerio de Salud, Lomé (Togo); Leslie Snider, organización Peace in Practice, Amsterdam (Países Bajos); Chhit Sophal, Ministerio de Salud, Camboya; Jessica María-Violanda Spagnolo, Escuela de Salud Pública, Universidad de Montreal, Montreal (Canadá); Emmanuel Streel, Consultor sobre Salud Pública Mental y Consumo de Sustancias Psicoactivas, Bélgica; Scott Stroup, Colegio de Médicos y Cirujanos de la Universidad de Columbia, Instituto de Psiquiatría del Estado de Nueva York, Nueva York (Estados Unidos de América); Athula Sumathipala, Universidad de Keele, Reino Unido; Kiran Thakur, Hospital Johns Hopkins, Baltimore (Estados Unidos de América); Rangaswamy Thara, Fundación para Investigaciones sobre la Esquizofrenia, India; Graham Thornicroft,* Instituto de Psiquiatría, Psicología y Neurociencias, King's College, Londres (Reino Unido); Mark Tomlinson, Universidad de Stellenbosch, Sudáfrica; Nyan Tun, Hospital General de Yangon, Myanmar; Carmen Valle, CBM, Freetown (Sierra Leona); Pieter Ventevogel, Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados, Ginebra (Suiza); Inka Weissbecker,* Cuerpo Médico Internacional, Washington (Estados

Unidos de América); Mohammad Taghi Yasamy, Ginebra (Suiza); Lakshmi Vijayakumar,* organización SNEHA, Centro de Prevención del Suicidio, Chennai (India); Abe Wassie, Departamento de Psiquiatría, Facultad de Medicina de la Universidad de Addis Abeba y Hospital Amanuel, Etiopía.

* Miembros del Grupo de Actualización de Directrices del mhGAP.

Los siguientes revisores hicieron otros aportes mediante su contribución a la realización de pruebas piloto, la retroalimentación de información o debates de grupos de opinión:

Helal Uddin Ahmed, Bangladesh; Suzan Akwii Otto, Uganda; Robinah Alambuya, Uganda; Latifa Saleh Al Harbi, Arabia Saudita; Alaa Iddin Al Masri, Jordania; Laila Alnawaz, Turquía; Ebtisam Al Rowdhan, Arabia Saudita; Roseline Aposu, Nigeria; Manar Awwad, Jordania; Raúl Ayala, México; Namsenmoh Aymar, República Centroafricana; Madhur Basnet, Nepal; Gertrude Bayona, Uganda; Roses Beaugrand, Sierra Leona; Tadu Bezu, Etiopía; Gaurav Bhattarai, Nepal; Jihane Bou Sleiman, Líbano; Brian Byekwaso, Uganda; Jules Claude Casumba, Sudán del Sur; Alice Clement, Nigeria; Gretel Acevedo de Pinzón, Panamá; Barkon Dwah, Liberia; Mufumba Emmanuel, Uganda; Olivia Gabula, Uganda; Kamal Gautam, Nepal; Renee Gerritzen, Nepal; Shree Ram Ghimire, Nepal; Sudip Ghimre, Nepal; Ijeh Ter Godwin, Nigeria; Kebeh Selma Gorpudolo, Liberia; Teen K. Grace, Nigeria; Georgina Grundy-Campbell, Reino Unido y Turquía; Esubalew Haile, Sudán del Sur; Tayseer Hassoon, Siria; Mahmoud Hegazy, Turquía; Zeinab Hijazi, Líbano; Fred Kangawo, Uganda; Sylvester Katontoka, Zambia; Fred Kiyuba, Uganda; Humphrey Kofie, Ghana; Moussa Kolie, Guinea; Samer Laila, Turquía; Richard Luvaluka, Uganda; Paul Lwevola, Uganda; Scovia

Makoma, Uganda; João Marçal-Grilo, Reino Unido; Soo Cecilia Mbaidoo, Nigeria; Colette McLnerney, Laos; Saeed Nadia, Reino Unido; Ruth Nakachwa, Uganda; Juliet Namuganza, Uganda; Emily Namulondo, Uganda; Margaret Namusobya, Uganda; Amada N. Ndorbor, Liberia; Sheila Ndyanabangi, Uganda; Joel Ngedede, Nigeria; Fred Nkotami, Uganda; Zacharia Nongo, Nigeria; Emeka Nwefoh, Nigeria; Philip Ode, Nigeria; Mary Ogezi, Nigeria; Martha Okpoto, Nigeria; Sagun Ballav Pant, Nepal; Monica Peverga, Nigeria; Mapa H Puloka, Reino de Tonga; Muhannad Ramadan, Jordania; Nick Rose, Reino Unido; Brigid Ryan, Australia; Joseph s. Quoi, Liberia; Nidhal Saadon, Turquía; Latifa Saleh, Reino de la Arabia Saudita; Dawda Samba, Gambia; Nseizere Mitala Shem, Uganda; Michel Soufia, Líbano; Shadrach J. Suborzu II, Liberia; Wafika Tafran, Siria; Angie Tarr Nyankoon, Liberia; Lilas Taqi, Turquía; Yanibo Terhemem C., Nigeria; Nongo Terseer, Nigeria; Samnieng Thammavong, Laos; Manivone Thikeo, Laos; Joshua Tusaba, Uganda; Chanthala Vinthasai, Laos; Anna Walder, Sierra Leona; Abdulwas Yusufi, Etiopía.

Los siguientes expertos contribuyeron a la revisión y actualización de las directrices del mhGAP como revisores externos:

Atalay Alem, Universidad de Addis Abeba, Etiopía; Laura Amato, Grupo Cochrane de Colaboración para el Examen de Problemas Relacionados con el Alcohol y las Drogas, Italia; Satinder Aneja, Escuela de Medicina Lady Hardinge, India; Pierre Bastin, Clínica Beaulieu, Suiza; Gayle Bell, Instituto de Neurología, Colegio Universitario de Londres, Londres (Reino Unido); Donna Bergen, Centro Médico de la Universidad Rush, Illinois (Estados Unidos de América); José Bertolote, Escuela de Medicina de Botucatu, Brasil; Irene Bighelli, Universidad de Verona, Italia; Stephanie Burrows,

Centro Hospitalario de la Universidad de Montreal, Canadá; Erico Castro-Costa, Fundación Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), Brasil; Tony Charman, Instituto de Psicología, Psiquiatría y Neurociencias, King's College, Reino Unido; Marek Chawarski, Facultad de Medicina de Yale, Estados Unidos de América; Vera da Ros, Red Brasileña de Reducción de Daños y de Derechos Humanos, Brasil; Carlos Felipe D'Oliveira, Asociación Nacional para la Prevención del Suicidio, Brasil; Kieren Egan, Centro Colaborador de la OMS para Salud Mental, HUG, Suiza; Eric Emerson, Centro de Investigación y Políticas sobre Discapacidad, Universidad de Sydney, Australia; Saeed Farooq, Departamento de Psiquiatría, Hospital Lady Reading, Pakistán; Melisa Gladstone, Universidad de Liverpool, Reino Unido; Charlotte Hanlon, Universidad de Addis Abeba, Etiopía; Angelina Kakooza, Universidad de Makerere, Uganda; Rajesh Kalaria, Universidad de Newcastle, Reino Unido; Eirini Karyotaki, Universidad Vrije, Países Bajos; Mark Keezer, Colegio Universitario de Londres, Londres (Reino Unido); Nicole Lee, Centro Turning Point, Australia; Valentina Lemmi, Escuela de Economía de Londres, Reino Unido; Harriet MacMillan, Universidad McMaster, Canadá; Carlos Martínez, Ministerio de Salud, Argentina; Daniel Maggin, Universidad de Illinois, Estados Unidos de América; Silvia Minozzi, Grupo Cochrane de Colaboración para el Examen de Problemas Relacionados con el Alcohol y las Drogas, Italia; Zuzana Mitrova, Grupo Cochrane de Colaboración para el Examen de Problemas Relacionados con el Alcohol y las Drogas, Italia; James Mugisha, Asociación Nacional para la Prevención del Suicidio, Uganda; Adesola Ogunniy, Hospital Universitario, Nigeria; Denis Padruchny, Centro de Información y Capacitación sobre Psiquiatría y Problemas Relacionados con el Consumo de Estupefacientes, Belarús; Amrita Parekh, Fundación de Salud Pública de la India; Khara Sauro, Universidad de Calgary, Canadá;

Shoba Raja, organización Basic Needs, India; Brian Reichow, Centro de Estudio del Niño, Facultad de Medicina de Yale, Estados Unidos de América; María Luisa Scattoni, Instituto Superior de Sanidad, Italia; Suvasini Sharma, Escuela de Medicina Lady Hardinge y Hospital de Niños Asociado Kalawati Saran, India; Pratibha Singhi, Instituto de Educación Médica de Posgrado e Investigación, India; Lorenzo Tarsitani, Policlínico Umberto Sapienza de la Universidad de Roma, Italia; Wietse Tol, Fundación Peter Alderman, Uganda; Sarah Skeen, Universidad de Stellenbosch, Sudáfrica; Manjari Tripathi, Instituto Panindio de Ciencias Médicas, India; Ambros Uchtenhagen, Universidad de Zurich, Suiza; Chris Underhill, organización Basic Needs, Reino Unido; Anna Williams, Instituto de Psiquiatría, Psicología y Neurociencias, King's College, Reino Unido.

Equipo de producción

Diseño gráfico: Erica Lefstad

Coordinación de la versión en español: Rodin, OMS, Ginebra.

Apoyo financiero

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

Autism Speaks, Estados Unidos de América; CBM; Fountain House Inc.; Gobierno de Japón; Gobierno de la República de Corea; Gobierno de Suiza; Instituto Nacional de Salud Mental, Estados Unidos de América; Syngenta.

INTRODUCCIÓN

Programa de acción para superar las brechas en salud mental (mhGAP): Antecedentes

Según el Atlas de Salud Mental 2014 de la Organización Mundial de la Salud (OMS), más de 45% de la población mundial vive en un país donde hay menos de 1 psiquiatra por cada 100.000 personas y aún menos neurólogos. Está claro que depender exclusivamente de los especialistas para prestar servicios a las personas afectadas por trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias (MNS) impediría a millones de personas tener acceso a los servicios que necesitan. Aunque se disponga de intervenciones, a menudo estas no se basan en la evidencia o no son de gran calidad. Por lo tanto, se creó el Programa de acción para superar las brechas en salud mental (mhGAP) con el objetivo de ampliar la atención para los trastornos MNS.

El enfoque del mhGAP incluye intervenciones para la prevención y el tratamiento de los trastornos MNS prioritarios, que se definen sobre la base de la evidencia acerca de su eficacia y de la factibilidad de incrementar esas intervenciones en los países de ingresos bajos y medianos. Se determinó cuáles eran los trastornos prioritarios basándose en los siguientes criterios: si representaban una carga elevada (en cuanto a mortalidad, morbilidad y discapacidad), generaban grandes costos económicos o se asociaban con violaciones de derechos humanos. Estos trastornos prioritarios incluyen depresión, psicosis, lesiones autoinfligidas y suicidio, epilepsia, demencia, trastornos por el consumo de sustancias, y trastornos mentales y conductuales en niños y adolescentes. La Guía de Intervención mhGAP (GI-mhGAP) es un recurso que facilita la aplicación de las directrices del mhGAP basadas en la evidencia en entornos de atención de la salud no especializada.

La aceptación de la versión 1.0 de la GI-mhGAP por los Estados Miembros de la OMS y otros interesados directos ha sido notable y muestra claramente la necesidad de una herramienta de este tipo. Esta versión fue usada a nivel de país en diversas formas: más comúnmente, como una herramienta clave en un enfoque progresivo para ampliar a mayor escala los servicios de

salud mental a nivel regional, nacional y subnacional; como una herramienta destinada a fortalecer la capacidad de una amplia gama de profesionales y para-profesionales de la salud; y como una guía de referencia para elaborar y actualizar programas de estudios de pregrado y posgrado para profesionales de la salud.

Elaboración de la Guía de Intervención mhGAP - versión 2.0

Las directrices actualizadas del mhGAP, la retroalimentación de información y la evaluación de la versión 1.0 de la GI-mhGAP por los usuarios han permitido la revisión y elaboración de esta versión actualizada de la guía. En el año 2015, se llevó a cabo y se publicó una actualización completa de las directrices mhGAP conforme a la metodología de la OMS para la formulación de directrices, que incluyó el proceso de análisis de datos científicos y la síntesis y formulación de recomendaciones mediante la participación de un grupo de expertos internacionales e instituciones con experiencia apropiada: médicos clínicos, investigadores, directores de programa, formuladores de políticas y usuarios de los servicios. Se pueden encontrar detalles de los métodos y las recomendaciones actualizadas en el centro de datos de investigación del mhGAP: http://www.who.int/mental_health/mhgap/evidence/es/.

Se recibieron comentarios de expertos de todas las regiones de la OMS que usaron el paquete de la GI-mhGAP en los tres últimos años para capacitar a profesionales de la salud no especializados y proporcionar servicios de atención de los trastornos MNS en varios sitios de ejecución del programa. Luego se distribuyó a un grupo amplio de revisores de todo el mundo una versión preliminar de la GI-mhGAP 2.0, basada en los aportes de expertos y la experiencia sobre el terreno, lo cual permitió contar con diversas opiniones en este proceso intensivo de revisión. También se incorporaron comentarios provenientes de una variedad de usuarios, incluidos prestadores de atención de la salud no especializada y personas con trastornos MNS de todas las regiones de la OMS. Se recopilaron comentarios de los usuarios mediante un cuestionario y la OMS coordinó debates de grupos de opinión locales. Las respuestas de revisores

reunidas en todo este proceso han sido incorporadas en la GI-mhGAP 2.0.

Además, varios usuarios de la GI-mhGAP han señalado las limitaciones de contar únicamente con un formato en papel y sugirieron que versiones de la GI-mhGAP electrónicas e interactivas en Internet o en aplicaciones para teléfonos móviles podrían aportar beneficios en cuanto a una mayor facilidad de uso, más funcionalidad y ahorro de costos. Por consiguiente, la GI-mhGAP ha sido diseñada y configurada con la intención de que pueda funcionar en todas estas múltiples configuraciones: versión impresa, versión en Internet y aplicación para teléfonos móviles. Actualmente se está elaborando una GI-mhGAP electrónica, que pronto se dará a conocer.

Mediante la incorporación de esta amplia retroalimentación, de las directrices del mhGAP actualizadas en el año 2015 y de las nuevas oportunidades brindadas por una versión electrónica, las actualizaciones principales de la GI-mhGAP 2.0 consisten en:

- » La actualización del contenido de diversas secciones sobre la base de la nueva evidencia, la retroalimentación y las recomendaciones de los usuarios del mhGAP;
- » El uso de un modelo algorítmico vertical, que permite una evaluación clínica racionalizada y simplificada;
- » La inclusión de un nuevo algoritmo para el seguimiento en todos los módulos;
- » La inclusión de dos módulos nuevos: el módulo "Atención y prácticas esenciales de salud" (que es una actualización del capítulo de la versión 1.0 "Principios generales de la atención de salud") y el módulo "Aplicación de la GI-mhGAP"; y
- » La inclusión de módulos revisados sobre "Psicosis" (que integra las psicosis y los trastornos bipolares), "Trastornos mentales y conductuales del niño y el adolescente" (que abarca los trastornos del desarrollo, conductuales y emocionales) y "Trastornos por consumo de sustancias" (que incluye los causados por el consumo de alcohol y drogas).

Uso de la GI-mhGAP versión 2.0

La GI-mhGAP es una guía modelo, por lo que es esencial que sea adaptada a la situaciones nacionales o locales específicas. Los usuarios pueden seleccionar una parte de los trastornos prioritarios o las intervenciones para adaptarlas e implementarlas, conforme a las diferencias contextuales en cuanto a prevalencia y disponibilidad de recursos. La adaptación de esta guía es necesaria para garantizar que cubra los trastornos 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 MNS en los establecimientos de salud. El proceso de adaptación debe ser usado como una oportunidad para buscar un consenso en las cuestiones técnicas concernientes a los trastornos; esto requiere la participación de interesados directos clave a nivel nacional. La adaptación incluirá la traducción al idioma correspondiente y la garantía de que las intervenciones sean aceptables en su contexto sociocultural, y adecuadas para el sistema local de salud.

El grupo de usuarios al que está dirigida la GI-mhGAP está integrado por los trabajadores de salud que prestan atención no especializada en establecimientos de atención de salud de primer y segundo nivel. Estos prestadores de atención comprenden a médicos, enfermeras y otros miembros de la fuerza laboral de salud. Aunque la versión 2.0 de la GI-mhGAP será aplicada principalmente por personal no especializado, los especialistas en atención de salud mental también pueden encontrarla de utilidad para su trabajo. Además, los especialistas desempeñan un papel esencial y sustancial en materia de capacitación, apoyo y supervisión, y la GI-mhGAP 2.0 indica cuándo es necesario ponerse en contacto con especialistas para consulta o derivación a fin de mejorar la utilización de los escasos recursos. Los especialistas también se beneficiarían con la capacitación en los aspectos de salud pública del programa y la organización de los servicios. La aplicación de la GI-mhGAP requiere idealmente la acción coordinada de expertos y administradores en materia de salud pública y de especialistas orientados a la salud pública. En consecuencia, es mejor incorporar la capacitación en el uso de la GI-mhGAP como parte de un enfoque de sistemas que incluya a planificadores, gerentes y formuladores de políticas del campo de la salud para que las intervenciones propuestas sean apoyadas con la

infraestructura y recursos necesarios, por ejemplo, la disponibilidad de medicamentos esenciales. La capacitación en el uso de la GI-mhGAP también debe ser incorporada de manera continua con mecanismos que garanticen un apoyo adecuado, supervisión y cursos de actualización para los prestadores de atención de salud.

Cómo utilizar la GI-mhGAP versión 2.0

La GI-mhGAP es una guía modelo y es esencial que sea adaptada a la situaciones nacionales o locales específicas. Los usuarios pueden seleccionar una parte de los trastornos prioritarios o de las intervenciones para adaptarlas e implementarlas conforme al contexto.

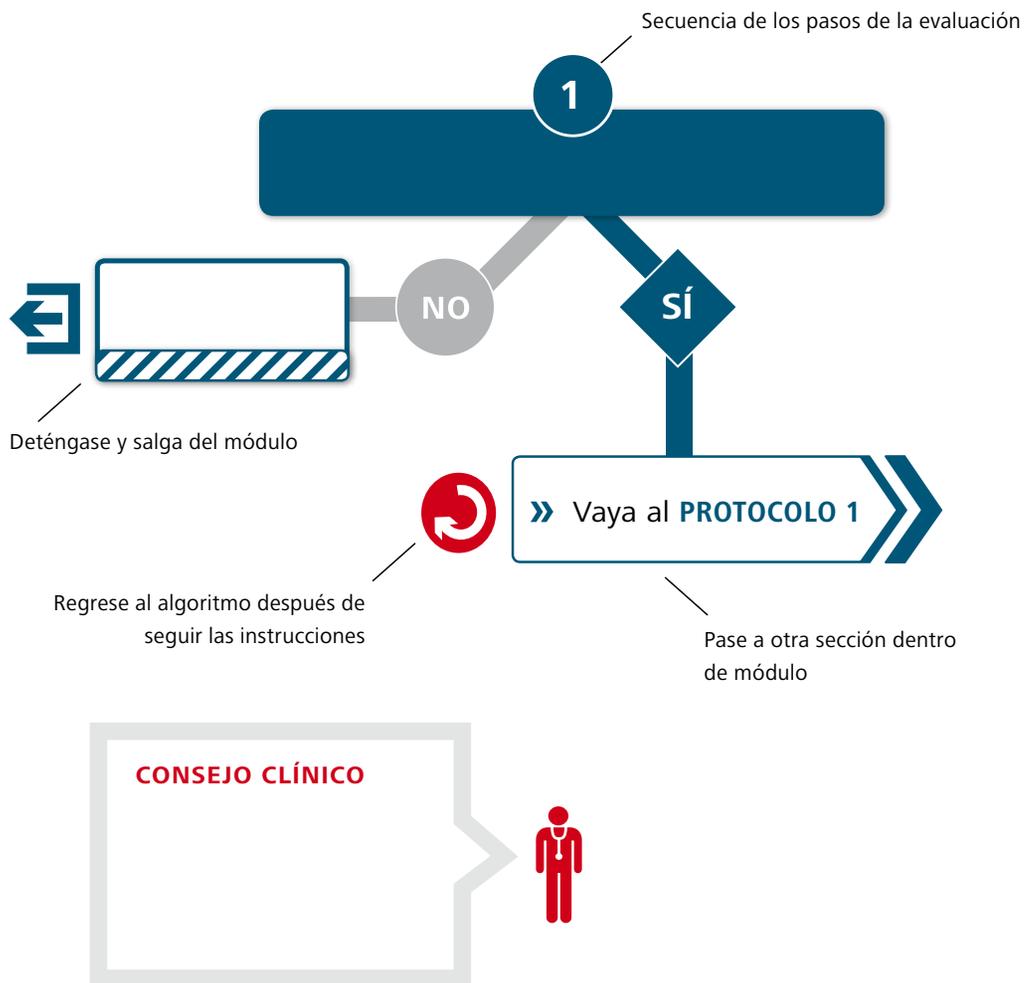
- » La GI-mhGAP 2.0 empieza con el módulo “Atención y prácticas esenciales de salud”, un conjunto de buenas prácticas clínicas y directrices generales para las interacciones de los prestadores de atención de salud con las personas que solicitan atención de salud mental. Todos los usuarios de la GI-mhGAP debe familiarizarse con estos principios y seguirlos en la medida de lo posible.
- » La GI-mhGAP incluye un esquema principal, que proporciona información sobre las formas más comunes de manifestación de los trastornos prioritarios, y desde allí se guía al especialista clínico a los módulos pertinentes. Los trastornos más graves deben ser atendidos primero. La GI-mhGAP 2.0 tiene una nueva sección que se ha agregado al esquema principal, “Manifestaciones de casos de urgencia con trastornos MNS prioritarios”, para ayudar a detectar las situaciones de urgencia y dirigir a las directrices de manejo.
- » Los módulos, organizados por trastornos prioritarios individuales, son una herramienta para la toma de decisiones y el manejo clínico. Cada módulo está en un color distinto para permitir una fácil diferenciación. Al comienzo de cada módulo, hay una introducción que explica qué trastornos cubre el módulo y un panorama breve que describe los pasos clave de la evaluación y del manejo.

» Cada uno de los módulos consta de tres secciones:

-  **Evaluación**
-  **Manejo**
-  **Seguimiento**

-  **La sección de “Evaluación”** se presenta en forma de diagrama de flujo con múltiples puntos de evaluación clínica. Cada módulo comienza con las manifestaciones comunes del presunto trastorno, sobre las cuales hay una serie de preguntas de evaluación clínica a las que, de manera sucesiva, se debe dar una respuesta afirmativa o negativa que dirige al usuario hacia instrucciones adicionales para llegar a una evaluación clínica final. Es importante que los usuarios de la GI-mhGAP comiencen la evaluación desde el principio y avancen por todos los puntos de decisión para completar una evaluación clínica integral y un plan de manejo.
-  **La sección de “Manejo”** consta de detalles de intervención que suministran información sobre cómo tratar los trastornos específicos que se han evaluado. Esto incluye intervenciones psicosociales y farmacológicas más técnicas, cuando proceda.
-  **La sección de “Seguimiento”** suministra información detallada sobre cómo continuar la relación clínica e instrucciones detalladas para la gestión del seguimiento.
- » La GI-mhGAP 2.0 usa una serie de símbolos para destacar ciertos aspectos dentro de los módulos (se puede encontrar una lista de los símbolos y su explicación en la página siguiente). En todos los módulos, también se destacan los puntos importantes como consejos clínicos clave.
- » También se ha incluido un módulo sobre la “Aplicación de la GI-mhGAP”, en el que se señalan pasos resumidos sobre cómo implementar la GI-mhGAP
- » Al final de la guía, se proporciona un glosario de los términos usados en la GI-mhGAP 2.0.

Elementos visuales y símbolos



Evaluación



Manejo



Seguimiento



Derive al paciente al hospital



Medicación



Intervención psicosocial



Consulte a un especialista



Niños o adolescentes



Mujeres en edad fecunda, mujeres durante el embarazo o la lactancia



Adultos



Adultos mayores



PRECAUCIÓN



No



Más información

ATENCIÓN Y PRÁCTICAS ESENCIALES DE SALUD

En este módulo se describen los principios de la atención esencial para todas las personas que solicitan atención de salud, incluidas las que sufren trastornos MNS y sus cuidadores. En la primera sección de este módulo se señalan los principios generales de la atención clínica y se procura promover el respeto a la privacidad de las personas que solicitan atención para trastornos MNS, fomentar las buenas relaciones entre los prestadores de atención de salud, los usuarios de los servicios y sus cuidadores y garantizar que se proporcione la atención en una actitud de apoyo, sin juzgar al paciente y sin estigmatizarlo. La segunda sección abarca elementos esenciales de la práctica clínica de salud mental y se procura presentar a los prestadores de atención de salud un panorama breve de la evaluación y el manejo de trastornos MNS en entornos de atención no especializada.

A. PRINCIPIOS GENERALES

- Use habilidades de comunicación eficaces.
- Promueva el respeto y la dignidad.

B. ELEMENTOS ESENCIALES DE LA PRÁCTICA CLÍNICA DE SALUD MENTAL

- Evalúe la salud física.
- Realice una evaluación para determinar si existe un trastorno mental, neurológico o por consumo de sustancias (MNS).
- Trate los trastornos MNS.

A. PRINCIPIOS GENERALES

I. Use habilidades de comunicación eficaces

El uso de habilidades de comunicación eficaces permite a los prestadores de salud brindar atención de buena calidad a adultos, adolescentes y niños con trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias (MNS). Tenga en cuenta los siguientes consejos y habilidades básicas de comunicación.

CONSEJO PARA LA COMUNICACIÓN N° 1 Cree un ambiente que facilite la comunicación abierta

- » Reúnase con la persona en un lugar privado, si fuera posible.
- » Muéstrese cordial y realice las presentaciones de una manera culturalmente apropiada.
- » Mantenga el contacto visual y muestre un lenguaje corporal y expresiones faciales que faciliten la confianza.
- » Explique que la información abordada durante la visita se mantendrá confidencial y no se intercambiará sin autorización previa.
- » Si los cuidadores están presentes, sugiera que desea hablar con la persona a solas (salvo que se trate de niños pequeños) y obtenga su consentimiento para compartir la información clínica.
- » Cuando entreviste a una mujer joven, considere la posibilidad de que esté presente otra funcionaria o una cuidadora.

CONSEJO PARA LA COMUNICACIÓN N° 2 Haga participar a la persona

- » Haga participar a la persona (y con su consentimiento, a sus cuidadores y su familia) en todos los aspectos de la evaluación y el manejo tanto como sea posible. Esto incluye a niños, adolescentes y adultos mayores.

CONSEJO PARA LA COMUNICACIÓN N° 3 Comience por escuchar

- » Escuche activamente. Muéstrese comprensivo y sensible.
- » Permítale a la persona hablar sin interrupción.
- » Si los antecedentes son poco claros, sea paciente y pida una aclaración.
- » Con los niños, use un lenguaje que puedan comprender. Por ejemplo, pregunte acerca de sus intereses (juguetes, amigos, la escuela, etc.).
- » Con los adolescentes, transmita que usted comprende sus sentimientos y su situación.

CONSEJO PARA LA COMUNICACIÓN N° 4 Sea amistoso y respetuoso en todo momento y no juzgue a la persona

- » Siempre sea respetuoso.
- » No juzgue a las personas por sus comportamientos y apariencia.

- » Manténgase tranquilo y paciente.

CONSEJO PARA LA COMUNICACIÓN N° 5 Use buenas aptitudes verbales de comunicación

- » Use un lenguaje sencillo. Sea claro y conciso.
- » Use preguntas de interpretación abierta, sintetice y esclarezca los comentarios que usted haga.
- » Resuma y repita los puntos clave.
- » Permita que la persona haga preguntas acerca de la información suministrada.

CONSEJO PARA LA COMUNICACIÓN N° 6 Responda con sensibilidad cuando las personas revelen experiencias difíciles (por ejemplo, acerca de agresión sexual, violencia o lesiones autoinfligidas)

- » Muestre una sensibilidad mayor con los temas difíciles.
- » Recuerde a la persona que lo que le dicen a usted se mantendrá confidencial.
- » Reconozca que puede haber sido difícil para la persona revelar la información.

II. Promueva el respeto y la dignidad

Las personas con trastornos MNS deben ser tratadas con respeto y dignidad, y de una manera culturalmente apropiada.

Como prestador de atención de salud, haga todo lo posible por respetar y promover la voluntad y la preferencia de las personas con trastornos MNS, y apoye y haga participar a esas personas y a sus cuidadores de la manera más inclusiva. Las personas con trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias a menudo son más vulnerables a sufrir violaciones de los derechos humanos. Por consiguiente, es esencial que en el entorno de atención de salud, los prestadores promuevan los derechos de las personas con esos trastornos de acuerdo con las normas internacionales sobre derechos humanos, incluida la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad de las Naciones Unidas.*

* Para más información sobre la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad puede consultar: <http://www.un.org/esa/socdev/enable/documents/tccconvs.pdf>

LO QUE DEBE HACER

- » Trate a las personas con trastornos MNS con respeto y dignidad
- » Proteja la confidencialidad de las personas con trastornos MNS.
- » Garantice la privacidad en el entorno clínico.
- » Brinde siempre acceso a la información y explique los riesgos y los beneficios del tratamiento propuesto, por escrito si fuera posible.
- » Asegúrese de que la persona otorgue su consentimiento al tratamiento.
- » Promueva la autonomía y la vida independiente en la comunidad.
- » Dé a las personas con trastornos MNS acceso a opciones para tomar decisiones fundadas.

LO QUE NO DEBE HACER

- » No discrimine a las personas con trastornos MNS.
- » No pase por alto las prioridades o los deseos de las personas con trastornos MNS.
- » No tome decisiones acerca, en nombre, o en vez de la persona con trastornos MNS.
- » No use un lenguaje excesivamente técnico al explicar el tratamiento propuesto.

B. ELEMENTOS ESENCIALES DE LA PRÁCTICA CLÍNICA DE SALUD MENTAL

I. Evalúe la salud física

Las personas con trastornos MNS corren un mayor peligro de muerte prematura causada por enfermedades prevenibles y, por consiguiente, siempre deben ser sometidas a una evaluación de su salud física como parte de un examen integral. Asegúrese de tomar nota de los antecedentes adecuados, entre los que se incluyen los antecedentes tanto de salud física como de trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias, seguidos de una evaluación de la salud física para detectar enfermedades concurrentes e instruir a la persona acerca de medidas preventivas. Siempre se deben emprender estas acciones con el consentimiento fundamentado de la persona.

Evaluación de la salud física

» **Tome notas detalladas de los antecedentes y pregunte acerca de los factores de riesgo.**

Inactividad física, alimentación inapropiada, consumo perjudicial de tabaco, alcohol u otras sustancias, comportamientos peligrosos y enfermedades crónicas.

» **Realice un examen físico.**

» **Considere un diagnóstico diferencial.**

Descarte trastornos físicos y causas subyacentes de las manifestaciones de MNS mediante las preguntas sobre los antecedentes, el examen físico y las pruebas básicas de laboratorio, según sea necesario y factible.

» **Detecte las comorbilidades.**

A menudo una persona puede tener al mismo tiempo más de un trastorno mental, neurológico o por consumo de sustancias. Es importante evaluar y tratar esto cuando ocurre.

CONSEJO CLÍNICO:

Las personas con trastornos mentales graves tienen de 2 a 3 veces más probabilidades de morir por enfermedades prevenibles como las infecciones y los trastornos cardiovasculares. Concéntrese en reducir el riesgo mediante la educación y el seguimiento.



Manejo de la salud física

- » Trate las comorbilidades existentes en simultáneo con el trastorno MNS. Derive o consulte a especialistas, de ser necesario.
- » Instruya al paciente acerca de los factores de riesgo modificables a fin de prevenir las enfermedades y promueva un modo de vida saludable.
- » Para apoyar la salud física de las personas con trastornos MNS, los prestadores de atención de salud deben:
 - brindar asesoramiento acerca de la importancia de la actividad física y una alimentación saludable;
 - instruir a las personas acerca del consumo perjudicial de alcohol;
 - promover el abandono del consumo de tabaco y el consumo de sustancias;
 - instruir acerca de otros comportamientos peligrosos (por ejemplo, relaciones sexuales sin protección);
 - efectuar periódicamente exámenes de salud física y administrar vacunas;
 - preparar a las personas para los cambios del desarrollo durante la vida, como la pubertad y la menopausia, y prestarles el apoyo necesario; y
 - analizar planes para el embarazo y métodos de anticoncepción con las mujeres en edad férvida.

II. Realice una evaluación para determinar si existe un trastorno mental, neurológico o por consumo de sustancias

La evaluación para determinar si existen trastornos MNS incluye los pasos indicados a continuación. Primero, se analiza la dolencia que se manifiesta, luego se elabora una historia clínica que incluya preguntas acerca de anteriores problemas mentales, neurológicos o por consumo de sustancias psicoactivas, problemas de salud general, antecedentes familiares de trastornos MNS y antecedentes psicosociales. Observe a la persona (examen del estado mental), formule un diagnóstico diferencial y determine el trastorno MNS. Como parte de la evaluación, efectúe un examen físico y solicite pruebas básicas de laboratorio según sea necesario. La evaluación se realiza con el consentimiento fundamentado de la persona.



HISTORIA CLÍNICA

1 Motivo de consulta

- » Síntoma o razón principal por el que la persona está solicitando atención.
- » Pregunte cuándo, por qué y cómo comenzó.
- » Es importante en esta etapa recopilar tanta información como sea posible acerca de los síntomas de la persona y su situación.

2 Antecedentes de MNS anteriores

- » Pregunte acerca de problemas similares en el pasado, hospitalizaciones o medicamentos psiquiátricos recetados para trastornos MNS y algún intento anterior de suicidio.
- » Investigue el consumo de tabaco, alcohol y sustancias.

3 Historia clínica general

- » Pregunte acerca de problemas de salud física y los medicamentos usados.
- » Obtenga una lista de los medicamentos usados actualmente.
- » Pregunte acerca de alergias a medicamentos.

4 Antecedentes familiares de trastornos MNS

- » Indague acerca de posibles antecedentes familiares de trastornos MNS y pregunte si algún miembro de la familia tuvo síntomas similares o recibió tratamiento para un trastorno mental, neurológico o por consumo de sustancias psicoactivas.

5 Antecedentes psicosociales

- » Pregunte acerca de factores estresantes actuales, métodos para hacerles frente y apoyo social.
- » Pregunte acerca del funcionamiento socio-ocupacional actual (cómo está funcionando la persona en su hogar, en el trabajo y en sus relaciones).
- » Obtenga información básica sobre cómo y dónde vive la persona, su nivel educativo, sus antecedentes laborales, su estado civil y el número y las edades de sus hijos, sus ingresos y la estructura y condiciones de vida de la familia.

Cuando se trata de niños y adolescentes, pregunte si tienen un cuidador y la naturaleza y calidad de la relación entre ellos.

Si sospecha que existe un trastorno MNS prioritario, vaya al módulo o los módulos pertinentes para la evaluación.



EVALUACIÓN PARA TRASTORNOS DE MNS

1 Examen físico

» Realice un examen físico específico guiado por la información encontrada durante la evaluación para determinar la presencia de trastornos MNS.

2 Examen del estado mental*

» Observe la apariencia y el comportamiento de la persona, su estado de ánimo y afectivo, el contenido de sus pensamientos y alguna posible alteración de la percepción y la cognición y hágale preguntas sobre todo esto. Vea los detalles en el Esquema principal conforme a los síntomas.

3 Diagnóstico diferencial

» Considere el diagnóstico diferencial y descarte afecciones que se manifiestan con síntomas similares a los ahora observados.

4 Pruebas de laboratorio básicas

» Solicite pruebas de laboratorio cuando estén indicadas y sean factibles, especialmente para descartar causas físicas.

5 Determine el trastorno mental, neurológico o por consumo de sustancias

» Identifique el trastorno MNS usando el módulo o los módulos apropiados.
 » Determine si existen síntomas de otros trastornos MNS prioritarios (vea el Esquema principal).
 » Siga el algoritmo de manejo y los protocolos de tratamiento apropiados.



CONSEJO CLÍNICO:

Cuando sospeche que existe un trastorno MNS, evalúe siempre la posibilidad de autolesión/suicidio (» SUI)

*El examen del estado mental adaptado para no especialistas puede incluir: comportamiento y apariencia = los síntomas y signos relacionados con la forma en que se ven y actúan las personas; estado de ánimo y afectivo = los síntomas y signos relacionados con el control y la expresión de las emociones o los sentimientos; contenido del pensamiento = los síntomas y signos relacionados con los temas abarcados en los pensamientos, incluidos los delirios, la paranoia, la suspicacia y la ideación suicida; alteración de la percepción = percepciones sensoriales que se producen en ausencia del estímulo (externo) apropiado (por ejemplo, alucinaciones auditivas o visuales)(la persona puede o no tener conocimiento de la naturaleza irreal de la percepción); alteración de la cognición = los síntomas, signos y resultados clínicos indicativos de un trastorno de las capacidades y procesos mentales relacionados con la atención, la memoria, el juicio, el razonamiento, la resolución de problemas, la toma de decisiones, la comprensión y la integración de estas funciones.

III. Trate los trastornos MNS

Una vez efectuada la evaluación, siga el algoritmo de manejo indicado en la GI-mhGAP para tratar el trastorno MNS. Se señalan los pasos clave del manejo en el cuadro mostrado a continuación.



PASOS DEL MANEJO DE TRASTORNOS MNS

Muchos trastornos MNS son crónicos y requieren vigilancia y seguimiento a largo plazo. El manejo de un trastorno MNS en el transcurso del tiempo incluye los pasos indicados a continuación.

- 1 **Elabore un plan de tratamiento en colaboración con la persona y su cuidador.**

CONSEJO CLÍNICO:

El plan escrito de tratamiento debe incluir:

- intervenciones farmacológicas (si las hay),
- intervenciones psicosociales,
- derivaciones,
- plan de seguimiento, y
- tratamiento de todo trastorno físico concurrente o de otro tipo de trastorno MNS.

- 2 Brinde siempre **intervenciones psicosociales** a la persona y sus cuidadores.
- 3 Trate el trastorno MNS usando **intervenciones farmacológicas** cuando estén indicadas.

- 4 **Derive al paciente** a especialistas o al hospital cuando esté indicado y sea factible.
- 5 Asegúrese que se ha elaborado un plan apropiado de **seguimiento**.
- 6 **Trabaje de manera conjunta** con el cuidador y la familia al apoyar a la persona con un trastorno MNS.
- 7 Fomente el establecimiento de **vínculos sólidos** con los sectores del empleo, la educación, los servicios sociales (incluida la vivienda) y otros sectores pertinentes.
- 8 Modifique los planes de tratamiento para los **grupos especiales de población**.

1 Planificación del tratamiento

- » Examine y determine metas del tratamiento que respeten la voluntad y las preferencias del paciente en cuanto a la atención.
- » Incluya al cuidador después de obtener el consentimiento de la persona.
- » Promueva la autovigilancia de los síntomas y explique cuándo se debe solicitar atención con urgencia.

2 Intervenciones psicosociales

A. Psicoeducación

Suministre a la persona información acerca del trastorno MNS, en especial sobre:

- »Cuál es el trastorno, la evolución y los resultados esperados;
- » Los tratamientos disponibles para el trastorno y los beneficios esperados;
- » La duración del tratamiento;
- » La importancia de cumplir el tratamiento, incluido lo que puede hacer la persona (por ejemplo, tomar medicamentos o realizar intervenciones psicológicas pertinentes, como los ejercicios de relajación) y qué pueden hacer los cuidadores para ayudarla a cumplir las indicaciones del tratamiento;
- » Posibles efectos secundarios (a corto y a largo plazo) de todo medicamento prescrito, que la persona debe vigilar, al igual que sus cuidadores; y
- » La posible participación de asistentes sociales, encargados de los casos, agentes comunitarios de salud u otros miembros de confianza de la comunidad.
- » **Consulte la sección de “Manejo” del módulo o los**

módulos pertinentes para obtener información específica sobre el trastorno MNS.

B. Reduzca el estrés y fortalezca los apoyos sociales

Aborde los factores psicosociales estresantes actuales:

- » Detecte y aborde los problemas psicosociales pertinentes que causan estrés a la persona o repercuten en su vida, incluidos: problemas familiares y de relaciones, problemas económicos o vinculados con el empleo, la ocupación, los medios de vida, la vivienda, el acceso a la seguridad y los servicios básicos, la estigmatización y la discriminación, etc.
- » Ayude a la persona a controlar el estrés mediante métodos tales como las técnicas de resolución de problemas.
- » Evalúe y aborde toda situación de maltrato o abuso (por ejemplo, la violencia doméstica), y de descuido (por ejemplo, de niños o ancianos). Examine con la persona la posibilidad de derivarla a un organismo confiable de protección o a una red informal de protección. Póngase en contacto con la asistencia legal y los recursos de la comunidad, según proceda.
- » Identifique los familiares que pueden prestar apoyo y haga que participen tanto como sea posible y apropiado.
- » Fortalezca los apoyos sociales y trate de reactivar las redes de relaciones sociales de la persona.
- » Determine las actividades sociales anteriores que, si se reinician, podrían prestar apoyo psicosocial directo o indirecto (por ejemplo, reuniones familiares, visitas a vecinos, actividades de la comunidad, actividades religiosas, etc.).
- » Enseñe cómo abordar el estrés, por ejemplo, mediante técnicas de relajación.

C. Promueva el funcionamiento adecuado en las actividades diarias

- » Preste apoyo a la persona para que, en la medida de lo posible, continúe sus actividades sociales, educativas y ocupacionales ordinarias.
- » Facilite su participación en actividades económicas.
- » Ofrezca capacitación en habilidades para la vida y en habilidades sociales, de ser necesario.

D. Tratamiento psicológico

Los tratamientos psicológicos son intervenciones que normalmente requieren dedicarles un tiempo considerable y suelen ser suministrados por especialistas capacitados. No obstante, pueden ser realizados eficazmente por trabajadores no especializados, capacitados y supervisados, y mediante la autoayuda guiada (por ejemplo, con el uso de programas electrónicos sobre salud mental o libros de autoayuda).

Las intervenciones que se señalan a continuación se describen brevemente en el glosario.

Ejemplo de intervención	Recomendado para:
Activación conductual	DEP
Capacitación en técnicas de relajación	DEP
Orientación para la resolución de problemas	DEP
Terapia cognitivo conductual (TCC)	DEP, MCON, SUS, PSI
Terapia de manejo de contingencias	SUS
Orientación o terapia familiar	PSI, SUS
Terapia interpersonal (TIP)	DEP
Terapia de refuerzo motivacional	SUS
Formación en habilidades para padres	MCON

3 Intervenciones farmacológicas

- » Siga las directrices sobre psicofarmacología incluidas en cada módulo.
- » Use intervenciones farmacológicas cuando disponga de ellas y cuando estén indicadas en el algoritmo de manejo y el cuadro proporcionados.
- » Al seleccionar los medicamentos esenciales apropiados, considere el perfil de efectos secundarios de los medicamentos (a corto y largo plazo), la eficacia del tratamiento anterior, las interacciones medicamentosas o las interacciones entre los medicamentos y la enfermedad.
- » Consulte el formulario farmacológico nacional o el formulario de la OMS, según sea necesario.
- » Instruya a la persona acerca de los riesgos y los beneficios del tratamiento, los posibles efectos secundarios, la duración del tratamiento y la importancia de observarlo rigurosamente.
- » Obre con cautela cuando proporcione medicación a grupos especiales como las personas mayores, los pacientes con enfermedades crónicas, las mujeres durante el embarazo o la lactancia, y los niños y los adolescentes. Consulte a un especialista según sea necesario.

4 Derivación a un especialista u hospital de ser necesario

- » Manténgase alerta para detectar situaciones que puedan requerir la derivación a un especialista o a un hospital, por ejemplo, la ausencia de respuesta al tratamiento, efectos secundarios graves de intervenciones farmacológicas, trastornos físicos o MNS concomitantes, y el riesgo de autolesión o suicidio.

5 Seguimiento

- » Organice una visita del paciente al consultorio para el seguimiento después de la evaluación inicial.
- » Después de cada visita, programe una cita para el seguimiento e insista en la importancia de la atención. Haga la cita para un momento que sea mutuamente conveniente.
- » **Programe visitas de seguimiento inicial con mayor frecuencia hasta que los síntomas empiecen a responder al tratamiento.** Una vez que los síntomas comiencen a mejorar, programe citas menos frecuentes pero periódicas.
- » **En cada sesión de seguimiento, evalúe:**
 - La respuesta al tratamiento, los efectos secundarios de la medicación y la observancia al tratamiento farmacológico y a las intervenciones psicosociales.
 - El estado general de salud (asegúrese de vigilar con regularidad el estado de salud física).
 - El autocuidado (por ejemplo, la alimentación, la higiene, la vestimenta) y el funcionamiento de la persona en su propio entorno.
 - Problemas psicosociales o cambios en las condiciones de vida que puedan afectar su manejo.
 - La comprensión y las expectativas del tratamiento por parte de la persona y del cuidador. Corrija cualquier idea errónea.
- » **Durante todo el período de seguimiento:**
 - Reconozca todo progreso hacia las metas del tratamiento y refuerce el cumplimiento de la terapia.
 - Mantenga un contacto periódico con la persona (y con

su cuidador, cuando corresponda). Si es factible, asigne a un trabajador de la comunidad u otra persona confiable de la comunidad (por ejemplo, un familiar) para que apoye a la persona.

- Explique que la persona puede regresar al consultorio en cualquier momento entre las visitas de seguimiento de ser necesario (por ejemplo, cuando hay efectos secundarios de medicamentos, etc.).
- Tenga un plan de acción para cuando la persona no asista a las citas.
- Use recursos de la familia y la comunidad para comunicarse con las personas que no han regresado para el seguimiento periódico.
- Consulte a un especialista si la persona no mejora o empeora.
- Documente los aspectos clave de las interacciones con la persona y la familia en las notas sobre el caso.

» **Vaya a la sección de “Manejo” del módulo o los módulos pertinentes para información sobre el seguimiento específico del trastorno.**

6 Participación de los cuidadores

- » Cuando sea apropiado y con el consentimiento de la persona tratada, incluya al cuidador o a un familiar en la atención de la persona.
- » Reconozca que puede ser difícil cuidar a personas con trastornos MNS.
- » Explique al cuidador la importancia de respetar la dignidad y los derechos de la persona con un trastorno MNS.
- » Identifique las repercusiones psicosociales para los cuidadores.
- » Determine las necesidades del cuidador a fin de garantizar el apoyo y los recursos necesarios para la vida familiar, el empleo, las actividades sociales y la salud.
- » Promueva la participación en grupos de autoayuda y de apoyo familiar, cuando existan.
- » Con el consentimiento de la persona, mantenga a los cuidadores informados acerca del estado de salud de la persona, incluidos temas relacionados con la evaluación, el tratamiento, el seguimiento y cualquier posible efecto colateral.

7 Enlaces con otros sectores

- » Para garantizar una atención integral y basada en la evaluación inicial, vincule a la persona con servicios de empleo y de educación, y con servicios sociales (incluidos los concernientes a la vivienda) y otros sectores pertinentes.

8 Grupos de población especiales

NIÑOS Y ADOLESCENTES

- » Investigue una posible exposición a factores adversos, como la violencia y el descuido, que puedan afectar la salud mental y el bienestar.
- » Evalúe las necesidades de los cuidadores.
- » Trate a los adolescentes que pudieran venir solos para conseguir ayuda, aunque no estén acompañados por padres o tutores. Obtenga el consentimiento fundamentado del adolescente.
- » Brinde oportunidades al niño o al adolescente para que expresen sus inquietudes en privado.
- » Adapte su lenguaje al nivel de comprensión del niño o el adolescente.
- » Indague acerca de los recursos disponibles dentro de la familia, la escuela y la comunidad.

MUJERES DURANTE EL EMBARAZO O LA LACTANCIA

- » Si la mujer está en edad fecunda, pregunte:
 - si está amamantando,
 - si está embarazada y,
 - si está embarazada, cuándo menstruó por última vez.
- » Sirva de enlace con el especialista en salud materna para organizar la atención.
- » Considere la consulta con un especialista en salud mental, si lo hay.
- » Obre con cautela con las intervenciones farmacológicas; verifique la toxicidad para el feto y el traspaso de fármacos

a la leche materna. Consulte a un especialista según sea necesario.

ADULTOS MAYORES

- » Aborde los factores psicosociales estresantes que son particularmente pertinentes para la persona, respetando su necesidad de autonomía.
- » Determine y trate los problemas de salud física concurrentes y aborde los déficits sensoriales (como la disminución de la agudeza visual o la audición deficiente) con dispositivos apropiados (por ejemplo, una lupa, audífonos).
- » Use dosis inferiores de los medicamentos.
- » Prevea un mayor riesgo de interacciones medicamentosas.
- » Aborde las necesidades de los cuidadores.

ESQUEMA PRINCIPAL

Panorama general de los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias prioritarios

1. Estas manifestaciones comunes indican la necesidad de efectuar una evaluación.
2. Si las personas presentan manifestaciones de más de un trastorno, entonces se deben evaluar todos los trastornos pertinentes.
3. Todos los trastornos se aplican a todas las edades, a menos que se indique otra cosa.
4.  Para las manifestaciones de urgencia, sírvase consultar el cuadro en la página 18.

MANIFESTACIONES COMUNES

TRASTORNO PRIORITARIO

- » Múltiples síntomas físicos persistentes sin causa definida.
- » Poca energía, fatiga, problemas del sueño.
- » Tristeza persistente o estado de ánimo deprimido, ansiedad.
- » Pérdida de interés o placer en actividades que son normalmente placenteras

DEPRESIÓN (DEP)

- » Cambios de comportamiento marcados; descuido de responsabilidades usuales relacionadas con el trabajo, la escuela, las actividades domésticas o sociales.
- » Comportamiento agitado, agresivo, aumento o reducción de la actividad.
- » Creencias falsas sostenidas, no compartidas por otros en la cultura de la persona.
- » La persona escucha voces o ve cosas que no existen.
- » No se da cuenta que está teniendo problemas de salud mental.

PSICOSIS (PSI)

- » Movimientos convulsivos o ataques /crisis convulsivas
- » Durante la convulsión: pérdida o alteración de la conciencia, rigidez, entumecimiento, mordedura de la lengua, lesiones físicas, incontinencia urinaria o fecal.
- » Después de la convulsión: fatiga, adormecimiento, somnolencia, confusión, comportamiento anormal, cefalea, dolores musculares o debilidad en un lado del cuerpo.

EPILEPSIA (EPI)



Organización
Panamericana
de la Salud



Organización
Mundial de la Salud
OFICINA REGIONAL PARA LAS
Américas

Niño o adolescente examinado por dolencias físicas o en una evaluación general de salud que tiene:

- » Problemas de desarrollo, emocionales o de comportamiento (por ejemplo, falta de atención, hiperactividad o un reiterado comportamiento desafiante, desobediente y agresivo)
- » Factores de riesgo como la desnutrición, el maltrato o el descuido, enfermedades frecuentes, enfermedades crónicas (por ejemplo, la infección por el VIH/SIDA o antecedentes de un nacimiento difícil).

Cuidador preocupado por un niño o un adolescente:

- » Tiene dificultad para mantenerse a la par de sus compañeros o para llevar a cabo las actividades diarias normales para su edad.

» El comportamiento (por ejemplo, demasiado activo, agresivo, tiene rabietas frecuentes o graves, desea demasiado estar solo, se rehúsa a hacer actividades habituales o a ir a la escuela).

Maestro preocupado por un niño o un adolescente

» Por ejemplo, se distrae fácilmente, molesta en clase, a menudo se mete en problemas, tiene dificultad para completar las tareas escolares

Trabajador de salud de la comunidad o de servicios sociales preocupado por un niño o un adolescente

» Por ejemplo, muestra un comportamiento que viola las normas o la ley, comete agresiones físicas en casa o en la comunidad.

TRASTORNOS MENTALES Y CONDUCTUALES DEL NIÑO Y EL ADOLESCENTE (MCON)

Las manifestaciones comunes de trastornos emocionales, conductuales y del desarrollo varían según la edad de los niños y los adolescentes.

- » Disminución o problemas de memoria (olvidos graves) y orientación (conciencia del momento, el lugar y las personas).
- » Problemas del estado de ánimo o conductuales como apatía (parece no sentir interés por nada) o irritabilidad.
- » Falta de control emocional (fácilmente se molesta, se muestra irritable o lloroso).
- » Dificultades para llevar a cabo su trabajo usual, actividades domésticas o sociales.

DEMENCIA (DEM)

- » Parece estar bajo la influencia del alcohol u otra sustancia (por ejemplo, olor a alcohol, dificultad para articular las palabras, está sedado, comportamiento errático).
- » Signos y síntomas de efectos conductuales agudos, síntomas de abstinencia o efectos del consumo prolongado.
- » Deterioro del funcionamiento social (por ejemplo, dificultades en el trabajo o el hogar, apariencia descuidada).
- » Signos de enfermedad hepática crónica (enzimas hepáticas anormales), coloración amarilla de la piel y los ojos, hígado palpable y doloroso (en la hepatopatía temprana), ascitis (el abdomen distendido está lleno de líquido), nevos aráneos (vasos sanguíneos similares a arañas visibles en la superficie de la piel) y estado mental alterado (encefalopatía hepática).
- » Problemas con el equilibrio, al caminar, en la coordinación de los movimientos y nistagmo.

» Resultados incidentales: anemia macrocítica, recuento plaquetario bajo, volumen corpuscular medio (VCM) elevado.

» Manifestación de urgencia debido a la abstinencia del consumo de sustancias, la sobredosis o la intoxicación. La persona puede parecer sedada, sobreestimulada, agitada, ansiosa o confundida.

» Las personas con trastornos debidos al consumo de sustancias tal vez no informen que tienen problemas por consumo de sustancias. Indague si hay:

- solicitudes recurrentes de medicamentos psicoactivos, incluidos analgésicos,
- lesiones,
- infecciones asociadas con el consumo de drogas por vía intravenosa (infección por el VIH/SIDA, hepatitis C).

TRASTORNOS POR EL CONSUMO DE SUSTANCIAS (SUS)

A todas las personas que se presentan a establecimientos de atención de salud se les debe preguntar acerca de su consumo de tabaco y alcohol

- » Desesperanza y desesperación extremas.
- » Pensamientos, planes o actos de autolesión o suicidio, actuales o pasados.
- » Alguno de los otros trastornos prioritarios, dolor crónico o sufrimiento emocional extremo.

AUTOLESIÓN/SUICIDIO (SUI)

! Manifestaciones **DE CASOS DE URGENCIA** con trastornos MNS prioritarios

MANIFESTACIONES DE CASOS DE URGENCIA	TRASTORNO QUE SE DEBE CONSIDERAR	IR A
<ul style="list-style-type: none"> » Acto de autolesión con signos de intoxicación o envenenamiento, hemorragia por una herida autoinfligida, pérdida de la conciencia o letargia extrema. » Pensamientos, planes o actos actuales de autolesión o suicidio, o antecedentes de pensamientos, planes, o actos de autolesión o suicidio en una persona que ahora se muestra extremadamente agitada, violenta o afligida o que no se comunica. 	<p>ACTO MÉDICAMENTE GRAVE DE AUTOLESIÓN</p> <p>RIESGO INMINENTE DE AUTOALESIÓN/SUICIDIO</p>	SUI
<ul style="list-style-type: none"> » Convulsión aguda con pérdida o deterioro de la conciencia. » Convulsiones continuas. 	<p>EPILEPSIA</p> <p>STATUS EPILEPTICUS</p> <p>ABSTINENCIA DE ALCOHOL U OTRO SEDANTE</p>	EPI, SUS
<ul style="list-style-type: none"> » Comportamiento agitado o agresivo. 		DEM, PSI, SUS
<ul style="list-style-type: none"> » Olor a alcohol en el aliento, dificultad para articular las palabras, comportamiento desinhibido; alteración del estado de conciencia, la cognición, la percepción, la afectividad o el comportamiento. » Temblor en las manos, transpiración, vómitos, aumento del pulso y la presión arterial, agitación, cefalea, náuseas, ansiedad; crisis convulsiva y confusión en los casos graves. » No responde, no reacciona o la reacción es mínima, frecuencia respiratoria lenta, pupilas diminutas. » Pupilas dilatadas, pensamientos excitados y desenfrenados, razonamiento desordenado, comportamiento extraño, consumo reciente de cocaína u otros estimulantes, aumento del pulso y la presión arterial, comportamiento agresivo, errático o violento. 	<p>INTOXICACIÓN AGUDA CON ALCOHOL</p> <p>ABSTINENCIA DE ALCOHOL</p> <p>DELIRIO POR ABSTINENCIA DE ALCOHOL</p> <p>SOBREDOSIS DE SEDANTES O INTOXICACIÓN</p> <p>INTOXICACIÓN AGUDA CON ESTIMULANTES O SOBREDOSIS</p>	SUS

DEPRESIÓN

Las personas que sufren depresión experimentan una variedad de síntomas, como un estado de ánimo deprimido persistente o pérdida de interés y placer durante al menos dos semanas.

Como se describe en este módulo, las personas con depresión tienen considerables dificultades en su funcionamiento cotidiano en el ámbito personal, familiar, social, educativo, ocupacional o de otro tipo.

Muchas personas con depresión también padecen síntomas de ansiedad y síntomas somáticos sin explicación médica discernible.

La depresión generalmente se presenta junto con otros trastornos MNS así como con enfermedades físicas.

El manejo de síntomas que no satisfagan plenamente los criterios para clasificar el trastorno como depresión es abordado en el módulo Otros padecimientos de salud mental importantes. Vaya al módulo OTR.

DEP » Panorama breve



EVALUACIÓN

- » ¿Sufre la persona depresión?
- » ¿Hay otras explicaciones para los síntomas?
 - Descarte posibles trastornos físicos.
 - Descarte la existencia de antecedentes de manía.
 - Descarte reacciones normales a una pérdida importante reciente.
- » Investigue otros trastornos MNS prioritarios.



MANEJO

- » Protocolos de manejo
 1. Depresión
 2. Episodio depresivo en el trastorno bipolar
 3. Grupos especiales de población
- »  Intervenciones psicosociales
- »  Intervenciones farmacológicas



SEGUIMIENTO



DEP 1 » Evaluación

MANIFESTACIONES COMUNES DE LA DEPRESIÓN

- Múltiples síntomas físicos persistentes sin causa clara
- Escasa energía, fatiga, alteraciones del sueño
- Tristeza o estado de ánimo deprimido persistentes, ansiedad
- Pérdida de interés o placer en actividades que son normalmente placenteras

1

¿Tiene la persona depresión?

¿Ha tenido la persona al menos uno de los siguientes síntomas básicos de la depresión durante al menos dos semanas?

- Estado de ánimo deprimido persistente
- Marcada disminución del interés o el placer en realizar actividades antes disfrutadas

NO

SÍ

Es improbable que sea depresión

» Vaya al módulo »OTR

¿Tiene o tuvo la persona varios de los otros síntomas siguientes durante al menos dos semanas?

- Alteraciones del sueño o dormir demasiado
- Cambio significativo del apetito o el peso (disminución o aumento)
- Creencia de que carece de méritos o de una culpabilidad excesiva
- Fatiga o pérdida de energía
- Disminución de la concentración
- Indecisión
- Agitación observable o inquietud física
- Habla o se mueve más lentamente de lo usual
- Desesperanza
- Pensamientos o actos suicidas

NO

SÍ

Es improbable que sea depresión

» Vaya al módulo »OTR

¿Tiene la persona considerable dificultad en el funcionamiento diario en el ámbito personal, familiar, social, educativo, ocupacional o de otro tipo?

NO

SÍ

Es improbable que sea depresión

» Vaya al módulo »OTR

Considere la posible existencia de **DEPRESIÓN**

CONSEJO CLÍNICO:

Una persona con depresión puede tener síntomas psicóticos como delirios o alucinaciones. Si están presentes estos síntomas, se debe adaptar el tratamiento para la depresión. **CONSULTE A UN ESPECIALISTA.**



2

¿Hay otras explicaciones posibles de los síntomas?

¿ES UNA ENFERMEDAD FÍSICA QUE PUEDE ASEMEJARSE A LA DEPRESIÓN O EXACERBARLA?
¿Hay signos y síntomas que sugieran la presencia de anemia, desnutrición, hipotiroidismo, alteraciones del estado de ánimo por el consumo de sustancias y efectos secundarios de medicamentos (por ejemplo, alteraciones del estado de ánimo por el consumo de esteroides)?

» TRATE LA ENFERMEDAD FÍSICA

SÍ

NO

¿Persisten los síntomas depresivos después del tratamiento?

No es necesario ningún tratamiento.

NO

SÍ

¿HAY ANTECEDENTES DE MANÍA?

¿Se han presentado simultáneamente varios de los siguientes síntomas, con una duración de al menos una semana y con una gravedad suficiente para interferir considerablemente con el trabajo y las actividades sociales o para requerir hospitalización o reclusión?

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> - Elevación del estado de ánimo o irritabilidad - Disminución de la necesidad de sueño - Mayor actividad, sentimiento de mayor energía, la persona habla en demasía o con gran rapidez - Comportamientos impulsivos o imprudentes, como gastar dinero excesivamente, tomar decisiones importantes sin reflexionar y | <ul style="list-style-type: none"> cometer indiscreciones sexuales - Pérdida de inhibiciones sociales normales que da lugar a comportamientos inapropiados - Se distrae fácilmente - Muestra una autoestima exacerbada sin una justificación real |
|--|---|

NO

SÍ

Es probable que sea un EPISODIO DEPRESIVO EN EL TRASTORNO BIPOLAR



CONSEJO CLÍNICO:
Las personas con un episodio depresivo en el trastorno bipolar corren el riesgo de padecer manía. El tratamiento es diferente del usado para la depresión. **Se debe aplicar el PROTOCOLO 2.**

» Vaya al PASO 3 y luego PROTOCOLO 2

¿HA SUFRIDO UNA PÉRDIDA IMPORTANTE (POR EJEMPLO, DUELO POR EL FALLECIMIENTO DE UN ALLEGADO) DENTRO DE LOS SEIS ÚLTIMOS MESES?

SÍ

NO

Es probable que sea DEPRESIÓN

» Vaya al PASO 3 y luego PROTOCOLO 1

¿Está presente alguno de los síntomas siguientes?

- Ideación suicida
- Creencia de que carece de méritos
- Síntomas psicóticos
- Habla o se mueve más lentamente de lo normal

¿Tiene la persona antecedentes de depresión?



Es probable que sea DEPRESIÓN

No aplique el tratamiento para la depresión. » Vaya al módulo »OTR

3
¿Hay trastornos MNS prioritarios concurrentes?

! SI HAY RIESGO INMINENTE DE SUICIDIO, EVALÚE Y APLIQUE EL TRATAMIENTO antes de continuar. Vaya al módulo »SUI.

» Investigue si existen trastornos MNS concurrentes conforme al Esquema principal de la GI-mhGAP. Vaya a » "Esquema Principal"

! Las personas con depresión corren un mayor peligro de sufrir la mayoría de los restantes trastornos MNS prioritarios. Evalúe al paciente para detectar trastornos por el consumo de sustancias psicoactivas.

» Vaya al PROTOCOLO 1



DEP 2 » Manejo

PROTOCOLO

1

Depresión

- » Proporcione psicoeducación a la persona y a sus cuidadores. (2.1) 
- » Reduzca el estrés y fortalezca los apoyos sociales. (2.2)
- » Promueva el funcionamiento adecuado en las actividades diarias y en la vida de la comunidad. (2.3)
- » Considere la administración de antidepresivos. (2.5) 
- » Si es factible, considere la derivación del paciente para que reciba alguno de los siguientes tratamientos psicológicos breves: activación conductual, terapia cognitivo conductual, terapia interpersonal y orientación para la resolución de problemas. (2.4)
- »  **NO** trate los síntomas con tratamientos ineficaces, por ejemplo, inyecciones de vitaminas.
- » Efectúe un seguimiento periódico. 

PROTOCOLO

2

Depresión en el trastorno bipolar

- » Consulte a un especialista. 
- » Si no dispone de inmediato de un especialista, continúe el tratamiento para la depresión (**PROTOCOLO 1**). Sin embargo, NUNCA recete antidepresivos solos sin un estabilizador del estado de ánimo como el litio, la carbamazepina o el valproato porque los antidepresivos pueden conducir a la manía en personas con trastorno bipolar (Vaya al módulo **» PSI**).
- » Si se presentaran síntomas de manía, dígame a la persona y a los cuidadores que suspendan de inmediato el antidepresivo y regresen para recibir ayuda.

Grupos especiales de población

Observe que las intervenciones pueden diferir para estos grupos de población.



NIÑO/ADOLESCENTE

- » Para el tratamiento de la depresión en niños/adolescentes, vaya al módulo **» MCON**.



MUJERES DURANTE EL EMBARAZO O LA LACTANCIA

- » Siga el tratamiento para la depresión (**PROTOCOLO 1**), pero EVITE usar antidepresivos si fuera posible, especialmente durante el primer trimestre.
- » Si la paciente no responde al tratamiento psicológico, considere la posibilidad de usar con precaución la dosis eficaz más baja de los antidepresivos.
- » Si la mujer está amamantando, evite los medicamentos de acción prolongada, como la fluoxetina.
- » **CONSULTE A UN ESPECIALISTA**, si es factible. 

INTERVENCIONES PSICOSOCIALES

2.1 Psicoeducación: mensajes fundamentales para la persona y los cuidadores

- » La depresión es un problema muy frecuente que le puede suceder a cualquier persona.
- » La aparición de la depresión no significa que la persona sea débil o perezosa.
- » Actitudes negativas de otras personas (por ejemplo, decirle “debes ser más fuerte”, “contrólate”) pueden obedecer a que la depresión no es una dolencia visible, a diferencia de una fractura o una herida. Existe también la idea errónea de que las personas con depresión pueden controlar fácilmente sus síntomas mediante la simple fuerza de voluntad.
- » Las personas con depresión tienden a tener opiniones negativas no realistas acerca de sí mismos, su vida y su futuro. Su situación actual puede ser muy difícil, pero la depresión puede causar pensamientos injustificados de desesperanza y falta de valor. Estas opiniones probablemente mejoren una vez que remita la depresión.
- » Los pensamientos de **autolesión o suicidio** son comunes. Si se detectan estos pensamientos, la persona no debe actuar para modificarlos sino que debe relatarlos a una persona de confianza y volver para pedir ayuda de inmediato.

2.2 Reduzca el estrés y fortalezca el apoyo social

- » Evalúe la existencia de factores estresantes y aplique el tratamiento para reducirlos. (Vaya al módulo » APE)
- » Reactive la red de relaciones sociales anteriores de la persona. Identifique actividades sociales previas que, si se comienzan nuevamente, en potencia pueden prestar apoyo psicosocial directo o indirecto, por ejemplo, las reuniones de familia, las visitas a vecinos y actividades de la comunidad.

2.3 Promueva el funcionamiento adecuado en las actividades diarias y en la vida de la comunidad

- » Aunque sea difícil, aliente a la persona a que trate de seguir tanto como sea posible las siguientes indicaciones:
 - Reanudar (o continuar) las actividades que fueron anteriormente placenteras.
 - Mantener un ciclo regular de horas para dormir y para estar despierto.
 - Mantenerse físicamente activo en la medida de lo posible.
 - Comer regularmente a pesar de las alteraciones del apetito.
 - Pasar tiempo con amigos de confianza y con la familia.
 - Participar en lo posible en las actividades comunitarias y otras actividades sociales.

- » Explique a la persona y al cuidador que estas actividades pueden todas ayudar a mejorar el estado de ánimo.

2.4 Tratamientos psicológicos breves para la depresión

- » Esta guía no proporciona protocolos específicos para llevar a cabo intervenciones psicológicas breves. La OMS, entre otros organismos, ha elaborado manuales que describen el uso de esas intervenciones para la depresión. Un ejemplo es el manual Problem Management Plus (http://www.who.int/mental_health/emergencies/problem_management_plus/en/, en inglés) que describe el uso de la activación conductual, técnicas de relajación, la orientación para la resolución de problemas y el fortalecimiento del apoyo social. Por otra parte el manual Group Interpersonal Therapy for Depression describe el tratamiento grupal de la depresión (http://www.who.int/mental_health/mhgap/interpersonal_therapy/en, en inglés). En Pensamiento saludable: Manual para la atención psicosocial de la depresión perinatal (http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/28417/9789275318997_spa.pdf?sequence=18&isAllowed=y) se describe el uso de la terapia cognitivo conductual para la depresión perinatal.

INTERVENCIONES FARMACOLÓGICAS

2.5 Considere la posibilidad de administrar antidepresivos

- » Analice con la persona y decidan juntos si se recetarán antidepresivos. Explique que:
 - Los antidepresivos no causan adicción.
 - Es muy importante tomar la medicación todos los días como se le prescriba.
 - Se pueden experimentar algunos efectos secundarios en los primeros días, pero generalmente remiten en forma espontánea.
 - Por lo general pasan varias semanas antes de que se noten mejoras en el estado de ánimo, el interés o la energía.
- » Considere la edad de la persona, padecimientos médicos concurrentes y el perfil de efectos secundarios del medicamento.
- » Comience con un solo medicamento en la dosis inicial más baja.
- » Los medicamentos antidepresivos, en general, deben ser administrados durante al menos 9 a 12 meses después de la remisión de los síntomas.
- » Los medicamentos nunca se deben suspender solo porque la persona experimenta alguna mejoría. Instruya a la persona acerca del tiempo recomendado para tomar los medicamentos.

PRECAUCIONES

- » Si la persona sufre un episodio maniaco, suspenda el antidepresivo de inmediato; el medicamento antidepresivo puede desencadenar un episodio maniaco en el trastorno bipolar sin tratar.
- » No combine el medicamento con otros antidepresivos, ya que esto puede causar el síndrome de la serotonina.
- » Los antidepresivos pueden aumentar la ideación suicida, especialmente en los adolescentes y los adultos jóvenes.

Medicación antidepresiva en grupos especiales de población

ADOLESCENTES DE 12 AÑOS O MÁS

- » Si los síntomas persisten o empeoran a pesar de las intervenciones psicosociales, considere la posibilidad de administrar fluoxetina (pero ningún otro inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina [ISRS] ni antidepresivos tricíclicos [ATC]). 
- » Si se receta fluoxetina, pídale al adolescente que regrese semanalmente durante las cuatro primeras semanas para vigilar la aparición de pensamientos o planes de suicidio.

MUJERES DURANTE EL EMBARAZO O LA LACTANCIA

- » Evite los antidepresivos, si es posible.
- » Considere la administración de antidepresivos en la dosis eficaz más baja si no hay ninguna respuesta a las intervenciones psicosociales.

- » Si la mujer está amamantando, evite medicación antidepresiva de acción prolongada como la fluoxetina.

- » Consulte a un especialista, si es factible. 

ADULTOS MAYORES

- » Evite recetar amitriptilina si es posible.

PERSONAS CON ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES

- »  NO recete amitriptilina.

ADULTOS CON PENSAMIENTOS O PLANES DE SUICIDIO

- » Los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina son la primera opción. La sobredosis de un antidepresivo tricíclico como la amitriptilina puede ser mortal y, por consiguiente, se debe evitar en este grupo.
- » Si hay un riesgo inminente de autolesión o suicidio (vaya al módulo **SUI**), entregue una cantidad limitada de antidepresivos (por ejemplo, la provisión necesaria para una semana cada vez).
- » Pida a las personas que se ocupan de la persona que guarden y vigilen los medicamentos y efectúen su seguimiento con frecuencia para prevenir una sobredosis.

CUADRO 1: Antidepresivos

MEDICAMENTO	DOSIFICACIÓN	EFFECTOS SECUNDARIOS	CONTRAINDICACIONES/PRECAUCIONES
AMITRIPTILINA (antidepresivo tricíclico [ATC])	<p>Comience con 25 mg a la hora de acostarse.</p> <p>Aumente de 25-50 mg por semana a 100-150 mg por día (hasta 300 mg como máximo).</p> <p>Nota: La dosis eficaz mínima en los adultos es de 75 mg. Se puede ver sedación con dosis inferiores.</p> <p>Adultos mayores/personas con enfermedad física: Comience con 25 mg a la hora de acostarse y aumente a 50-75 mg diarios (hasta 100 mg como máximo).</p> <p> Niños/adolescentes: No la use.</p>	<p>Comunes: sedación, hipotensión ortostática (riesgo de caída), visión borrosa, dificultad para orinar, náuseas, aumento de peso, disfunción sexual.</p> <p>Graves: alteraciones electrocardiográficas (por ejemplo, prolongación del intervalo QT), arritmia cardíaca, aumento del riesgo de padecer una crisis convulsiva.</p>	<p>Evite recetarla a personas con enfermedades cardíacas, antecedentes de crisis convulsivas, hipertiroidismo, retención urinaria o glaucoma de ángulo estrecho y trastorno bipolar (se puede desencadenar manía en personas con trastorno bipolar sin tratar).</p> <p>La sobredosis puede causar crisis convulsivas, arritmia cardíaca, hipotensión, coma o la muerte.</p> <p>Las concentraciones de amitriptilina pueden aumentar con los medicamentos antimaláricos, como la quinina.</p>
FLUOXETINA (inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina [ISRS])	<p>Comience con 10 mg por día durante una semana, luego aumente a 20 mg por día. Si no hay ninguna respuesta en 6 semanas, aumente a 40 mg (80 mg como máximo).</p> <p>Adultos mayores/personas con enfermedad física: es la opción preferida. Comience con 10 mg por día, luego aumente a 20 mg (40 mg como máximo).</p> <p> Adolescentes</p> <p>Comience con 10 mg por día. Aumente a 20 mg por día si no hay respuesta en 6 semanas (40 mg como máximo).</p>	<p>Comunes: Sedación, insomnio, cefalea, mareos, molestias gastrointestinales, alteración del apetito y disfunción sexual.</p> <p>Graves: alteraciones de la coagulación en las personas que usan aspirina u otros medicamentos antiinflamatorios no esteroideos, niveles bajos de sodio.</p>	<p>Tome precauciones cuando se trata de personas con antecedentes de crisis convulsivas.</p> <p>Interacciones medicamentosas: Evite la combinación con warfarina (puede aumentar el riesgo de hemorragias). Pueden aumentar las concentraciones de ATC, antipsicóticos y betabloqueadores.</p> <p>Tome precauciones cuando se usa en combinación con tamoxifeno, codeína y tramadol (reduce el efecto de estos medicamentos).</p>

DEP 3 » Seguimiento

1

EVALUACIÓN PARA DETERMINAR
SI HAY MEJORÍA

¿Está mejorando la persona?

NO

SÍ



RECOMENDACIONES SOBRE LA FRECUENCIA DE CONTACTO

- » Haga la segunda cita para no más de una semana después.
- » Mantenga inicialmente un contacto periódico por teléfono, mediante visitas a domicilio, cartas o tarjetas de contacto con mayor frecuencia, por ejemplo, mensualmente, durante los 3 primeros meses.

- » Si no todavía no recibe tratamiento psicológico, considere la posibilidad de ese tratamiento.
- » Si recibe un tratamiento psicológico, evalúe la participación de la persona y su experiencia con el tratamiento psicológico actual.
- » Si todavía no es tratada con antidepresivos, considere recetar antidepresivos.
- » Si está en tratamiento con antidepresivos, investigue:

— ¿Toma la persona la medicación como se le ha prescrito?

Si no lo hace, indague acerca de las razones y promueva el cumplimiento del tratamiento.

— ¿Presenta efectos secundarios?

En caso afirmativo, evalúe y sopesa los beneficios del tratamiento.

En caso negativo, aumente la dosis (CUADRO 1). Efectúe el seguimiento en una o dos semanas.

Follow-up in 1-2 weeks. ↻

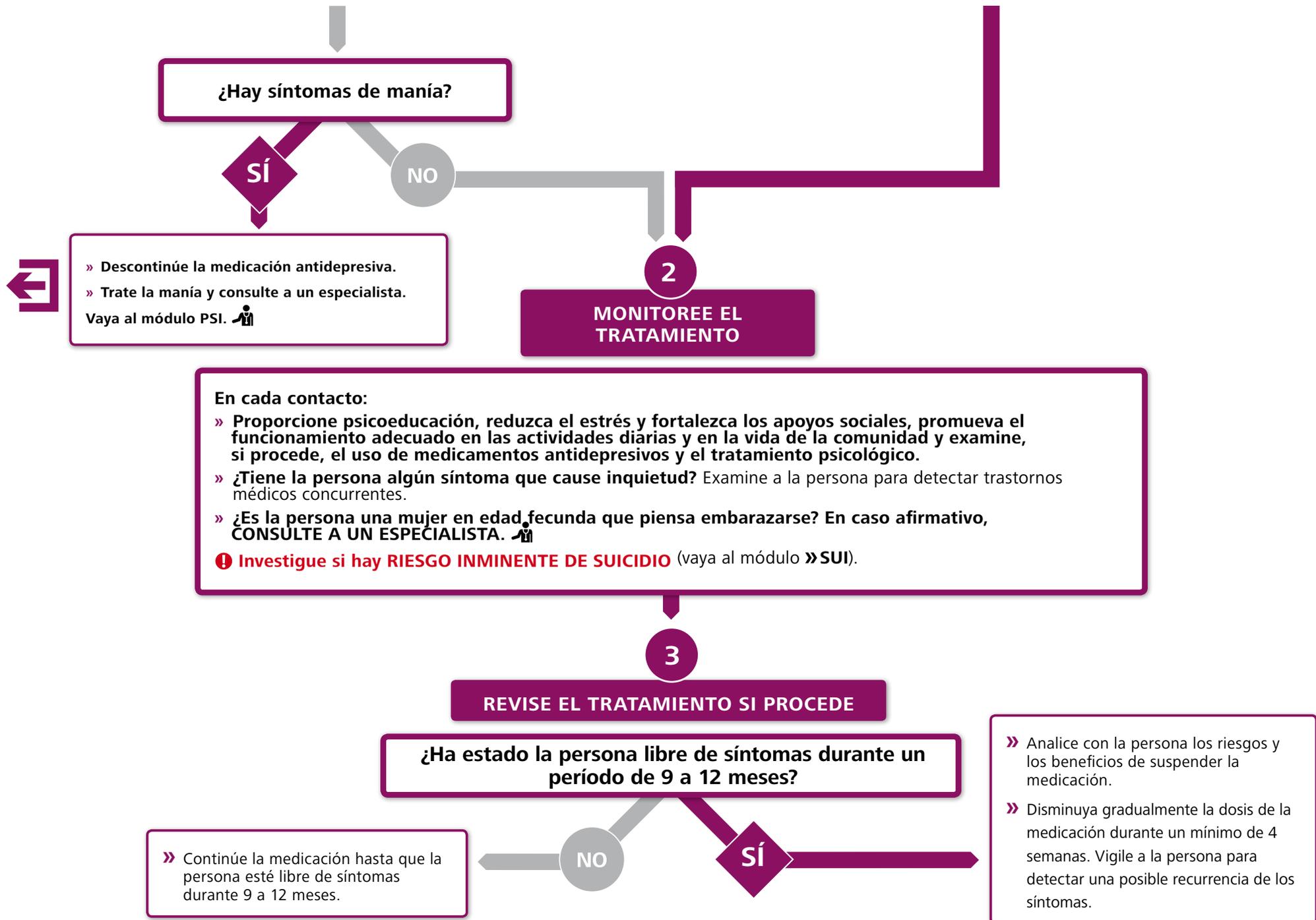
⚠ TOME PRECAUCIONES CON EL AUMENTO DE LA DOSIS. SE REQUIERE UN SEGUIMIENTO MUY DE CERCA DEBIDO AL POSIBLE AUMENTO DE LOS EFECTOS SECUNDARIOS.

- » Aliente a la persona a continuar con su plan de tratamiento actual hasta que esté *libre de los síntomas durante un período de 9 a 12 meses*.

» **Organice otra cita de seguimiento para una o dos semanas después.** ↻

- » Reduzca el contacto a medida que mejoren los síntomas de la persona, por ejemplo, véala una vez cada 3 meses después de los 3 meses iniciales.

Nota: El seguimiento debe continuar hasta que la persona ya no tenga ningún síntoma de depresión.



PSICOSIS

El módulo sobre las psicosis abarca el manejo de dos trastornos de salud mental: las psicosis y los trastornos bipolares. Las personas con alguna psicosis o trastorno bipolar corren un alto riesgo de estar expuestas a la estigmatización, la discriminación y la violación de su derecho a vivir con dignidad.

Las psicosis se caracterizan por la distorsión del pensamiento y de la percepción y por la perturbación de las emociones y los comportamientos. La persona también puede presentar un lenguaje incoherente o ilógico. Además, se pueden detectar síntomas como alucinaciones (escuchar voces o ver cosas que no existen); estados delirantes (creencias falsas fijas); anormalidades graves de la conducta (comportamiento desorganizado, agitación, excitación, inactividad o hiperactividad); alteraciones de las emociones (apatía pronunciada o incoherencia entre la emoción que la persona señala y la que se observa en la expresión facial y el lenguaje corporal).

Los trastornos bipolares se caracterizan por episodios en los cuales el estado de ánimo y los niveles de actividad de la persona están significativamente alterados. En algunas ocasiones consiste en una elevación del estado de ánimo y un aumento de la energía y la actividad (manía) y, en otros casos, en una caída del estado de ánimo y una reducción de la energía y la actividad (depresión). Generalmente, la recuperación es completa entre un episodio y otro. Las personas que solo experimentan episodios maníacos también se incluyen en la categoría de los trastornos bipolares.

PSI » Panorama breve



EVALUACIÓN

- » Investigue otras explicaciones de los síntomas.
 - INVESTIGUE SI HAY TRASTORNOS MÉDICOS por ejemplo, descarte el delirio, los medicamentos y anomalías metabólicas.
 - INVESTIGUE SI EXISTEN OTROS TRASTORNOS MNS PERTINENTES.
- » Determine si hay episodios maníacos agudos.
- » Evalúe la posibilidad de que la persona sufra psicosis



MANEJO

- » **Protocolos de manejo**
 1. Trastorno bipolar, episodio maníaco
 2. Psicosis
 3. Grupos especiales de población: mujeres durante el embarazo o la lactancia, adolescentes y adultos mayores
- » **Intervenciones psicosociales**
- » **Intervenciones farmacológicas**
 1. Psicosis: iniciación de la medicación con antipsicóticos
 2. Episodio maníaco: iniciación de la medicación estabilizadora del estado de ánimo o antipsicótica; evite los antidepresivos



SEGUIMIENTO



PSI 1 » Evaluación

MANIFESTACIONES COMUNES DE LAS PSICOSIS

- Cambios pronunciados de la conducta, descuido de las responsabilidades habituales relacionadas con el trabajo, la escuela, las actividades domésticas o sociales.
- Comportamiento agitado, agresivo; aumento o disminución de la actividad
- Creencias falsas fijas no compartidas por otros en la cultura de la persona.
- Oye voces o ve cosas que no existen.
- No se da cuenta que tiene problemas de salud mental.

1

¿Hay otras explicaciones para los síntomas?

» EVALÚE SI EXISTEN TRASTORNOS FÍSICOS

De acuerdo con la historia clínica, el examen clínico o los resultados de laboratorio, ¿hay signos y síntomas que indiquen **delirio** debido a una enfermedad física aguda, por ejemplo, infección, malaria cerebral, deshidratación, anomalias metabólicas (como hipoglucemia o hiponatremia), o **efectos secundarios de la medicación**, por ejemplo, a causa de algún medicamento antimalárico o esteroideo?

» **Evalúe y trate** la enfermedad física aguda y **derive al paciente a servicios de urgencia o a un especialista según sea necesario.**

» Si los síntomas persisten después del tratamiento de la causa aguda, vaya al **PASO 2**

SÍ

NO

» **EVALÚE PARA DETERMINAR SI SE TRATA DE DEMENCIA, DEPRESIÓN, INTOXICACIÓN O ABSTINENCIA DEL CONSUMO DE DROGAS O ALCOHOL.**

SÍ

i

MANEJO DE LA AGITACIÓN AGUDA O LA AGRESIÓN

Si la persona presenta agitación aguda o agresividad aguda:

» Vaya al cuadro "Manejo de las personas con conducta agitada o agresiva" (Cuadro 5) en este módulo antes de proseguir.

» **Considere efectuar una consulta con un especialista en salud mental para el tratamiento de los trastornos concurrentes.**

» **Trate los trastornos concurrentes.**
Vaya a los módulos pertinentes.

2

¿Está teniendo la persona un episodio maniaco agudo?

Se han presentado simultáneamente varios de los síntomas mencionados a continuación y han durado al menos una semana con gravedad suficiente para interferir considerablemente en el trabajo y las actividades sociales o requerir reclusión u hospitalización?

- Estado de ánimo elevado o irritable
- Pérdida de inhibiciones sociales
- Disminución de la necesidad de sueño
- normales, como indiscreciones sexuales
- Aumento de la actividad, sentimiento de mayor energía, habla mucho o con rapidez
- Comportamientos impulsivos o temerarios, como gastos de dinero
- excesivos, toma de decisiones importantes sin reflexionar
- Se distrae fácilmente
- Aumento injustificado de la autoestima

Sospeche que hay un episodio maniaco del TRASTORNO BIPOLAR

NO

SÍ

Sospeche que hay un episodio depresivo del TRASTORNO BIPOLAR

NO

SÍ

CONSEJO CLÍNICO: Las personas con trastorno bipolar pueden experimentar a lo largo de su vida solo episodios maníacos o una combinación de episodios maníacos y depresivos.

» Para aprender a evaluar y controlar el episodio depresivo del trastorno bipolar, vaya al módulo **» DEP.**



1 SI HAY RIESGO INMEDIATO DE SUICIDIO, EVALÚELO Y TRÁTELO antes de proseguir. Vaya al módulo **» SUI.**



» Vaya al PROTOCOLO 1

3 ¿Sufre la persona de psicosis?

¿Tiene la persona al menos dos de los síntomas siguientes?

- Estados delirantes, creencias fijas falsas no compartidas por otros en la cultura de la persona
- Alucinaciones, oye voces o ve cosas que no existen
- Lenguaje o conducta desorganizados, por ejemplo, habla incoherente o ilógicamente, como murmurar o reírse solo, apariencia extraña, signos de descuido de sí mismo o apariencia descuidada

NO

SÍ

Sospeche que se trata de un caso de **PSICOSIS**

» Vaya al **PROTOCOLO 2**

¡ SI HAY RIESGO INMINENTE DE SUICIDIO, EVALÚELO Y TRÁTELO antes de proseguir. Vaya al módulo »SUI.

» Considere la necesidad de consultar a un especialista para examinar otras causas posibles de psicosis. 



PSI 2 » Manejo

PROTOCOLO

1

Episodio maniaco en el trastorno bipolar

- » Proporcione **psicoeducación** a la persona y los cuidadores. (2.1)
- » **Intervención farmacológica.** (2.6)
- » **Si el paciente está siendo tratado con antidepresivos, DESCONTINÚE la medicación** para prevenir un mayor riesgo de manía.
 - **Empiece el tratamiento** con litio, valproato, carbamazepina o antipsicóticos. Considere usar benzodiazepina a corto plazo (2 a 4 semanas como máximo) para el trastorno conductual o la agitación.
- » Promueva el funcionamiento adecuado en las actividades diarias. (2.3)
- » Garantice la seguridad de la persona y la seguridad de otros
- » Efectúe un seguimiento periódico.
- » Apoye la rehabilitación en la comunidad.
- » Reduzca el estrés y fortalezca los apoyos sociales. (2.2)

PROTOCOLO

2

Psicosis

- » Proporcione **psicoeducación** a la persona y a los cuidadores. (2.1)
- » **Empiece la medicación antipsicótica.** (2.5)
- » Comience con una dosis baja dentro del margen terapéutico y aumentela lentamente hasta alcanzar la dosis eficaz más baja, a fin de reducir el riesgo de padecer efectos secundarios.
- » Promueva el funcionamiento adecuado en las actividades diarias. (2.3)
- » Garantice la seguridad de la persona y la seguridad de otros.
- » Efectúe un seguimiento periódico.
- » Apoye la rehabilitación en la comunidad.
- » Reduzca el estrés y fortalezca los apoyos sociales. (2.2)

Grupos especiales de población

Observe que las intervenciones para la PSICOSIS pueden diferir en estos grupos de población.



MUJERES DURANTE EL EMBARAZO O LA LACTANCIA

- » Sirva de enlace con especialistas en salud materna para organizar la atención.
- » Considere la consulta con un especialista en salud mental si es factible.
- » Explique el riesgo de consecuencias adversas para la madre y su bebé, incluidas complicaciones obstétricas y recaídas psicóticas, en particular si se suspendió la medicación.
- » Considere una intervención farmacológica cuando sea apropiado y disponga de ella. Vea las indicaciones a continuación.

Intervenciones farmacológicas: PSICOSIS

- » En las mujeres con psicosis que están planificando un embarazo, ya están embarazadas o que amamantan, se puede considerar recetar haloperidol por vía oral en dosis bajas, o clorpromazina.
- » **NO** se deben prescribir anticolinérgicos a las mujeres que están embarazadas debido a los efectos secundarios extrapiramidales de los medicamentos antipsicóticos, excepto en los casos agudos, a corto plazo.
- » No se deben recetar sistemáticamente antipsicóticos de depósito (de efecto retardado) a las mujeres con trastornos psicóticos que están planificando un embarazo, están embarazadas o amamantan, porque hay relativamente poca información sobre su seguridad en este grupo de población.

EPISODIO MANÍACO EN EL TRASTORNO BIPOLAR

- » **EVITE USAR VALPROATO, LITIO y CARBAMAZEPINA** durante el embarazo y la lactancia materna debido al riesgo de que se produzcan malformaciones congénitas.
- » Considere el empleo de **haloperidol en dosis bajas** con precaución y en consulta con un especialista, si es factible.
- » Sopesese los riesgos y los beneficios de los medicamentos en las mujeres en edad fecunda.
- » Si en una embarazada se presenta manía aguda mientras toma estabilizadores del estado de ánimo, considere la posibilidad de cambiar a haloperidol en dosis bajas.



ADOLESCENTES

- » Considere la consulta con un especialista en salud mental.
- » En los adolescentes con trastorno psicótico o bipolar, se puede recetar **risperidona** como una opción de tratamiento solo bajo la supervisión de un especialista.
- » Si el tratamiento con risperidona no es factible, se puede usar **haloperidol** o **clorpromazina** solo bajo la supervisión de un especialista.



ADULTOS MAYORES

- » Use dosis **inferiores** de la medicación.
- » Prevea un mayor riesgo de interacciones medicamentosas.
- » **PRECAUCIONES**
Los antipsicóticos conllevan un mayor riesgo de episodios cerebrovasculares y muerte en los adultos mayores con psicosis relacionada con demencia.

INTERVENCIONES PSICOSOCIALES

2.1 Psicoeducación

Mensajes clave para la persona y sus cuidadores:

- » Explique que los síntomas se deben a un trastorno de salud mental, que la psicosis y los trastornos bipolares pueden ser tratados y que la persona puede recuperarse. Aclare las ideas erróneas comunes acerca de la psicosis y el trastorno bipolar.
- »  No culpe a la persona o a su familia ni los acuse de ser la causa de los síntomas.
- » Señale a la persona y a la familia que la persona tiene que tomar los medicamentos prescritos y regresar para el seguimiento periódicamente.
- » Explique que la reaparición o el empeoramiento de los síntomas son comunes y que es importante reconocerlos tempranamente y concurrir al establecimiento de salud cuanto antes.
- » Planifique un calendario sistemático de trabajo o actividades escolares que **evite la privación del sueño y el estrés** tanto a la persona como a los cuidadores. Aliente a la persona a solicitar consejos en relación con decisiones importantes, especialmente las concernientes a dinero o compromisos esenciales.
- » Recomiende **evitar el consumo de alcohol, cannabis u**



CONSEJO CLÍNICO
Establezca una relación de armonía con la persona.
 La confianza mutua entre la persona y el prestador de atención de salud es fundamental para garantizar la observancia terapéutica y los resultados a largo plazo.

otras drogas no recetadas, ya que pueden empeorar los síntomas psicóticos o bipolares.

- » Informe a la persona sobre cómo mantener un modo de vida saludable, por ejemplo, una alimentación equilibrada, actividad física, sueño regular, buena higiene personal y ningún factor estresante. El estrés puede empeorar los síntomas psicóticos. *Nota: Los cambios del modo de vida deben continuar tanto tiempo como sea necesario, posiblemente de manera indefinida. Estos cambios se deben planificar y llevar a cabo de tal modo que se logre su sostenibilidad.*

2.2 Reducir el estrés y fortalecer los apoyos sociales

- » Establezca la coordinación con las instancias sanitarias y sociales disponibles para satisfacer las necesidades de salud física, social y mental de la familia.
- » Determine las actividades sociales previas de la persona que, de reiniciarse, tendrían el potencial de prestarle apoyo psicológico y social directo o indirecto; por ejemplo, reuniones de familia, salidas con amigos, visitas a vecinos, actividades sociales en el lugar de trabajo, deportes y actividades de la comunidad. Aliente a la persona a que reanude estas actividades sociales y asesore a los familiares acerca de esto.
- » Aliente a la persona y a los cuidadores a que mejoren los sistemas de apoyo social.



CONSEJO CLÍNICO
 Garantice que las personas con psicosis sean tratadas con respeto y dignidad. Para mayores detalles vaya al módulo **» APE.**

2.3 Promover el funcionamiento adecuado en las actividades cotidianas de la vida

- » Haga que la persona continúe en la medida de lo posible sus actividades sociales, educativas y ocupacionales habituales. Es mejor para la persona tener un trabajo o estar ocupado en otras cosas importantes.
- » Facilite la inclusión de la persona en actividades económicas, como el empleo con apoyo culturalmente apropiado.
- » Brinde a la persona capacitación en aptitudes para la vida o aptitudes sociales que mejoren las habilidades para la vida independiente de las personas con psicosis y trastorno bipolar y las de sus familias o cuidadores.
- » Facilite, si es factible y necesario, una vida independiente y una vivienda con apoyo que sea cultural y contextualmente apropiada en la comunidad.

2.4 Consejos generales para los cuidadores

- »  No trate de convencer a la persona de que sus creencias o experiencias son falsas o irracionales. Trate de ser neutral y prestar apoyo, aun cuando la persona muestre una conducta extraña.
- »  Evite expresar críticas u hostilidad severas o constantes hacia la persona con psicosis
- » De a la persona libertad de movimiento. Evite restringirla y también garantice su seguridad básica y la de otras personas.
- » En general es mejor que la persona viva con su familia o miembros de la comunidad en un entorno propicio, fuera del entorno hospitalario. Se debe evitar la hospitalización a largo plazo.

INTERVENCIONES FARMACOLÓGICAS

i EN EL CASO DE GRUPOS ESPECIALES DE POBLACIÓN, (mujeres durante el embarazo o la lactancia, niños y adolescentes y adultos mayores), vea las recomendaciones detalladas.

2.5 Psicosis

- » Se debe recetar sistemáticamente antipsicóticos a una persona con psicosis.
- » **Comience la medicación antipsicótica de inmediato.** Vea **Cuadro 1.**
- » Recete solo un antipsicótico a la vez.
- » Comience con la dosis más baja y aumente gradual y lentamente la dosis para reducir el riesgo de efectos secundarios.
- » Pruebe la medicación en **una dosis normalmente eficaz por al menos 4 a 6 semanas** antes de considerarla ineficaz.
- » Siga vigilando esa dosis con la mayor frecuencia posible y según sea necesario durante las 4 a 6 primeras semanas de tratamiento. Si no hay ninguna mejora, vea el **Seguimiento y el Cuadro 4.** 
- » Vigile, si es posible, el peso, la presión arterial, el azúcar en ayunas, el colesterol y el ECG en las personas con medicación antipsicótica (vea las indicaciones a continuación).

1 PRECAUCIONES

- » **Observe si se presentan los siguientes efectos secundarios:**
 - **Efectos secundarios extrapiramidales:** acatisia, reacciones distónicas agudas, temblor, respiración en rueda dentada, rigidez muscular y discinesia tardía. Trate con medicamentos anticolinérgicos cuando estén indicados y disponibles (vea el Cuadro 2).
 - **Cambios metabólicos:** aumento de peso, hipertensión, glucemia y colesterol elevados.
 - **Cambios electrocardiográficos (intervalo QT prolongado):** monitoree los ECG si es posible.
 - **Síndrome neurroléptico maligno:** un trastorno raro y potencialmente mortal caracterizado por la rigidez muscular, la temperatura elevada y la hipertensión.

2.6 Episodio maniaco en el trastorno bipolar

Si el paciente está en tratamiento con antidepresivos:

- » **DESCONTINUAR LOS ANTIDEPRESIVOS** para prevenir un riesgo mayor de padecer manía.
- » **Empezar el tratamiento con litio, valproato, carbamazepina o con antipsicóticos** (vea el **Cuadro 3**).
- Litio:** considere la posibilidad de usar litio como tratamiento de primera línea del trastorno bipolar solo si es factible el seguimiento clínico y de laboratorio y prescriba el litio solo con la supervisión de especialistas. Si no son factibles los exámenes de laboratorio, hay que evitar el litio y se debe considerar la administración de valproato o carbamazepina. Si es imprevisible el cumplimiento del tratamiento con litio o este puede ser interrumpido repentinamente, puede aumentar el riesgo de recaída. No prescriba litio cuando el abastecimiento del medicamento puede ser interrumpido con frecuencia. Si es factible, obtenga estudios de la función renal y tiroidea, pruebas de recuento sanguíneo completo, ECG y pruebas de embarazo antes de empezar el tratamiento.
- Valproato y carbamazepina:** Considere recetar estos medicamentos si no es factible el seguimiento clínico o de laboratorio para el litio o si no se dispone de un especialista para supervisar la prescripción de litio.
- Haloperidol y risperidona:** considere recetar haloperidol y risperidona solo si no es factible ningún seguimiento clínico o de laboratorio para comenzar la administración de litio o valproato. La risperidona se puede usar como una opción al haloperidol en las personas con manía bipolar si se puede garantizar la disponibilidad del medicamento y su costo no es una limitación.

1 PRECAUCIONES

- i** En el caso de las mujeres durante el embarazo o la lactancia, evite recetar valproato, litio y carbamazepina. Se recomienda usar **haloperidol** en dosis bajas, con precaución y bajo la supervisión de un especialista, si es factible.
- » **Considere administrar benzodiazepina a corto plazo (2 a 4 semanas como máximo) para los trastornos conductuales o la agitación:**
 - Las personas con manía que están experimentando agitación pueden beneficiarse con el uso a corto plazo (2 a 4 semanas como máximo) de una benzodiazepina, como el diazepam.
 - Se deben descontinuar gradualmente las benzodiazepinas tan pronto como mejoren los síntomas, ya que se puede desarrollar tolerancia.
- » Continúe el tratamiento de mantenimiento por al menos 2 años después del último episodio bipolar. 

- Se puede dar litio o valproato para el tratamiento de mantenimiento del trastorno bipolar. Si el tratamiento con uno de estos agentes no es factible, se pueden usar haloperidol, clorpromazina o carbamazepina. **Brinde tratamiento de mantenimiento en los entornos de atención primaria bajo la supervisión de especialistas.**

CUADRO 1: Medicamentos antipsicóticos

MEDICACIÓN	DOSING	SIDE EFFECTS	CONTRAINDICATIONS / CAUTIONS
HALOPERIDOL	Comience con 1,5-3 mg/día. Aumente según sea necesario (hasta 20 mg/día como máximo). Vía de administración: oral o intramuscular (i.m.).	Comunes: sedación, mareo, visión borrosa, sensación de sequedad en la boca, retención urinaria, estreñimiento. Graves: hipotensión ortostática, efectos secundarios extrapiramidales, alteraciones electrocardiográficas (intervalo QT prolongado), aumento de peso, galactorrea, amenorrea, síndrome neuroleptico maligno.	Precaución en los pacientes con: enfermedades renales, hepatopatías, cardiopatías, síndrome del intervalo QT prolongado o que toman medicamentos que prolongan el intervalo QT. Monitoree los ECG si es posible.
RISPERIDONA	Comience con 1 mg/día. Aumente a 2-6 mg/día (hasta 10 mg como máximo). Vía de administración: oral.	Comunes: sedación, mareo, taquicardia. Graves: hipotensión ortostática, efectos metabólicos (aumento de lípidos, resistencia a la insulina, aumento de peso), efectos secundarios extrapiramidales, prolactina elevada, disfunción sexual, síndrome neuroleptico maligno.	Precaución en los pacientes con: cardiopatías. Interacciones medicamentosas: la carbamazepina puede reducir los niveles de risperidona, mientras que la fluoxetina puede aumentar esos niveles.
CLORPROMAZINA	Comience con 25-50 mg/día. Aumente a 75-300 mg/día (hasta 1,000 mg pueden ser necesarios en los casos graves). Vía de administración: oral.	Comunes: sedación, mareo, visión borrosa, sensación de sequedad en la boca, retención urinaria, estreñimiento, taquicardia. Graves: hipotensión ortostática, síncope, efectos secundarios extrapiramidales, fotosensibilidad, aumento de peso, galactorrea, amenorrea, disfunción sexual, priapismo, síndrome neuroleptico maligno, agranulocitosis, ictericia.	Contraindicaciones: pérdida de conciencia, depresión de la médula ósea, feocromocitoma. Precaución en los pacientes con: enfermedades respiratorias, enfermedades renales, hepatopatías, glaucoma, retención urinaria, cardiopatías, síndrome del intervalo QT prolongado o que toman medicamentos que prolongan el intervalo QT. Monitoree los ECG si es posible. Interacciones medicamentosas: — Aumenta los efectos de los medicamentos para disminuir la presión arterial. — Baja la presión arterial si se combina con la epinefrina. — Los niveles en sangre pueden ser mayores cuando se toman medicamentos antimaláricos como la quinina.
FLUFENAZINA de depósito/de acción prolongada	Comience con 12,5 mg. Use 12,5-50 mg cada 2-4 semanas. Vía de administración: i.m. en la región glútea	Comunes: sedación, mareo, visión borrosa, sensación de sequedad en la boca, retención urinaria, estreñimiento, taquicardia. Graves: hipotensión ortostática, síncope, efectos secundarios extrapiramidales, fotosensibilidad, aumento de peso, galactorrea, amenorrea, disfunción sexual, priapismo, síndrome neuroleptico maligno, agranulocitosis, ictericia.	Contraindicaciones: pérdida de conciencia, parkinsonismo, hepatopatías. Úsela con cuidado en los adultos mayores. Precaución en los pacientes con: cardiopatías, enfermedades renales, hepatopatías. Interacciones medicamentosas: — Aumenta los efectos de los medicamentos hipotensores. — Puede bajar la presión arterial si se usa junto con epinefrina.



Evite usarla en las mujeres durante el embarazo o la lactancia.

No la use en niños o adolescentes.

CUADRO 2: Medicamentos anticolinérgicos

(para el tratamiento de efectos secundarios extrapiramidales)  **Si es posible, evite usarlos en mujeres durante el embarazo o la lactancia.**

MEDICACIÓN	POSIFICACIÓN	EFFECTOS SECUNDARIOS	CONTRAINDICACIONES/PRECAUCIONES
BIPERIDENO	Comience con 1mg dos veces al día. Aumente a 3-12 mg/día. Vía de administración: oral o intravenosa	Comunes: sedación, confusión y alteración de la memoria (especialmente en adultos mayores), taquicardia, sensación de sequedad en la boca, retención urinaria y estreñimiento. Rara vez, glaucoma de ángulo cerrado, miastenia gravis y obstrucción gastrointestinal.	Precaución en los pacientes con: enfermedades cardíacas, hepáticas o renales. Interacciones medicamentosas: Tenga cuidado cuando se combina con otros medicamentos anticolinérgicos.
TRIHEXIFENIDILO (Benzhexol)	Comience con 1 mg/día. Aumente a 4-12 mg/día en 3-4 dosis divididas (20 mg/día como máximo). Vía de administración: oral		

CUADRO 3: Estabilizadores del estado de ánimo **Si es posible, evite usarlos en mujeres durante el embarazo o la lactancia.**

MEDICACIÓN	POSIFICACIÓN	EFFECTOS SECUNDARIOS	CONTRAINDICACIONES/PRECAUCIONES
LITIO	Comience con 300 mg/día. Aumente gradualmente cada 7 días hasta alcanzar el nivel en sangre proyectado (600-1200 mg/día como máximo). Monitoree cada 2 ó 3 meses. Vía de administración: oral ⚠ Úselo solo si es factible el seguimiento clínico y de laboratorio.	Comunes: sedación, problemas cognoscitivos, temblor, deterioro de la coordinación, hipotensión, leucocitosis, poliuria, polidipsia, náuseas, diarrea, aumento de peso, pérdida del cabello, exantema. Graves: diabetes insípida, hipotiroidismo, alteraciones electrocardiográficas (arritmia, distorsión del nodo sinusal, alteraciones de la onda T).	Contraindicado en los pacientes con: enfermedades cardíacas o renales graves. La deshidratación puede aumentar los niveles de litio. Interacciones medicamentosas: los medicamentos antiinflamatorios no esteroides (AINES), los inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina, los diuréticos tiazídicos, el metronidazol y la tetraciclina pueden aumentar los niveles de litio. La toxicidad del litio puede causar crisis convulsivas, delirio, coma y muerte.
VALPROATO SÓDICO	Comience con 500 mg/día. Aumente lentamente a 1000-2000 mg/día (60 mg/kg/día como máximo). Vía de administración: oral HIV Opción preferida para personas que viven con la infección por el VIH/SIDA debido a las interacciones medicamentosas.	Comunes: sedación, cefalea, temblor, ataxia, náuseas, vómitos, diarrea, aumento de peso, pérdida transitoria del cabello. Graves: deterioro de la función hepática, trombocitopenia, leucopenia, somnolencia/confusión, insuficiencia hepática, pancreatitis hemorrágica.	Precaución en los pacientes con: enfermedades subyacentes o presunta hepatopatía. Monitoree las pruebas de la función hepática y las plaquetas si es posible. Interacciones medicamentosas: Los niveles de valproato disminuyen con la carbamazepina y aumentan con la aspirina.
CARBAMAZEPINA	Comience con 200 mg/día Aumente 200 mg semanalmente hasta 400-600 mg/día en dos dosis divididas (1.200 mg/día como máximo). Vía de administración: oral Nota: Puede ser necesario ajustar las dosis después de 2 semanas debido a la inducción de su propio metabolismo.	Comunes: sedación, confusión, mareos, ataxia, visión doble, náuseas, diarrea, leucopenia/benigna. Graves: hepatotoxicidad, conducción cardíaca retardada, niveles bajos de sodio, exantema grave.	Contraindicado en los pacientes con: antecedentes de trastornos sanguíneos, renales y hepáticos o cardiopatías. Interacciones medicamentosas: Puede reducir los efectos del control hormonal de la natalidad, de los medicamentos inmunodepresores, antiepilepticos, antipsicóticos, de la metadona y de algunos antirretroviricos. Los niveles en sangre pueden aumentar cuando se administran ciertos antifúngicos y antibióticos.

CUADRO 4: Evalúe la observancia del tratamiento, los efectos secundarios y la dosificación basándose en la situación y las manifestaciones clínicas

SITUACIÓN CLÍNICA	ACCIÓN
<p>La persona no está tolerando la medicación antipsicótica, es decir, la persona tiene síntomas extrapiramidales u otros graves efectos secundarios.</p>	<ul style="list-style-type: none"> » Reduzca las dosis de la medicación antipsicótica. » Si persisten los efectos secundarios, considere la posibilidad de cambiar a otros medicamentos antipsicóticos. » Considere la posibilidad de agregar medicamentos anticolinérgicos para uso a corto plazo a fin de tratar los síntomas extrapiramidales si fracasan esas estrategias o si los síntomas son graves (vea el Cuadro 2).
<p>La observancia del régimen terapéutico no es satisfactoria.</p>	<ul style="list-style-type: none"> » Aborde con la persona y los cuidadores las razones de la falta de observancia. » Suministre información con respecto a la importancia de la medicación. » Considere usar medicamentos antipsicóticos inyectables de acción retardada o de acción prolongada como una opción después de examinar los posibles efectos secundarios de la medicación oral en comparación con las preparaciones de acción retardada.
<p>La respuesta al tratamiento es inadecuada (es decir, los síntomas persisten o empeoran) a pesar de la observancia de la medicación.</p>	<ul style="list-style-type: none"> » Compruebe que la persona está recibiendo una dosis eficaz de los medicamentos. Si la dosis es baja, aumentela gradualmente hasta la dosis eficaz más baja para reducir el riesgo de efectos secundarios. » Pregunte acerca del consumo de alcohol o sustancias y adopte las medidas para reducirlo. Vaya al módulo » SUS. » Pregunte acerca de acontecimientos estresantes recientes que puedan haber conducido a empeorar la afección clínica y adopte medidas para reducir el estrés. » Examine los síntomas para descartar enfermedades físicas u otro tipo de trastornos MNS prioritarios. Vaya al módulo PSI 1, vea el PASO 1 » Considere usar risperidona como una opción para el haloperidol o la clorpromazina, si el costo y la disponibilidad no constituyen una restricción. » Si la persona no responde a la dosis y la duración adecuadas de más de un medicamento antipsicótico, usando un solo medicamento a la vez, se puede considerar el tratamiento antipsicótico combinado, preferentemente bajo la supervisión de un especialista y con un seguimiento clínico muy de cerca. » Considere la consulta con un especialista para el uso de clozapina en los pacientes que no han respondido a otros medicamentos antipsicóticos con dosis y duraciones adecuadas. Use clozapina solo bajo la supervisión de un especialista y solo si dispone de un seguimiento ordinario con pruebas de laboratorio, debido al riesgo de aparición de agranulocitosis en potencia mortal.

CUADRO 5: Manejo de personas con **comportamientos agitados o agresivos**

EVALUACIÓN

- » Intente comunicarse con la persona.
- » Evalúela para determinar la causa subyacente:
 - **Determine la glucemia.** Si es baja, suministre glucosa.
 - **Compruebe los signos vitales,** incluidas la temperatura y la saturación de oxígeno. Administre oxígeno de ser necesario.
 - **Descarte el delirio y causas físicas,** incluida la intoxicación.
 - **Descarte el consumo de drogas y alcohol.** Considere específicamente la **intoxicación con estimulantes o la abstinencia de alcohol o sedantes. Vaya al módulo SUS.**
 - **Descarte la agitación debida a la psicosis o a un episodio maniaco en el trastorno bipolar.** Vaya al módulo **PSI 1, "Evaluación"**.

COMUNICACIÓN

- » ¡Primero la seguridad!
- » Manténgase tranquilo y aliente al paciente a que hable sobre sus inquietudes.
- » Use un tono de voz tranquilo y trate de abordar las inquietudes si es posible
- » Escuche atentamente. Dedique tiempo a la persona.
- » Nunca se ría de la persona.
- » No responda agresivamente a la provocación del paciente.
- » Trate de encontrar la fuente del problema y las soluciones para la persona.
- » Haga participar a los cuidadores y otros integrantes del personal.
- » Excluya de la situación a quien pueda ser un factor desencadenante de la agresión.
- » Si se han agotado todas las posibilidades y la persona sigue siendo agresiva, puede ser necesario usar medicación (si la hay) para prevenir lesiones.

SEDACIÓN Y USO DE MEDICACIÓN

- » Sede a la persona según sea apropiado para prevenir lesiones.
- » Para la agitación debida a la psicosis o la manía, considere el uso del haloperidol por vía oral o intramuscular, 2mg por hora hasta 5 dosis (un máximo de 10 mg). *Precaución: las dosis elevadas de haloperidol pueden causar reacciones distónicas. Use biperideno para tratar las reacciones agudas.*
- » Para la agitación debida al consumo de sustancias, como la abstinencia de alcohol o sedantes, o la intoxicación con estimulantes, use diazepam, 10-20 mg administrados por vía oral y repetidos según sea necesario. **Vaya al módulo » SUS.**
- » **En caso de violencia extrema**
 - Busque ayuda de la policía o el personal.
 - Use haloperidol en una dosis de 5 mg administrada por vía intramuscular, repetida a los 15-30 minutos de ser necesario (15 mg como máximo).
 - Consulte a un especialista. 
- » **Si la persona sigue agitada,** vuelva a verificar la saturación de oxígeno, los signos vitales y la glucemia. Considere la posibilidad de que sienta dolor. Derive a la persona al hospital. 
- » **Una vez que cede la agitación, consulte el Esquema principal y seleccione los módulos pertinentes para la evaluación.**
- » **Grupos de población especiales:**
 - Consulte a un especialista para el tratamiento. 



PSI 3 » Seguimiento

PSICOSIS

1

EVALÚE PARA DETERMINAR SI HAY MEJORÍA

¿Está mejorando la persona?

SÍ

NO

¿Está la persona tomando medicación?

SÍ

NO

Salte al PASO 2

- » Continúe el plan de tratamiento.
- » Reduzca la frecuencia de las sesiones de seguimiento una vez que han cedido los síntomas.
- » Efectúe sesiones de seguimiento según sea necesario.

RECOMENDACIONES SOBRE LA FRECUENCIA DE CONTACTO

- » El seguimiento inicial debe ser lo más frecuente posible, incluso diario, hasta que los síntomas agudos respondan al tratamiento.
- » Se requiere un seguimiento periódico. Una vez que los síntomas respondan, se recomienda una consulta mensual de seguimiento, bimestral o trimestral, (de acuerdo con la necesidad clínica y los factores de factibilidad, como la disponibilidad de personal, la distancia que se debe recorrer para llegar al consultorio, etc.)

» COMIENCE LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS ANTIPSICÓTICOS (Vaya al Cuadro 1).

- » Mantenga una alta frecuencia de contacto hasta que los síntomas comiencen a responder al tratamiento.
- » Incluya a la persona y los cuidadores en las modificaciones del plan de tratamiento y las decisiones.

» Asegúrese de que la persona haya recibido una dosificación eficaz típica por un mínimo de 4 a 6 semanas.

- » Mantenga una alta frecuencia de contacto hasta que los síntomas comiencen a responder al tratamiento.
- » Haga que la persona y los cuidadores participen en los cambios del plan de tratamiento y las decisiones.



MONITOREE SISTEMÁTICAMENTE EL TRATAMIENTO

2

- » Examine las intervenciones psicosociales.
- » Si la persona está recibiendo medicación, examine la **observancia del tratamiento, los efectos secundarios y la dosificación** (Cuadro 4). Vigile el peso, la presión arterial y la glucemia.
- » Si la persona comienza a usar otros medicamentos con posibles interacciones medicamentosas, considere la posibilidad de revisar las dosis.
- » Pregunte sobre la aparición de síntomas, episodios anteriores y los detalles previos de todo tratamiento anterior o actual.

3

SUSPENSIÓN DE LOS MEDICAMENTOS

Persona con un primer episodio, una recaída o un empeoramiento de los síntomas de psicosis:

- » Considere la suspensión de los medicamentos **12 MESES después de que hayan remitido por completo los síntomas.**

Persona con síntomas psicóticos que persisten más de 3 meses:

- » Considere la suspensión de los medicamentos **si ha habido una REMISIÓN TOTAL de los síntomas durante varios años.**

- » Aborde con la persona y la familia los riesgos de sufrir una recaída, en comparación con los efectos secundarios de la medicación a largo plazo.
- » Si es posible, consulte a un especialista. 
- » Reduzca gradual y lentamente las dosis de los medicamentos. Cuando se suspenden los medicamentos, se debe enseñar a las personas y sus familiares cómo pueden detectar los primeros síntomas de una recaída. Se recomienda una vigilancia clínica minuciosa.



PSI 3 » Seguimiento

EPISODIO MANIÁCO EN EL TRASTORNO BIPOLAR

1

EVALÚE AL PACIENTE PARA DETERMINAR SI HAY MEJORÍA

¿Está mejorando la persona?

SÍ

NO

¿Está tomando medicamentos la persona?

SÍ

NO

- » Efectúe el seguimiento según sea necesario hasta que los síntomas hayan remitido. 
- » Continúe los medicamentos de mantenimiento por al menos 2 años.

Salte al **PASO 2**

RECOMENDACIONES SOBRE LA FRECUENCIA DE CONTACTO

- » Para la manía aguda: Las consultas del seguimiento inicial deben ser lo más frecuente que sea posible, incluso diarias, hasta que los síntomas agudos respondan al tratamiento. Una vez que los síntomas responden, se recomienda una consulta de seguimiento mensual, bimestral o trimestral.
- » Para las personas que actualmente no muestran episodios maníacos u depresivos, efectúe una consulta de seguimiento por lo menos cada tres meses. Considere un seguimiento más frecuente cuando sea necesario. Vigile estrechamente a la persona para detectar una recaída.

» Si es apropiado, **inicie la medicación.** 

- » Examine las intervenciones psicosociales.
- » Evalúe a la persona para detectar problemas médicos.

» Verifique la dosificación y los efectos secundarios. Vaya al **Cuadro 1** o al **Cuadro 3.**

» Asegúrese de que la persona haya recibido una dosificación eficaz típica **por un mínimo de 4 a 6 semanas.**

» Si ha recibido la dosificación eficaz típica de los medicamentos durante cuatro a seis semanas sin mejorar, considere cambiar la medicación. Vea el **Cuadro 3.**

» Si la respuesta sigue siendo deficiente, consulte a un especialista. 

CONSEJO CLÍNICO

Si cambia a otro medicamento, empiece con ese medicamento primero y trate al paciente con ambos medicamentos durante 2 semanas antes de reducir la primera medicación.



2 MONITOREE SISTEMÁTICAMENTE EL TRATAMIENTO

- » Examine y proporcione intervenciones psicosociales.
- » Si la persona está recibiendo medicamentos, analice la **observancia al tratamiento, los efectos secundarios y la dosificación**. (Vea el **Cuadro 4**).
- » Si la persona comienza a usar otros medicamentos con posibles interacciones medicamentosas, considere la posibilidad de revisar las dosis.

3 SUSPENSIÓN DE LOS MEDICAMENTOS

¿Ha experimentado la persona una remisión total de los síntomas sin episodios de trastorno bipolar durante al menos dos años?

- » **Considere la suspensión de los medicamentos.**
 - Aborde con la persona y el cuidador el riesgo de la suspensión de la medicación.
 - Consulte a un especialista con respecto a la decisión de suspender el tratamiento de mantenimiento después de 2 años. 
 - Reduzca gradualmente la medicación en un período de semanas o meses.

SÍ

NO

» Efectúe un seguimiento sistemático y vigile el tratamiento. 

EPILEPSIA

La epilepsia es una enfermedad cerebral crónica no transmisible, caracterizada por crisis convulsivas recurrentes no provocadas.

Es uno de los trastornos neurológicos más frecuentes y, con el tratamiento adecuado, se puede controlar bien en la mayoría de las personas.

La epilepsia tiene muchas causas. Puede ser genética o puede presentarse en personas con antecedentes de trauma al nacer, traumatismos cerebrales (como un traumatismo craneoencefálico y accidentes cerebrovasculares) o infecciones cerebrales. En algunos casos, no se puede identificar una causa específica.

Las crisis epilépticas son causadas por una actividad eléctrica anormal en el cerebro y son de dos tipos: convulsivas y no convulsivas. La epilepsia no convulsiva tiene características como alteración del estado mental, mientras que la epilepsia convulsiva se caracteriza por movimientos anormales súbitos, que incluyen rigidez y sacudidas del cuerpo. Este tipo de epilepsia está asociado con una mayor estigmatización y un aumento de la morbilidad y la mortalidad. Este módulo abarca solo la epilepsia convulsiva.

EPI » Panorama breve

La manifestación aguda de crisis convulsivas indica la necesidad de tratamiento y manejo de casos de urgencia



EVALUACIÓN

- » **CASOS DE URGENCIA:** Evaluación y tratamiento de convulsiones agudas.
- » Determine si la persona tiene crisis convulsivas.
- » Evalúe a la persona para determinar una causa aguda (por ejemplo, neuroinfección, traumatismo, etc.).
- » Investigue si la persona tiene epilepsia y determine las causas subyacentes (por medio de la historia clínica o del examen).
- » Evalúe a la persona para detectar si hay trastornos MNS prioritarios concurrentes.



MANEJO

- » **Protocolo de manejo y grupos especiales de población**
 1. Epilepsia
 2. Grupos especiales de población (mujeres en edad férvida, niños y adolescentes y personas con infección por el VIH)

- »  **Intervenciones psicosociales**

- »  **Intervenciones farmacológicas**



SEGUIMIENTO

i EPI » CASOS DE URGENCIA

LA PERSONA SUFRE CONVULSIONES O ESTÁ RÍGIDA Y NO RESPONDE

CONSEJO CLÍNICO:

Se deben realizar simultáneamente la evaluación y el manejo.

1 ¿Hay signos de alguna lesión en la cabeza o en el cuello?

NO

SÍ

» MANTENGA ESTABLES LA CABEZA Y EL CUELLO

2

- » **Examine LAS VÍAS RESPIRATORIAS, LA RESPIRACIÓN Y LA CIRCULACIÓN.** Asegúrese de que la persona no tiene nada en sus vías respiratorias, está respirando bien y tiene un pulso estable.
- » **Verifique la PRESIÓN ARTERIAL, la TEMPERATURA y la FRECUENCIA RESPIRATORIA.**
- » **Comience a tomar el tiempo que duran las convulsiones, si es posible.**
- » **Asegúrese de que la persona está en un lugar seguro y, si es posible, póngala de costado para facilitar la respiración; afloje la**

- corbata o toda prenda colocada alrededor del cuello, quítele los anteojos y, si hay, ponga algo blando bajo la cabeza.
- » **Instale la venoclisis para administrar medicamentos o líquido si es posible.**
 - » **NO DEJE SOLA A LA PERSONA.**
 - » **NO LE PONGA NADA EN LA BOCA.**
 - » **SI LA PERSONA PRESENTA UNA POSIBLE LESIÓN EN LA CABEZA, NEUROINFECCIÓN (FIEBRE) O DÉFICITS FOCALES, DERÍVELA URGENTEMENTE AL HOSPITAL.** **+**



¿Está la mujer en la segunda mitad del embarazo **O** en la primera semana después del parto **Y** no tiene ningún antecedente de epilepsia?



3

GRUPO ESPECIAL DE POBLACIÓN: Embarazo/Posparto

SOSPECHA QUE SE TRATA DE ECLAMPSIA

» Administre 10 g de sulfato de magnesio por vía intramuscular (i.m.).

» Si la **presión arterial** diastólica es >110 mmHg, administre lentamente (en 3 a 4 min) 5 mg de hidralazina por vía intravenosa. Repita la dosis cada 30 min hasta llegar a ≤ 90 mmHg.

⊗ *No administre más de 20 mg en total.*

» **DERIVE A LA PACIENTE URGENTEMENTE AL HOSPITAL.**

SÍ

NO

4

» **ADMINISTRE MEDICACIÓN PARA DETENER LAS CONVULSIONES**

SI NO ESTÁ INSTALADA LA VENOCLISIS

SI ESTÁ INSTALADA LA VENOCLISIS

Administre:

» **diazepam** por vía rectal (adultos, 10 mg; niños, 1 mg por año de edad).

o

» **midazolam** por vía oral o intranasal (adultos, 5 a 10 mg; niños, 0,2 mg/kg).

» Comience lentamente la administración de **solución salina normal** (30 gotas/minuto).

» Administre **glucosa** por vía intravenosa (adultos, 25 a 50 ml de glucosa al 50%; niños, 2 a 5 ml/kg de glucosa al 10%).

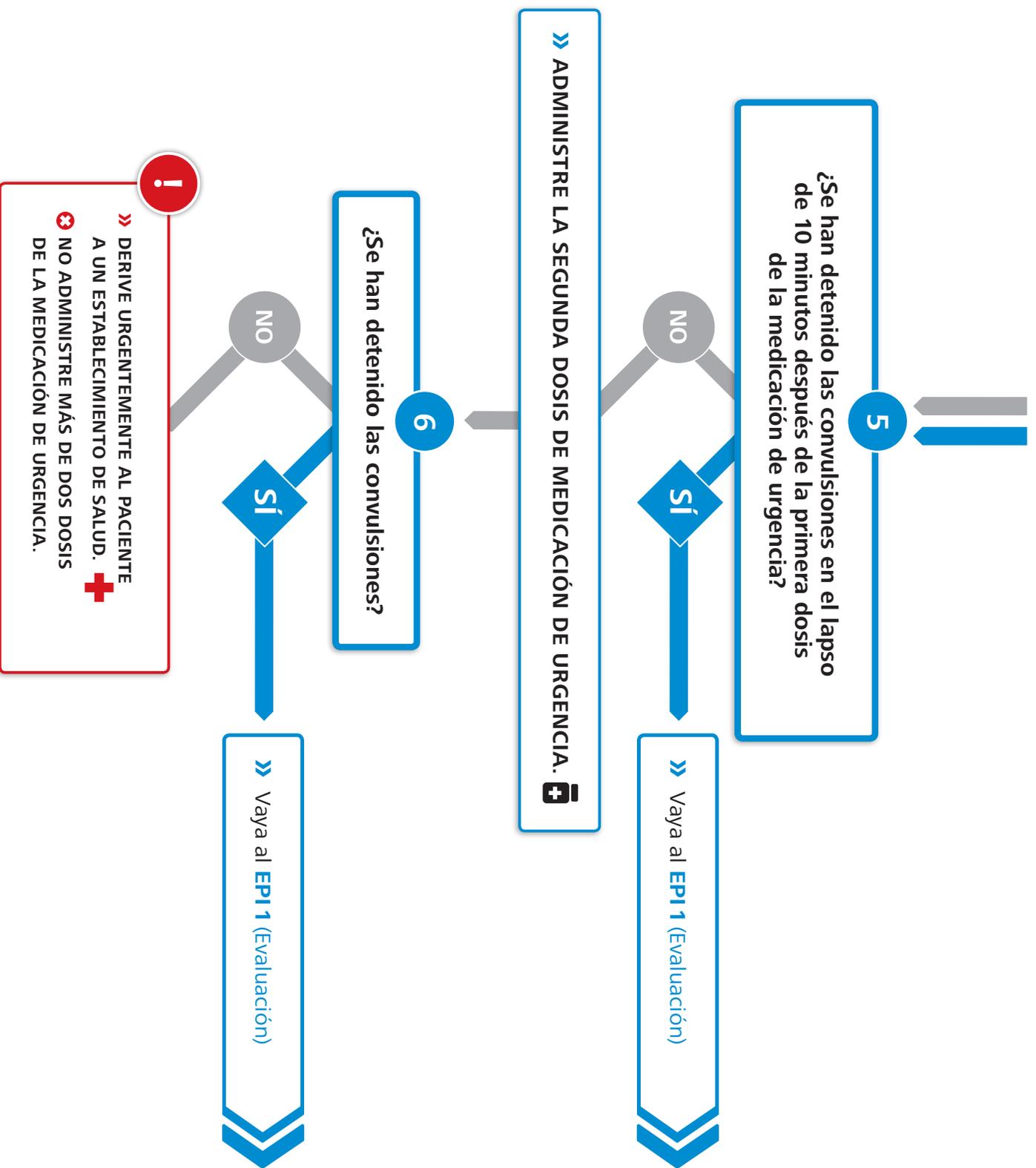
» Administre medicación de urgencia:

» **diazepam**, 10 mg por vía intravenosa (niños, 1mg/año de edad por vía intravenosa).

o

» **lorazepam**, 4 mg por vía intravenosa (niños, 0,1 mg/kg por vía intravenosa).





7 ¿PRESENTA LA PERSONA STATUS EPILEPTICUS?

- » Las convulsiones continúan después de dos dosis de medicación de urgencia. **Q**
- » No hay ninguna recuperación entre las convulsiones.

Salte al **PASO 10**

(Por ejemplo, las convulsiones se detuvieron después de la segunda dosis de medicación de urgencia al llegar al establecimiento de salud.)

NO

SÍ

! **ES PROBABLE QUE SEA STATUS EPILEPTICUS**

Se debe efectuar el manejo en un establecimiento de salud.

- 8**
- » Continúe examinando las **VÍAS RESPIRATORIAS, la RESPIRACIÓN y la CIRCULACIÓN.**
 - » Administre oxígeno.
 - » Vigile continuamente si es necesaria la intubación o la ventilación.

9 **ADMINISTRE UNO DE LOS SIGUIENTES MEDICAMENTOS POR VÍA INTRAVENOSA** 

- » **VALPROATO SÓDICO:**
20 mg/kg por vía intravenosa una sola vez, hasta una dosis máxima de 1 g, en el transcurso de 30 minutos.
- » **FENOBARBITAL:**
15 a 20 mg/kg por vía intravenosa, *hasta una dosis máxima de 1 g, infundiendo 100 mg/min.

- » **FENITOÍNA:**
15 a 20 mg/kg por vía intravenosa hasta una dosis máxima de 1 g, en el transcurso de 60 min.
— Use un segundo catéter intravenoso (DISTINTO DEL USADO PARA EL DIAZEPAM).
- !** **LA FENITOÍNA CAUSA UN DAÑO CONSIDERABLE SI SE EXTRAVASA, ¡DEBE INSTALAR UNA VENOCISIS ADECUADA!**

*Si no hay acceso intravenoso, puede usar fenobarbital por vía intramuscular (la misma dosis que por vía intravenosa)

¿Se han detenido las convulsiones?

» Use uno de los otros medicamentos (si los hay) O 10 mg/kg adicionales de fenitoína (administrados en el transcurso de 30 min)

» Vigile para detectar si hay depresión respiratoria, hipotensión, arritmia.

NO

SÍ

10

» EVALÚE (Y TRATE SEGÚN PROCEDA) LA CAUSA SUBYACENTE DE LAS CONVULSIONES:

- Neuroinfección (fiebre, cuello rígido, cefalea, confusión)
- Consumo de sustancias (abstinencia de alcohol o ingestión de drogas)
- Traumatismo
- Anormalidad metabólica (hipernatremia o hipoglucemia)
- Accidente cerebrovascular (déficit focal)
- Tumor (déficit focal)
- Epilepsia comprobada (antecedentes de crisis convulsivas)

¿Se han detenido las convulsiones?

NO

SÍ

» Vaya al módulo **EPI 1** (Evaluación)

» DERIVE AL PACIENTE AL ESPECIALISTA PARA UNA NUEVA EVALUACIÓN DE DIAGNÓSTICO.





EPI 1 » Evaluación



MANIFESTACIONES COMUNES DE LA EPILEPSIA

- *Movimientos convulsivos o crisis convulsivas.*
Durante la convulsión:
 - Pérdida del conocimiento o alteración de la conciencia
 - Rigidez
 - Mordedura de la lengua, traumatismos, incontinencia urinaria o fecal
- *Después de la convulsión: fatiga, somnolencia, sopor, confusión, comportamiento anormal, cefalea, dolores musculares o debilidad en un lado del cuerpo*

CONSEJO CLÍNICO
Se deben considerar el síncope y las pseudocrisis convulsivas durante la evaluación inicial y en los casos de fracaso del tratamiento.

» Los episodios de síncope (desmayos) a menudo están asociados con sofocación, sudor, palidez y, ocasionalmente, oscurecimiento de la visión antes de un episodio. Se pueden producir temblores leves al final.

» Las pseudocrisis convulsivas normalmente se asocian con un factor desencadenante de estrés. Los episodios a menudo se prolongan y pueden incluir sacudidas no rítmicas del cuerpo, ojos cerrados y, a menudo, impulsos pélvicos. Hay normalmente un retorno rápido al punto de partida después del episodio. Si sospecha la presencia de pseudocrisis convulsivas, vaya al módulo OTR. » OTR.

1 ¿Tiene la persona crisis convulsivas?

¿Ha tenido la persona movimientos convulsivos que duraran más de 1 ó 2 minutos?

NO

SÍ

Es improbable que sea una crisis convulsiva

- » Consulte a un especialista cuando sean episodios recurrentes. 
- » Efectúe una consulta de seguimiento a los 3 meses. 



¿Ha tenido la persona al menos 2 de los siguientes síntomas durante el episodio o los episodios?

- Pérdida del conocimiento o alteración de la conciencia
- Rigidez
- Lengua mordida o equimótica, lesión física
- Incontinencia urinaria o fecal
- Después de la convulsión: fatiga, somnolencia, sopor, confusión, comportamiento anormal, cefalea, dolores musculares o debilidad en un lado del cuerpo

NO

SÍ

Es improbable que sea una crisis convulsiva

- » Consulte a un especialista cuando sean episodios recurrentes. 
- » Efectúe una consulta de seguimiento a los 3 meses. 



Suspeche que se trata de CRISIS CONVULSIVAS

2

¿Hay una causa aguda?

¿Hay una neuroinfección u otra posible causa de las convulsiones?

» Investigue los signos y síntomas:

- Fiebre
- Irritación meníngea (por ejemplo, rigidez de la nuca)
- Cefalea
- Confusión
- Traumatismo craneoencefálico
- Anormalidad metabólica (por ejemplo, hipoglucemia o hiponatremia)
- Intoxicación o abstinencia relacionadas con el uso de alcohol o drogas

SÍ

NO

Suspeche que se trata de EPILEPSIA

¿ES UN NIÑO DE 6 MESES A 6 AÑOS DE EDAD CON FIEBRE?



Las convulsiones son:

- Focales: Comienzan en una parte del cuerpo
- Prolongadas: Duran más de 15 minutos
- Repetitivas: Ha habido más de 1 episodio durante la enfermedad actual

NO

SÍ

CONVULSIÓN FEBRIL COMPLEJA

» DERIVE AL NIÑO A UN HOSPITAL PARA SU HOSPITALIZACIÓN **+**

CONVULSIÓN FEBRIL SIMPLE

- » Investigue la causa (directrices locales para la Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI)).
- » Observe al niño durante 24 horas.
- » No es necesario ningún tratamiento antiepiléptico.

» EVALÚE Y TRATE EL TRASTORNO FÍSICO.

» DERIVE AL NIÑO AL HOSPITAL, SI FUERA POSIBLE PARA TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO, MENINGITIS Y ANORMALIDADES METABÓLICAS. **+**

⊗ NO SE REQUIERE MEDICACIÓN ANTIÉPILEPTICA.

» Planifique una consulta de seguimiento para dentro de 3 meses a fin de evaluar la posibilidad de epilepsia. **↻**

Vaya al PASO **3**



3 ¿Tiene la persona la epilepsia?

¿Ha tenido la persona al menos dos crisis convulsivas en dos días diferentes en el último año?

No satisface los criterios para diagnosticar epilepsia

- » No es necesaria la medicación antiepiléptica de mantenimiento.
- » Efectúe una consulta de seguimiento a los 3 meses y evalúe la posibilidad de epilepsia

Es probable que sea EPILEPSIA

Evalúe para determinar la causa subyacente. Haga un examen físico.

- » Están presentes algunos de los siguientes signos o síntomas?
 - Antecedentes de asfixia perinatal o traumatismos
 - Traumatismo craneoencefálico
 - Infección cerebral
 - Antecedentes familiares de crisis convulsivas

NO

SÍ

» DERIVE AL PACIENTE A UN ESPECIALISTA PARA UNA EVALUACIÓN ADICIONAL DE LA CAUSA.

CONSEJO CLÍNICO
El examen físico debe incluir un examen neurológico y una evaluación para determinar si existen déficits focales, por ejemplo, alguna asimetría en cuanto a fuerza o reflejos.

CONSEJO CLÍNICO
» Pregunte:

- ¿Cuán frecuentes son los episodios?
- ¿Cuántos episodios hubo el año pasado?
- ¿Cuándo fue el último episodio?

4

¿Hay trastornos MNS concurrentes?

» Evalúe para detectar otros trastornos MNS concurrentes según el Esquema principal de la GI-mhGAP (EP)



i Por favor, tenga en cuenta que las personas con EPILEPSIA corren un mayor peligro de sufrir DEPRESIÓN Y TRASTORNOS POR EL CONSUMO DE SUSTANCIAS. LOS NIÑOS Y LOS ADOLESCENTES PUEDEN PADECER DOLENCIAS ASOCIADAS COMO TRASTORNOS MENTALES Y CONDUCTUALES Y TRASTORNOS POR EL CONSUMO DE SUSTANCIAS.

» Vaya al **PROTOCOLO 1**

i SI HAY RIESGO INMINENTE DE SUICIDIO, EVALÚE Y TRATE antes de pasar al Protocolo. Vaya al módulo »SUI.





EPI 2 » Manejo

PROTOCOLO

1

- » Proporcione **psicoeducación** a la persona y a los cuidadores. (2.1)
- » Inicie la **medicación antiepiléptica**. (2.3)
- » Promueva el funcionamiento adecuado en las actividades diarias. (2.2)

Grupos especiales de población

Observe que las intervenciones para la EPILEPSIA son diferentes en estos grupos de población.



MUJER EN EDAD FECUNDA

Preocupación: Riesgo de la medicación antiepiléptica para el feto o el niño.

- » Recete folato (5 mg/día) para **prevenir defectos del tubo neural**, en **TODAS las mujeres en edad fecunda**.
- » EVITE USAR VALPROATO.
- » **1 PRECAUCIÓN Si la mujer está embarazada:**
 - Evite la politerapia. Los **medicamentos múltiples en combinación aumentan el riesgo de efectos teratogénos durante el embarazo**.
 - Si se suspenden los medicamentos durante el embarazo, siempre se debe disminuir su administración gradualmente.
 - Aconseje que el parto tenga lugar en el hospital.
 - En el parto, administre al recién nacido 1 mg de vitamina K por vía intramuscular para prevenir la enfermedad hemorrágica.
- » **Si la mujer está amamantando**, prefiera la carbamazepina a otros medicamentos.



NIÑO/ADOLESCENTE

Preocupación: Efectos de la medicación antiepiléptica sobre el desarrollo y la conducta.

- » Para los que tienen un **trastorno del desarrollo**, trate la condición. Vaya al módulo **» MCON**.
- » Para los niños con trastornos de la conducta, evite fenobarbital si es posible. Trate la condición. Vaya al módulo **» MCON**.



PERSONA CON INFECCIÓN POR EL VIH

Preocupación: Interacciones medicamentosas entre los medicamentos antiepilépticos y los antiretrovíricos.

- » Si es factible, consulte las interacciones medicamentosas específicas entre el régimen antiretrovílico y la medicación antiepiléptica de la persona.
- » Se prefiere el **valproato** debido a que hay menos interacciones medicamentosas.
- » **EVITE LA FENITOINA Y LA CARBAMAZEPINA SI ES POSIBLE.**

INTERVENCIONES PSICOSOCIALES

2.1 Psicoeducación

Suministre información sobre: "Qué es una convulsión y qué es la epilepsia" y la importancia de la medicación.

» "Una convulsión es causada por la actividad eléctrica excesiva en el cerebro; no está causada mediante brujerías o por espíritus".

» "La epilepsia es la tendencia recurrente de las convulsiones".

» "Es una afección crónica, **pero si usted toma sus medicamentos como se le ha prescrito, en la mayoría de las personas se la puede controlar totalmente**".

» El paciente puede tener a varias personas que le ayuden a atender sus convulsiones. Aborde esto con el paciente.

» Pregúntele a la persona si está viendo a un curandero tradicional, muestre respeto hacia esto, pero subraye la necesidad de que sea asistida en una instalación de atención de salud. La persona también debe ser informada de que los medicamentos y los productos herbarios a veces pueden tener interacciones adversas, de manera que los prestadores de atención de salud deben enterarse de todo lo que toma.



CONSEJO CLÍNICO:

- » Las crisis convulsivas que duran más de 5 minutos constituyen una urgencia médica: se debe buscar ayuda de inmediato.
- » La mayoría de las personas con epilepsia pueden tener vidas normales si cumplen rigurosamente el régimen terapéutico.

Suministre información sobre: Cómo los cuidadores pueden controlar en casa la convulsión.

» Haga que la persona se acueste sobre su costado, con la cabeza dada vuelta para facilitar la respiración.

❌ **NO LE PONGA NADA EN LA BOCA NI LO RESTRIJA.**

» Asegúrese de que la persona esté respirando adecuadamente.

» Permanezca con la persona hasta que se detenga la convulsión y se despierte..

» A veces las personas con epilepsia perciben que es inminente una convulsión. Deben acostarse en algún sitio seguro si tienen ese presentimiento.

» La epilepsia no es contagiosa. No se puede contraer el trastorno al ayudar a la persona que presenta convulsiones.

Suministre información sobre: Cuando obtener ayuda

médica. 

» Cuando una persona con epilepsia parece tener dificultades para respirar durante una convulsión, necesita ayuda médica inmediata.

» Cuando una persona con epilepsia tiene convulsiones fuera de un establecimiento de salud que se prolongan por más de 5 minutos, debe ser llevada a un establecimiento de salud.

» Cuando una persona con epilepsia no se está despertando después de una convulsión, debe ser llevada a un establecimiento de salud.

2.2 Promueva un funcionamiento adecuado en las actividades diarias y en la vida de la comunidad

» **Consulte en el módulo "Atención y prácticas esenciales de salud" (APE)** las intervenciones que promueven el funcionamiento adecuado en la vida diaria y en la comunidad.

» **Además, informe a los cuidadores y a las personas con epilepsia que:**

- Las personas con epilepsia pueden llevar vidas normales. Pueden casarse y tener hijos.

- Los padres no deben sacar de la escuela a los niños con epilepsia.

- Las personas con epilepsia pueden trabajar en la mayoría de los empleos. Sin embargo, deben evitar trabajos donde sea alto el riesgo de sufrir lesiones o causárselas a otros (por ejemplo, un trabajo donde se usan dispositivos mecánicos pesados).

- Las personas con epilepsia deben evitar cocinar en fuego al aire libre y nadar sin compañía.

- Las personas con epilepsia deben evitar el consumo excesivo de alcohol y de sustancias recreativas, no deben dormir muy poco ni ir a lugares con luces intermitentes.

- Se deben observar las leyes locales para conductores de vehículos relacionadas con la epilepsia.

- Las personas con epilepsia tal vez cumplan los requisitos para recibir beneficios por discapacidad.

- Los programas comunitarios para personas con epilepsia pueden brindar asistencia en los trabajos y apoyo tanto a la persona como a la familia.

INTERVENCIONES FARMACOLÓGICAS

2.3 Inicie la terapia

con medicamentos antiepilépticos

- » Elija una medicación que estará sistemáticamente disponible.
- »  Si se trata de un grupo especial de población (niños, mujeres en edad fecunda, personas con infección por el VIH), vea la sección pertinente de este módulo.
- » Comience con un solo medicamento en la dosis inicial más baja.
- » Aumente la dosis lentamente hasta que se controlen las convulsiones.
- » Considere la posibilidad de monitorear el recuento sanguíneo, la química sanguínea y las pruebas de la función hepática, si es factible.
- »  **!PRECAUCIÓN!**
- » Investigue si hay **interacciones medicamentosas**. Cuando se usan juntos, los medicamentos antiepilépticos pueden aumentar o reducir el efecto de otros antiepilépticos. Los antiepilépticos también pueden reducir el efecto de los anticonceptivos hormonales, los inmunodepresores, los antipsicóticos, la metadona y algunos antirretrovíricos.
- » Muy raramente, pueden causar depresión severa de la médula ósea, reacciones de hipersensibilidad como el síndrome de Stevens-Johnson, alteración en el metabolismo de la vitamina D, y enfermedad hemorrágica del recién nacido por deficiencia de la vitamina K.
- »  Cuando sea posible, evite el uso de valproato sódico en las embarazadas debido al **riesgo de defectos del tubo neural**.
- » Todos los medicamentos anticonvulsivos deben suspenderse lentamente ya que la interrupción abrupta puede causar un aumento de las crisis convulsivas.

CUADRO 1: Medicamentos antiepilépticos

MEDICAMENTO	POSIFICACIÓN ORAL	EFFECTOS SECUNDARIOS	CONTRAINDICACIONES/PRECAUCIONES
CARBAMAZEPINA	<p>Adultos: Comience con 100-200 mg/día en 2 ó 3 dosis divididas. Aumente 200 mg cada semana (hasta un máximo de 1.400 mg diarios).</p> <p>Niños: Comience con 5 mg/kg diarios en 2 ó 3 dosis divididas. Aumente 5 mg/kg diarios cada semana (hasta un máximo de 40mg/kg diarios o 1400 mg diarios).</p> <p> Mujeres embarazadas o que amamantan: Use la carbamazepina con cuidado.</p>	<p>Comunes: sedación, confusión, mareo, ataxia, visión doble, náuseas, diarrea, leucopenia benigna.</p> <p>Graves: hepatotoxicidad, retraso de la conducción cardíaca, niveles bajos de sodio.</p>	<p>Precaución en los pacientes con antecedentes de trastornos sanguíneos, enfermedades renales, hepáticas o cardíacas.</p> <p>Puede ser necesario ajustar las dosis después de 2 semanas debido a la inducción de su propio metabolismo.</p>

CUADRO 1: Medicamentos antiepilépticos (cont.)

MEDICAMENTO	POSIFICACIÓN ORAL	EFFECTOS SECUNDARIOS	CONTRAINDICACIONES/PRECAUCIONES
FENOBARBITAL	<p>Adultos: Comience con 60 mg/día en 1 ó 2 dosis divididas. Aumente cada semana 2,5-5 mg (hasta un máximo de 180 mg/día).</p> <p>Niños: Comience con 2-3 mg/kg diarios en 2 dosis divididas. Aumente cada semana 1-2 mg/kg diarios según la tolerancia (hasta un máximo de 6 mg diarios).</p>	<p>Comunes: sedación, hiperactividad en los niños, ataxia, nistagmo, disfunción sexual, depresión.</p> <p>Graves: insuficiencia hepática (reacción de hipersensibilidad), disminución de la densidad mineral ósea.</p>	<p>Contraindicado en los pacientes con porfiria aguda intermitente.</p> <p>Baje las dosis para los pacientes con enfermedad renal o hepatopatía.</p>
FENITOÍNA	<p>Adultos: Comience con 150-200 mg/d en dos dosis divididas. Aumente 50 mg/día cada 3 ó 4 semanas (hasta un máximo de 400 mg/día).</p> <p>Niños: Comience con 3-4 mg/kg diarios en 2 dosis divididas. Aumente 5 mg/kg diarios cada 3 ó 4 semanas (hasta un máximo de 300 mg por día).</p> <p>Mujeres embarazadas o que amamantan: Evite administrar fenitoína.</p> <p>Adultos mayores: Use dosis menores.</p>	<p>Comunes: sedación, confusión, mareo, temblor, contracciones motrices, ataxia, visión doble, nistagmo, dificultad para articular las palabras, náuseas, vómitos, estreñimiento.</p> <p>Graves: anomalías hematológicas, hepatitis, polineuropatía, hipertrofia gingival, acné, linfadenopatía, aumento de la ideación suicida.</p>	<p>Baje las dosis para los pacientes con enfermedad renal o hepatopatía.</p>
VALPROATO SÓDICO	<p>Adultos: Comience con 400 mg/día en 2 dosis divididas. Aumente 500 mg/día cada semana (hasta un máximo de 3.000 mg/día).</p> <p>Niños: Comience con 15-20 mg/kg diarios en 2 ó 3 dosis divididas. Aumente cada semana 15 mg/kg diarios (hasta un máximo de 15-40 mg/kg diarios).</p> <p>Mujeres embarazadas: Evite usar valproato sódico.</p> <p>Adultos mayores: Use dosis menores.</p>	<p>Comunes: sedación, cefalea, temblor, ataxia, náuseas, vómitos, diarrea, aumento de peso, pérdida transitoria del cabello.</p> <p>Graves: deterioro de función hepática, trombocitopenia, leucopenia, somnolencia y confusión (encefalopatía hiperamonémica inducida por el valproato, un signo de toxicidad), insuficiencia hepática, pancreatitis hemorrágica.</p>	<p>Úselo con precaución en casos de enfermedad hepática presunta o subyacente.</p> <p>Interacciones medicamentosas: los niveles de valproato disminuyen con la carbamazepina, aumentan con el ácido acetilsalicílico.</p>



EPI 3 » Seguimiento

1 EXAMINE EL ESTADO ACTUAL DE LA ENFERMEDAD



RECOMENDACIONES SOBRE LA FRECUENCIA DE CONTACTO

» Se debe efectuar una consulta de seguimiento cada 3 ó 6 meses.

¿Tiene la persona una reducción de más 50% de la frecuencia de las crisis convulsivas?

NO

SÍ

SI LA PERSONA NO ESTÁ MEJORANDO CON LA DOSIS ACTUAL:

- » Examine la observancia del régimen medicamentoso.
- » Considere la posibilidad de aumentar la dosis de la medicación según sea necesario hasta alcanzar la dosis máxima, si no se observan efectos adversos.
- » *Si la respuesta sigue siendo deficiente;*
 - Considere la posibilidad de cambiar el medicamento. El medicamento nuevo debe llegar a una dosis óptima antes de suspender lentamente el medicamento anterior
- » *Si la respuesta sigue siendo deficiente:*
 - Revise el diagnóstico.
 - **DERIVE EL PACIENTE A UN ESPECIALISTA.**
- » Realice sesiones de seguimiento con mayor frecuencia.



CONSEJO CLÍNICO:

- » Los **EFFECTOS ADVERSOS** (por ejemplo, somnolencia, nistagmo, diplopía, ataxia) son consecuencia de dosis del medicamento demasiado elevadas para la persona.
- » **Si hay una REACCIÓN IDIOSINCRÁTICA** (reacción alérgica, depresión de la médula ósea, insuficiencia hepática), cambie el medicamento antiepiléptico.

2 MONITOREE EL TRATAMIENTO

En cada contacto con el paciente:

- » Evalúe los efectos secundarios de la medicación, incluidos los efectos adversos y las reacciones idiosincráticas (clínicamente y con pruebas de laboratorio apropiadas cuando sea factible).
- » Proporción psicoeducación y examine las intervenciones psicosociales. 
- » **¿Es la persona una mujer en edad fecunda que piensa embarazarse?** En caso afirmativo, consulte al especialista. 
- » **¿Presenta el paciente algún síntoma nuevo de preocupación?** Examine a la persona para detectar cualquier nuevo síntoma de depresión y ansiedad dado el alto riesgo de comorbilidad con la epilepsia.
- » **¿Está el paciente recibiendo algún medicamento nuevo que pudiera generar interacciones?** (Muchos anticonvulsivos generan interacciones con otros medicamentos). En ese caso, consulte a un especialista. 

3 CONSIDERE LA INTERRUPCIÓN DE LOS MEDICAMENTOS CUANDO SEA APROPIADO

¿Ha estado la persona libre de convulsiones por varios años?

NO

SÍ

SI NO HAY NINGÚN PROBLEMA CON LOS MEDICAMENTOS

- » **Siga con la dosis actual.** *La dosificación correcta es la dosis terapéutica más baja para controlar las crisis convulsivas y reducir al mínimo los efectos secundarios adversos.*
- » Continúe el seguimiento muy de cerca, y considere la posibilidad de interrumpir la medicación una vez que la persona esté libre de crisis durante al menos dos años.

- » **Aborde con la persona y el cuidador el riesgo de reaparición de crisis convulsivas** y los riesgos y beneficios de suspender los medicamentos (si la epilepsia se debe a un traumatismo craneoencefálico, un accidente cerebrovascular o una neuroinfección, hay un riesgo mayor de recurrencia de las crisis convulsivas al suspender la medicación).
- » **Si están de acuerdo, retire gradualmente la medicación disminuyendo las dosis durante 2 meses y vigile a la persona para determinar si se produce una recurrencia de las crisis convulsivas.** 

TRASTORNOS MENTALES Y CONDUCTUALES DEL NIÑO Y EL ADOLESCENTE

Este módulo abarca la evaluación y el manejo de los trastornos del desarrollo, trastornos conductuales y trastornos emocionales en niños y adolescentes.

El término **TRASTORNOS DEL DESARROLLO** es amplio y abarca trastornos tales como la discapacidad intelectual y los trastornos incluidos en el espectro del autismo. Estos trastornos generalmente comienzan en la infancia como 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.

El término **TRASTORNOS CONDUCTUALES** es un término general amplio que abarca trastornos específicos como el trastorno de déficit de atención con hiperactividad (TDAH) y trastornos de la conducta. Los síntomas conductuales con diversos grados de gravedad son muy comunes en la población general. Solo se deben diagnosticar trastornos conductuales en niños y adolescentes con un grado moderado o grave de deficiencia psicológica, social, educativa u ocupacional en múltiples entornos.

Los **TRASTORNOS EMOCIONALES** se encuentran entre las principales causas relacionadas con la salud mental en la carga mundial de enfermedad en los jóvenes. Los trastornos emocionales se caracterizan por grados más altos de ansiedad, depresión, temor y síntomas somáticos.

Los niños y los adolescentes a menudo presentan síntomas de más de un trastorno y a veces se superponen los síntomas. La calidad del entorno en el hogar y del entorno educativo y social influye en el bienestar y el funcionamiento de los niños y los adolescentes. Investigar y abordar los factores psicosociales estresantes junto con las oportunidades de activar los apoyos es fundamental para el plan de evaluación y manejo.

MCON» Panorama breve



EVALUACIÓN

- » Evalúe los problemas en el desarrollo.
- » Investigue si hay problemas de falta de atención o exceso de actividad.
- » Indague si hay problemas emocionales. Si se trata de un adolescente, investigue si hay depresión moderada o grave.
- » Explore la presencia de comportamientos desafiantes, desobedientes y agresivos repetidos.
- » Evalúe la posible presencia de otros trastornos MNS prioritarios.
- » Evalúe el entorno doméstico.
- » Evalúe el entorno escolar.



MANEJO

- » **Protocolos de manejo**
 1. Retraso/trastorno del desarrollo
 2. Problemas de comportamiento
 3. Trastorno de déficit de atención con hiperactividad (TDAH)
 4. Trastorno conductual
 5. Problemas emocionales
 6. Trastornos emocionales y depresión moderada o grave en el adolescente

- »  **Intervenciones psicosociales**



SEGUIMIENTO

CUADRO 1: MANIFESTACIONES COMUNES DE LOS TRASTORNOS MENTALES Y CONDUCTUALES DEL NIÑO Y EL ADOLESCENTE POR GRUPO ETARIO

Pueden ser informadas por el cuidador o por el mismo paciente, u observadas durante el proceso de evaluación.

	TRASTORNOS DEL DESARROLLO	TRASTORNOS CONDUCTUALES	TRASTORNOS EMOCIONALES
Lactantes y niños pequeños (<5 años)	<ul style="list-style-type: none"> — Inapetencia, crecimiento insuficiente, hipotonía motora, retraso en alcanzar los hitos esperados del desarrollo apropiados para la edad (por ejemplo, sonreír, sentarse, interactuar con otras personas, compartir la atención, caminar, hablar y pedir ir al baño). 		
Mediana infancia (6 a 12 años)	<ul style="list-style-type: none"> — Retraso en aprender a leer y escribir — Retraso en el autocuidado (por ejemplo, vestirse y bañarse solo, cepillarse los dientes) 	<p>Edades: 4 a 18 años</p> <ul style="list-style-type: none"> — Actividad excesiva: se mueve excesivamente y corretea, extrema dificultad para permanecer sentado, habla en exceso o no puede quedarse quieto — Desatención excesiva, está distraído, reiteradamente interrumpe las tareas antes de finalizarlas y pasa a otras actividades — Impulsividad excesiva: con frecuencia hace cosas sin reflexionar — Comportamiento repetido y continuo que perturba a otros (por ejemplo, rabietas excepcionalmente frecuentes y severas, comportamiento cruel, desobediencia grave y persistente, robos) — Cambios súbitos en la conducta o en las relaciones con sus compañeros, incluido el aislamiento y la ira. 	<ul style="list-style-type: none"> — Llanto excesivo, aferrarse a un cuidador, congelarse (mantenerse inmóvil y en silencio) o rabietas — Timidez extrema o cambios en el funcionamiento (por ejemplo, volver a orinarse o ensuciarse o chuparse el pulgar) — Menor iniciación del juego y de la interacción social — Dificultades para dormir y comer
Adolescentes (13 a 18 años)	<ul style="list-style-type: none"> — Deficiente rendimiento escolar — Dificultad para comprender las instrucciones — Dificultad para la interacción social y para adaptarse a los cambios 		<ul style="list-style-type: none"> — Síntomas físicos recurrentes e idiosincrásicos (por ejemplo, dolor de estómago, cefalea, náuseas) — Renuencia o negativa a ir a la escuela — Timidez extrema o cambios en el funcionamiento (por ejemplo, volver a orinarse o defecarse encima o chuparse el pulgar) — Problemas de estado de ánimo, ansiedad o preocupación, aflicción excesiva (por ejemplo, es irritable, se molesta fácilmente, se siente frustrado o deprimido, muestra cambios extremos o rápidos e inesperados del estado de ánimo, explosiones emocionales) — Alteraciones en el funcionamiento (por ejemplo, dificultad para concentrarse, deficiente desempeño escolar, a menudo desea estar solo o quedarse en su casa)
Todas las edades	<p>Dificultad para llevar a cabo actividades diarias consideradas normales para la edad de la persona, dificultad para comprender las instrucciones, dificultad para las interacciones sociales y para adaptarse a los cambios, dificultad o rareza en la comunicación y patrones restrictivos y repetitivos del comportamiento, los intereses y las actividades.</p>		<ul style="list-style-type: none"> — Siente un temor excesivo, ansiedad, o evita situaciones u objetos específicos (por ejemplo, la separación de los cuidadores, las situaciones sociales, ciertos animales o insectos, los sitios a gran altura, los espacios cerrados, ver sangre o heridas) — Alteraciones del sueño y de los hábitos alimentarios — Disminución del interés o la participación en actividades — Comportamiento confrontacional o de búsqueda de atención



MCON 1 >> Evaluación

MANIFESTACIONES COMUNES DE LOS TRASTORNOS MENTALES Y CONDUCTUALES DEL NIÑO Y EL ADOLESCENTE

- **Niño o adolescente que concurre al consultorio por alguna dolencia física o para una evaluación general de salud, que tiene:**
 - alguna de las manifestaciones características de los trastornos emocionales, conductuales o del desarrollo (vea el Cuadro 1); o
 - factores de riesgo como desnutrición, maltrato o descuido, enfermedades frecuentes o enfermedades crónicas (por ejemplo, infección por el VIH/SIDA o antecedentes de un nacimiento difícil).
- **Cuidador con inquietudes acerca del niño o el adolescente porque presenta:**
 - dificultad en mantenerse a la par de sus compañeros o en llevar a cabo actividades diarias consideradas normales para su edad; o
 - problemas de conducta (por ejemplo, es demasiado activo o agresivo, tiene rabietas frecuentes o intensas, le gusta demasiado estar solo, se rehúsa a hacer actividades ordinarias o a ir a la escuela).
- **Profesor con inquietudes acerca de un niño o adolescente porque:**
 - por ejemplo, se distrae fácilmente, molesta en clase, a menudo se mete en problemas o tiene dificultad para completar las tareas escolares.
- **Trabajador de salud de la comunidad o de servicios sociales con inquietudes acerca de un niño o adolescente porque:**
 - por ejemplo, transgrede las normas o las leyes, o agrede físicamente a otras personas en su casa o en la comunidad.





CONSEJO CLÍNICO

- » Siempre se debe dar a los adolescentes la oportunidad de estar solos con el profesional de salud, sin la presencia de cuidadores.
- » Aclare la naturaleza confidencial de la conversación.
- » Indique en qué circunstancias se suministrará información a los padres u otros adultos.
- » Analice con el niño o el adolescente y el cuidador el trastorno que se manifiesta.

1 EVALÚE PARA DETECTAR TRASTORNOS DEL DESARROLLO

Evalúe todos los indicadores del desarrollo motor, cognitivo, social, de la comunicación y de la adaptación.

» Para los niños que están aprendiendo a caminar y los niños en edad preescolar:
¿Ha tenido el niño dificultades en alcanzar los hitos del desarrollo adecuados para su edad en todas las áreas del desarrollo?

» Para los niños mayores y los adolescentes:
¿Tienen dificultades en la escuela (en el aprendizaje, en leer y escribir), en comunicarse e interactuar con otros, en el autocuidado y las actividades domésticas diarias?

Pase al PASO 2

NO

SÍ

Sospeche que existe un RETRASO/
TRASTORNO del DESARROLLO

Hay signos/síntomas que sugieren alguna de las siguientes afecciones:

- Carencia nutricional, incluida la carencia de yodo
- Anemia
- Desnutrición
- Enfermedad infecciosa aguda o crónica, incluidas una infección en el oído y por VIH/SIDA

NO

SÍ

» Trate los trastornos usando las directrices de la Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI) (http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/IMCI_charbooklet/en/, en inglés) u otras pautas disponibles.

Evalúe al niño para determinar si existen deficiencias visuales o auditivas:

Para la evaluación de la visión, determine si el niño no logra:

- Mirarlo a usted a los ojos
- Seguir un objeto móvil con la cabeza y los ojos
- Tomar un objeto
- Reconocer a personas familiares

Para la evaluación de la audición, determine si el niño no logra:

- Volver la cabeza para mirar a alguien que está detrás de él cuando le habla
- Reacciona a un ruido fuerte
- Emite muchos sonidos diferentes (ta-ta, da-da, ba-ba), si es un lactante

NO

SÍ

>> CONSULTE AL ESPECIALISTA PARA LA EVALUACIÓN. 

>> Vaya al PROTOCOLO 1 

2

EVALÚE PARA DETECTAR PROBLEMAS DE FALTA DE ATENCIÓN O DE HIPERACTIVIDAD

Es el niño o el adolescente:

- ¿demasiado activo?
- ¿incapaz de quedarse quieto por un tiempo?

- ¿se distrae fácilmente, tiene dificultad para completar las tareas?
- ¿se mueve sin cesar?

SÍ

NO

Pase al PASO 3



¿Son los síntomas persistentes, graves, y causan considerables dificultades en el funcionamiento diario? ¿Son afirmativas las respuestas a TODAS las siguientes preguntas?

- ¿Están los síntomas presentes en múltiples entornos?
- ¿Han durado por lo menos 6 meses?
- ¿Son inapropiados para el nivel de desarrollo del niño o del adolescente?
- ¿Hay considerables dificultades en el funcionamiento diario en el ámbito personal, familiar, social, educativo, ocupacional o de otro tipo?



Es improbable que sea el trastorno de déficit de atención con hiperactividad (TDAH)

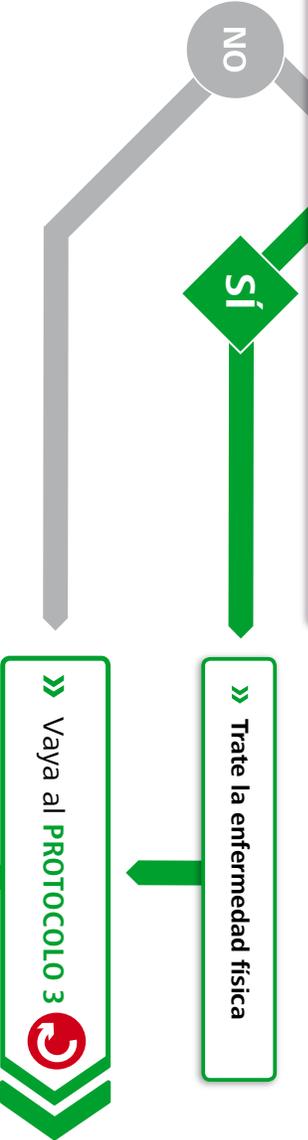
Considere la probabilidad de que sean PROBLEMAS DE CONDUCTA

» Vaya al **PROTOCOLLO 2**

Pase al **PASO 3**

Descarte las enfermedades físicas que pueden asemejarse al TDAH.
 Investigue si el niño o el adolescente tiene alguna de las siguientes enfermedades:

- Enfermedad tiroidea
- Enfermedad infecciosa aguda o crónica, incluida la infección por el VIH/SIDA
- Dolor incontrolado, por ejemplo, por una infección del oído, anemia de células falciformes



3 EVALÚE PARA DETERMINAR SI EXISTE UN TRASTORNO CONDUCTUAL

Indague si el niño o el adolescente muestra repetidos comportamientos agresivos, de desobediencia o desafiantes, por ejemplo:

- Discute con los adultos
- Desafía o se niega a cumplir los pedidos o reglas de los adultos
- Irritabilidad o ira extremas
- Rabietas frecuentes y enconadas
- Dificultad para congeniar con otras personas
- Conducta provocativa
- Niveles excesivos de belicosidad o acoso
- Crueldad hacia animales o personas
- Destrucción grave de la propiedad, provoca incendios
- Roba, miente reiteradamente, falta injustificadamente a la escuela, se fuga del hogar

Pase al PASO 4

Es improbable que sea un TRASTORNO CONDUCTUAL

NO

SÍ



CONSEJO CLÍNICO: COMPORTAMIENTOS DESAFIANTES O NEGATIVOS ADECUADOS PARA LA EDAD EN NIÑOS O ADOLESCENTES

Niños que están aprendiendo a caminar y niños en edad preescolar (18 meses a 5 años de edad)

— Refúsan hacer lo que les dicen, quebrantan las reglas, discuten, lloriquean, exageran, dicen cosas que no son ciertas, niegan que hicieron algo que no está bien, son agresivos físicamente y culpan a otros por su mala conducta.

— Rabietas breves (explosiones emocionales con llanto, gritos, golpes, etc.), que generalmente duran menos de 5 y no más de 25 minutos, y ocurren normalmente menos de 3 veces por semana. Las rabietas características en el desarrollo no deben dar lugar a autolesiones o a una frecuente agresión física hacia otros, y el niño normalmente puede calmarse después.

Mediana infancia (6 a 12 años de edad)

— Evitan o retrasan cumplir las instrucciones, se quejan o discuten con los adultos u otros niños, o pierden los estribos ocasionalmente.

Adolescentes (13 a 18 años de edad)

— Ponen a prueba las reglas y los límites, dicen que las reglas y los límites son injustos o innecesarios, ocasionalmente son groseros, desafiadores, desobedientes o desafiantes con los adultos.



¿Los síntomas son persistentes, graves e inapropiados para el nivel del desarrollo del niño o el adolescente?

- Los síntomas están presentes en diferentes entornos (por ejemplo, en el hogar, en la escuela y en otros entornos sociales).
- Los síntomas han estado presentes durante al menos 6 meses.
- Son más graves que las travesuras infantiles o que la rebeldía ordinaria del adolescente.
- ¿Hay considerables dificultades en el funcionamiento diario en el ámbito personal, familiar, social, educativo, ocupacional o de otro tipo?

NO

Considere
PROBLEMAS DE
COMPORTAMIENTO

» Vaya al PROTOCOLO 2

SÍ

Considere un
TRASTORNO CONDUCTUAL

» Vaya al PROTOCOLO 4

4

EVALÚE PARA DETERMINAR SI HAY TRASTORNOS EMOCIONALES (malestar prolongado, incapacitante, que incluye tristeza, ansiedad o irritabilidad)

Pregunte si el niño o el adolescente:

- es a menudo irritable, se molesta fácilmente, está deprimido o triste;
- ha perdido el interés o el placer en las actividades;
- tiene muchas preocupaciones o a menudo parece preocupado;
- tiene muchos temores o se asusta fácilmente;
- a menudo se queja de cefalea, dolor de estómago o enfermedad;
- a menudo se ve infeliz, deprimido o lloroso; y si
- evita o le disgustan mucho ciertas situaciones (por ejemplo, la separación de sus cuidadores, conocer a otras personas, o estar en espacios cerrados).

Vaya al PASO 5

5

NO

SÍ



CONSEJO CLÍNICO: TEMORES Y ANSIEDADES ADECUADOS PARA LA EDAD EN NIÑOS Y ADOLESCENTES

Bebés y niños que están aprendiendo a caminar (9 meses a 2 años de edad) — Temor a los desconocidos, aflicción cuando se separan de los cuidadores.

Niños en edad preescolar (2 a 5 años de edad) — Temor a tormentas, al fuego, al agua, a la oscuridad, a las pesadillas y a los animales.

Mediana infancia (6 a 12 años de edad) — Temor a monstruos, fantasmas, gérmenes, desastres naturales, enfermedades físicas y lesiones graves.
— Ansiedad acerca de la escuela o de actuar ante otras personas.

Adolescentes (13 a 18 años de edad) — Temor al rechazo de sus compañeros, a actuar ante otras personas, a enfermedades físicas, a procedimientos médicos y a catástrofes (por ejemplo, la guerra, un ataque terrorista, desastres).

¿Hay considerables dificultades en el funcionamiento diario en el ámbito personal, familiar, social, educativo, ocupacional o de otro tipo?

SI

Considere que puede existir un TRASTORNO EMOCIONAL

NO

Considere que puede haber PROBLEMAS EMOCIONALES

» Vaya al PROTOCOLO 5

Salte al PASO 5

Descarte afecciones físicas que puedan asemejarse o los trastornos emocionales o exacerbarlos.

Investigue si hay signos o síntomas que sugieran la presencia de:

- Enfermedades tiroideas
- Anemia
- Enfermedades Infecciosas, incluida la infección por el VIH/SIDA
- Obesidad
- Desnutrición
- Asma
- Efectos secundarios de medicamentos (por ejemplo, de corticosteroides o medicamentos inhalados contra el asma)

» Trate la enfermedad física.

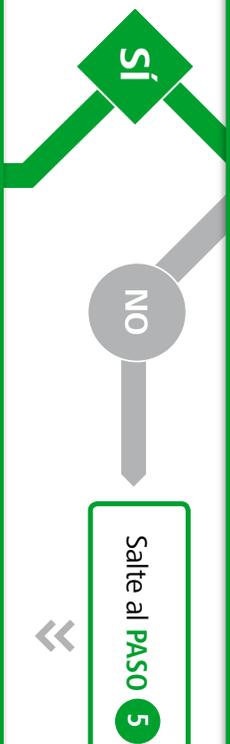
SI

NO

» Vaya al PROTOCOLO 6

En los adolescentes, evalúe para determinar si existe depresión moderada o grave.

¿El adolescente tiene problemas con el estado de ánimo (se siente irritable, abatido o triste) o ha perdido el interés o el placer de realizar actividades?



¿Ha tenido el adolescente varios de los siguientes síntomas adicionales la mayoría de los días en las 2 últimas semanas?

- | | | |
|--|-------------------------------|---|
| — Alteraciones del sueño o dormir demasiado | ningún mérito | — Agitación observable o inquietud física |
| — Cambio significativo del apetito o el peso (disminución o aumento) | — Fatiga o pérdida de energía | — Habla o se mueve más lentamente de lo usual |
| — Creencias de culpa excesiva o de que no tiene | — Menor concentración | — Desesperanza |
| | — Indecisión | — Pensamientos o actos suicidas |

¿Hay considerables dificultades en el funcionamiento diario en el ámbito personal, familiar, social, educativo, ocupacional o de otro tipo?



Considere la posibilidad de que sufra **DEPRESIÓN**

CONSEJO CLÍNICO
Puede haber delirios o alucinaciones. Si hubiera, se debe adaptar el tratamiento para la depresión. **CONSULTE A UN ESPECIALISTA**



Descarte antecedentes de episodios maníacos y de una reacción normal a una pérdida reciente importante. Vaya al módulo » DEP.

» Vaya al **PROTOCOLO 6**



5

EVALÚE AL PACIENTE PARA DETERMINAR SI EXISTEN OTROS POSIBLES TRASTORNOS MNS PRIORITARIOS

1 SI HAY UN RIESGO INMEDIATO DE SUICIDIO, EVALÚE Y TRATE al paciente antes de proseguir. Vaya al módulo » SUI.



¿Hay otros trastornos MNS concurrentes? Evalúe al paciente conforme al "Esquema principal" de la GI-mhGAP. Vea el módulo » EP.

- 1** No se olvide de evaluar la posibilidad de trastornos por el consumo de sustancias psicoactivas. Vaya al módulo » SUS.
- 1** En niños con retraso o trastornos del desarrollo, no se olvide de investigar si se trata de epilepsia. Vaya al módulo » EPI.

» **EVALÚE Y TRATE los trastornos MNS concurrentes.**



SÍ

NO



6

EVALÚE EL ENTORNO DOMÉSTICO

¿Son los problemas emocionales, conductuales o del desarrollo una reacción a una situación angustiante o atemorizante, o son agravados por esa situación?

Evalúe para detectar:

- » Características clínicas o cualquier elemento en la historia clínica que sugieran maltrato o exposición a la violencia (vea “CONSEJO CLÍNICO”).
- » Algún factor estresante grave reciente o en curso (por ejemplo, la enfermedad o la muerte de un familiar, condiciones de vida y circunstancias económicas difíciles o si es víctima de acoso o agresiones).

CONSEJO CLÍNICO

- » Pregunte directamente al niño o al adolescente acerca de situaciones de exposición a la violencia cuando sea apropiado y seguro hacerlo según el desarrollo del paciente (por ejemplo, no en presencia de un cuidador que podría haber cometido el maltrato).
- » A los adolescentes siempre se les debe dar la oportunidad de ser examinados solos en el consultorio, sin cuidadores presentes.

SI

NO

- » Derive al paciente a los servicios de protección del menor, de ser necesario.
- » Explore y aborde los factores estresantes.
- » Garantice la seguridad del niño o el adolescente como una primera prioridad.
- » Asegure que al niño o al adolescente que todos los niños y adolescentes deben ser protegidos contra el maltrato.
- » Suministre información acerca de dónde buscar ayuda para todo maltrato en curso.
- » Instrumente apoyo adicional, incluida la derivación a un especialista.
- » Póngase en contacto con la asistencia legal y los recursos de la comunidad, según proceda y esté establecido.
- » Considere otras intervenciones psicosociales.
- » Garantice un seguimiento apropiado. 🔄

CONSEJO CLÍNICO: SEÑALES DE ALERTA SOBRE MALTRATO INFANTIL

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

- » **Maltrato físico**
 - Lesiones (por ejemplo, equimosis, quemaduras, marcas de estrangulación o marcas dejadas por un cinturón, un látigo, una vara u otro objeto).
 - Todo traumatismo grave o insólito, sin explicación o con una explicación inadecuada.
 - » **Agresión sexual**
 - Lesiones anales o genitales o síntomas sin una causa médica discernible.
 - Infecciones de transmisión sexual o embarazo.
 - Comportamientos sexualizados (por ejemplo, indicación de un conocimiento sexual inapropiado para la edad).
 - » **Descuido**
 - Estar sucio en exceso, usar vestimenta inadecuada.
 - Signos de desnutrición o una salud dental deficiente.
 - » **Maltrato emocional y todas las otras formas de maltrato**

Todo cambio súbito o importante en la conducta o el estado emocional del niño o del adolescente, que no se explique mejor por otra causa, como:

 - Temor injustado o aflicción grave (por ejemplo, llanto inconsolable).
 - Autotelesión o aislamiento social.
 - Agresión o huida del hogar.
 - Búsqueda indiscriminada del afecto de los adultos.
 - Desarrollo de comportamientos nuevos de incontinencia fecal y urinaria o succión del pulgar.
- #### ASPECTOS DE LA INTERACCIÓN DE LOS CUIDADORES CON EL NIÑO O EL ADOLESCENTE
- » Comportamiento indiferente persistente, en especial hacia un lactante (por ejemplo, no brindar consuelo o atención cuando el niño o el adolescente está asustado, lastimado o enfermo).
 - » Comportamiento hostil o de rechazo.
 - » Uso de amenazas inapropiadas (por ejemplo, de abandonar al niño o al adolescente) o métodos muy rigurosos de disciplina.



¿Tienen los cuidadores algún trastorno MNS prioritario que podría repercutir en su capacidad de cuidar al niño o al adolescente?

Considere especialmente la depresión y los trastornos por consumo de sustancias.



CONSEJO CLÍNICO
» El trastorno depresivo en los cuidadores puede empeorar los trastornos emocionales, conductuales o del desarrollo en niños o adolescentes que estén a su cuidado.

NO

SÍ

» **Evalúe y trate los trastornos MNS de los cuidadores.**

» **Vaya al apartado 2.6 "Apoyo a los cuidadores" de la sección Manejo**

¿Tiene el niño oportunidades adecuadas para el juego y la interacción o comunicación social en casa?

Considere la posibilidad de preguntar:

- » ¿Con quién pasa el niño la mayor parte del tiempo?
- » ¿Cómo juegan usted/ellos con el niño? ¿Con qué frecuencia?
- » ¿Cómo se comunican usted/ellos con el niño? ¿Con qué frecuencia?

NO

SÍ

- » Brinde formación sobre la estimulación y la crianza adecuadas para la edad. Consulte el manual Care for Child Development (Atención destinada al desarrollo del menor) en: [http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/care_child_development/en/#\(en inglés\)](http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/care_child_development/en/#(en inglés)).
- » Considere si es necesario prestar apoyo adicional al niño, incluida su derivación a los servicios de protección del menor si se dispone de esos servicios.

7
EVALÚE EL ENTORNO ESCOLAR

¿El niño o el adolescente asiste a la escuela?

SÍ

NO

» Suministre información acerca de los servicios educativos y explique al cuidador la importancia de mantener al niño o adolescente en la escuela en la medida de lo posible.

El niño o el adolescente:

- » ¿sufre intimidación, acoso o es objeto de burlas?
- » ¿es incapaz de participar y aprender?
- » ¿no quiere o se rehúsa asistir a la escuela?



CONSEJO CLÍNICO

» Pregunte directamente al niño o al adolescente acerca de estas exposiciones cuando sea apropiado y seguro hacerlo según su desarrollo.

NO

SÍ

» Vaya a la sección de "Manejo" de **MCON 2**

» Después de conseguir el consentimiento del niño o del adolescente y del cuidador, póngase en contacto con los profesores y otro personal escolar. Vaya a la sección "Manejo" (2.7).

» Si se ha producido una ausencia de la escuela, trate de ayudar a que el niño o el adolescente retorne a la escuela cuanto antes e indague las razones de la ausencia.



MCON 2 » Manejo

PROTOCOLO

1

Retraso/trastorno del desarrollo

- » Brinde orientación sobre el bienestar del niño o el adolescente. **(2.1)**
- » Proporcione psicoeducación a la persona y sus cuidadores y formación sobre la crianza. Suministre orientación acerca de los trastornos del desarrollo. **(2.2 and 2.3)**
- » Proporcione apoyo a los cuidadores. **(2.6)**
- » Póngase en contacto con los profesores y otro personal escolar. **(2.7)**
- » Póngase en contacto con otros recursos disponibles en la comunidad, como un servicio de rehabilitación comunitaria.
- » Ofrezca formación en habilidades para padres, cuando sea factible. **(2.8)**
- » Derive a los niños con trastornos del desarrollo a un especialista para una evaluación adicional, asesoramiento sobre un plan de manejo y planificación familiar.
- » Asegure un seguimiento apropiado con sesiones cada tres meses o más frecuentes, de ser necesario.
- » **NO** recete un tratamiento farmacológico.

PROTOCOLO

2

Problemas de la conducta

- » Brinde orientación sobre el bienestar del niño o el adolescente. **(2.1)**
- » Suministre orientación sobre cómo mejorar el comportamiento. **(2.3)**
- » Evalúe y trate los factores estresantes, reduzca el estrés y fortalezca los apoyos sociales.
- » Póngase en contacto con los profesores y otro personal escolar. **(2.7)**
- » Póngase en contacto con otros recursos disponibles en la comunidad.
- » Ofrezca hacer un seguimiento.

PROTOCOLO

3

Trastorno de déficit de atención con hiperactividad (TDAH)

- » Brinde orientación sobre el bienestar del niño o el adolescente. **(2.1)**
- » Proporcione psicoeducación a la persona y sus cuidadores y formación sobre la crianza. Suministre orientación acerca de los trastornos del desarrollo. **(2.2 and 2.3)**
- » Evalúe y trate los factores estresantes, reduzca el estrés y fortalezca los apoyos sociales.
- » Proporcione apoyo a los cuidadores. **(2.6)**
- » Póngase en contacto con los profesores y otro personal escolar. **(2.7)**
- » Póngase en contacto con otros recursos disponibles en la comunidad.
- » Considere la posibilidad de ofrecer formación para padres sobre la crianza, cuando sea factible. **(2.8)**
- » Considere efectuar intervenciones conductuales cuando sea factible. **(2.8)**
- » Si los tratamientos han fracasado y el niño o el adolescente tiene un diagnóstico de TDAH y tiene al menos 6 años de edad, derivélo a un especialista para el tratamiento con metilfenidato.
- » Asegure el seguimiento apropiado con sesiones cada 3 meses o más frecuentes, de ser necesario.

PROTOCOLO

4

Trastorno conductual

- » Brinde orientación sobre el bienestar del niño o el adolescente. (2.1)
- » Proporcione psicoeducación a la persona y sus cuidadores y orientación sobre la crianza. (2.2) 
- » Suministre orientación cómo mejorar el comportamiento. (2.3)
- » Evalúe y trate los factores estresantes y fortalezca los apoyos sociales.
- » Proporcione apoyo a los cuidadores. (2.6)
- » Póngase en contacto con los profesores y otro personal escolar. (2.7)
- » Considere ofrecer formación en habilidades para padres, cuando sea factible.. (2.8)
- » Póngase en contacto con otros recursos disponibles en la comunidad.
- » Asegure el seguimiento apropiado con sesiones cada 3 meses o más frecuentes, de ser necesario. 
- » Considere efectuar intervenciones conductuales cuando sea factible. (2.8)
- »  **NO** recete un tratamiento farmacológico.

PROTOCOLO

5

Problemas emocionales

- » Brinde orientación sobre el bienestar del niño o el adolescente. (2.1)
- » Proporcione psicoeducación a la persona y sus cuidadores y formación sobre la crianza. (2.2) 
- » Evalúe y trate los factores estresantes, reduzca el estrés y fortalezca los apoyos sociales.
- » Póngase en contacto con los profesores y otro personal escolar. (2.7)
- » Póngase en contacto con otros recursos disponibles en la comunidad.

PROTOCOLO

6

Trastorno emocional o depresión

- »  **NO** considere recetar un tratamiento farmacológico como tratamiento de primera línea.
- »  **NO** recete un tratamiento farmacológico a niños menores de 12 años.
- » Brinde orientación sobre el bienestar del niño o el adolescente. (2.1)
- » Proporcione psicoeducación a la persona y sus cuidadores. (2.2 and 2.5) 
- » Proporcione apoyo a los cuidadores. (2.6)
- » Póngase en contacto con los profesores y otro personal escolar. (2.7)
- » Póngase en contacto con otros recursos disponibles en la comunidad.
- » Evalúe y trate los factores estresantes, reduzca el estrés y fortalezca los apoyos sociales.
- » Considere ofrecer formación en habilidades para padres, cuando sea factible. (2.8)
- » Considere la derivación a otro servicio para la intervención conductual o la terapia interpersonal.
- » Cuando las intervenciones psicológicas resultan ineficaces, consulte a un especialista sobre el tratamiento con fluoxetina (ningún otro inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina [ISRS] ni antidepresivos tricíclicos [ATC]). Vaya al módulo **DEP** para ver los detalles de la medicación.
- » Asegure el seguimiento apropiado con sesiones una vez al mes o más frecuentes, de ser necesario. 

INTERVENCIONES PSICOSOCIALES



» Se puede ofrecer orientación para mejorar la conducta a todos los cuidadores que estén teniendo dificultades con el comportamiento del niño o el adolescente a su cuidado aunque no se sospeche que exista un trastorno conductual.

2.1 Orientación para promover el bienestar y el funcionamiento adecuado del niño o el adolescente



» Puede ser proporcionada a todos los niños, adolescentes y cuidadores aunque no se sospeche la existencia de ningún trastorno.

» **Sea activo físicamente.** Si pueden, los niños y los

adolescentes de 5 a 17 años de edad deben hacer actividades físicas por 60 minutos o más cada día mediante actividades diarias, juegos o deportes. Vea www.who.int/dietphysicalactivity/publications/recommendations5_17years (en inglés).

» Participe todo lo posible en actividades en la escuela, la comunidad y otras actividades sociales.

» Pase tiempo con familiares y amigos de confianza.

» Evite el uso de drogas, alcohol y tabaco.

» Pase tiempo con el niño en actividades agradables. Juegue y se comunique con el niño o el adolescente. Vea: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/care_child_development/en/ (en inglés).

» Escuche al niño o al adolescente y muestre comprensión y respeto.

» Protéjalo de cualquier forma de maltrato, incluidas la intimidación/acoso y la exposición a la violencia en el hogar, en la escuela y en la comunidad.

» Prevea importantes cambios en la vida (como la pubertad, el inicio de la educación escolar o el nacimiento de un hermano) y preste apoyo.

ALIENTE Y AYUDE AL NIÑO O AL ADOLESCENTE A QUE:

» **Duerma suficientes horas.** Promueva rutinas regulares de ir a la cama a determinada hora y retire el televisor u otros dispositivos electrónicos con pantallas del área en el que duerme o alcohola.

» **Coma con regularidad.** Todos los niños y adolescentes necesitan hacer tres comidas (desayuno, almuerzo y cena) e ingerir algunos refrigerios cada día.

2.2 Psicoeducación para la persona y los cuidadores y formación sobre la crianza

» Explique el retraso o la dificultad al cuidador y al niño o el adolescente según proceda y ayúdelos a identificar los puntos fuertes y los recursos.

» Elogie al cuidador y al niño o el adolescente por sus esfuerzos.

» Explique al cuidador que la crianza de un niño o un adolescente con un trastorno emocional o conductual o un retraso del desarrollo puede ser gratificante, pero que también supone un desafío.

» Explique que las personas con trastornos mentales no deben ser culpadas por tener el trastorno. Aliente a los cuidadores a ser amables, a brindar apoyo y a mostrar cariño y afecto

» Promueva y proteja los derechos humanos de la persona y la

familia y esté alerta para mantener los derechos humanos y la dignidad.

» Ayude a los cuidadores a tener expectativas realistas y alientelos a ponerse en contacto con otros cuidadores de niños o adolescentes con trastornos similares para apoyarse mutuamente.

2.3 Orientación para mejorar el comportamiento

ALIENTE AL CUIDADOR A QUE:

» Preste una atención afectuosa, que incluya jugar con el niño todos los días. Brinde al adolescente oportunidades para conversar con él.

» Sea consistente en cuanto a lo que el niño o el adolescente tiene permitido o no hacer. Dé instrucciones claras, sencillas y breves sobre lo que el niño debe y no debe hacer.

» Asigne tareas domésticas diarias sencillas al niño, que sean adecuadas para su nivel de capacidad, y elógielo inmediatamente después de que hace la tarea.

» Elogie o premie al niño o adolescente cuando observe que tiene un buen comportamiento y no le dé ninguna recompensa cuando la conducta es problemática.

» Encuentre maneras de evitar enfrentamientos graves o situaciones difíciles previsibles.

» Responda solo a los comportamientos problemáticos más importantes y aplique un castigo leve (por ejemplo, abstención de recompensas y actividades divertidas) y poco

frecuente comparado con la cantidad de elogios.

- » Aplazce las discusiones con el niño o el adolescente hasta que esté tranquilo. Evite usar críticas, gritos e insultos.
- » **✘ NO** use amenazas o castigos físicos y nunca agrada físicamente al niño o adolescente. El castigo físico puede dañar la relación entre el niño y el cuidador; no funciona tan bien como otros métodos y puede empeorar los problemas de comportamiento.
- » Promueva juegos adecuados para la edad (por ejemplo, un deporte, dibujar u otros pasatiempos) de los adolescentes y ofrezca apoyo adecuado para la edad en forma práctica (por ejemplo, con las tareas u otras habilidades para la vida).

2.4 Psicoeducación para el retraso o trastorno del desarrollo

ALIENTE AL CUIDADOR A QUE:

- » Conozca cuáles son los puntos fuertes y los puntos débiles del niño y cómo puede aprender mejor, qué es estresante para el niño y qué lo hace feliz, qué causa los comportamientos problemáticos y qué puede prevenirlos.
- » Conozca cómo el niño se comunica y responde (usando palabras, gestos, expresiones no verbales y conductas).
- » Ayude al niño a desarrollarse al participar con él en actividades diarias y juegos.
- » Tenga en cuenta que los niños aprenden mejor durante actividades que son divertidas y positivas.
- » Incluya al niño en la vida diaria, comenzando con tareas sencillas, una cada vez. Divida las actividades complejas en

pasos sencillos para que el niño pueda aprender y ser premiado un paso por vez.

- » Establezca rutinas diarias predecibles al programar horas fijas para comer, jugar, aprender y dormir.
- » Mantenga estimulante el ambiente que rodea al niño: evite dejar al niño solo durante horas sin alguien para conversar y limite el tiempo que el niño pasa viendo televisión y jugando con juegos electrónicos.
- » Mantenga al niño en el entorno escolar tanto tiempo como sea posible, asistiendo a escuelas de enseñanza general aunque solo sea a tiempo parcial.
- » Establezca una disciplina equilibrada. Cuando el niño o el adolescente hace algo bien, ofrezca una recompensa. Distráigalos de las cosas que no deben hacer.
- » **✘ NO** use amenazas o castigos físicos cuando el comportamiento es problemático.
- » Las personas con trastornos del desarrollo a menudo pueden tener problemas conductuales asociados que son difíciles de manejar para el cuidador. Vea el apartado anterior “Orientación sobre cómo mejorar los comportamientos” (2.3)
- » **Promueva y proteja los derechos humanos de la persona y la familia y esté alerta para mantener los derechos humanos y la dignidad.**
 - Eduque a los cuidadores para que eviten la internación.
 - Promueva el acceso a la información y a los servicios de salud.
 - Promueva el acceso a la enseñanza escolar y otras formas de educación.
 - Promueva el acceso a las ocupaciones.

— Promueva la participación en la vida de la familia y de la comunidad.

2.5 Psicoeducación para problemas y trastornos emocionales, incluida la depresión en los adolescentes

- » Aborde cualquier situación estresante en el entorno familiar, como la discordia entre los padres o el trastorno mental de un progenitor. Con la ayuda de los profesores, explore posibles circunstancias adversas en el entorno escolar.
- » Brinde oportunidades para dedicar tiempo al cuidador y a la familia.
- » Promueva y ayude al niño o al adolescente a continuar (o reanudar) actividades placenteras y sociales.
- » Aliente al niño o al adolescente a que practique una actividad física regular, aumentando gradualmente la duración de las sesiones.
- » Considere la posibilidad de capacitar al niño o al adolescente y al cuidador en ejercicios respiratorios, relajación muscular progresiva y otros equivalentes culturales.
- » Establezca rutinas predecibles en la mañana y a la hora de acostarse. Promueva hábitos regulares de sueño. Programe el día con horas fijas para comer, jugar, aprender y dormir.
- » Cuando hay temores excesivos y poco realistas:
 - Elogie al niño o al adolescente o dele pequeñas recompensas cuando prueban cosas nuevas o actúan valientemente.
 - Ayude al niño a hacer frente a una situación difícil dando

INTERVENCIONES PSICOSOCIALES (CONT.)

un pequeño paso por vez (por ejemplo, si el niño tiene miedo de separarse del cuidador, ayúdelo a aumentar gradualmente la cantidad de tiempo que juega solo mientras el cuidador está cerca).

- Reconozca los sentimientos y las preocupaciones del niño y alientelo a enfrentar sus temores.
- Ayude al niño o al adolescente a crear un plan para ayudarles a hacer frente a una situación temida en caso de que se presente.

» Explique que los trastornos emocionales son comunes y pueden sucederle a cualquiera. La aparición de trastornos emocionales no significa que la persona sea débil o perezosa.

» Los trastornos emocionales pueden causar pensamientos injustificados de desesperanza y falta de valor. Explique que estas visiones probablemente mejorarán una vez que mejoren los trastornos emocionales.

» Conciencie a la persona de que, en caso de tener pensamientos de autolesión o suicidio, debe decirselo a una persona de confianza y volver al consultorio para recibir ayuda de inmediato.

2.6 Apoyo a los cuidadores

» Evalúe las repercusiones psicosociales de los trastornos del niño o el adolescente sobre los cuidadores y bríndeles apoyo para cubrir sus necesidades personales, sociales y de salud mental.

» Promueva el apoyo y los recursos necesarios para su vida familiar, su empleo, sus actividades sociales y su salud.

» Haga arreglos para tener algún relevo en el cuidado (cuidadores de fiar que se puedan hacer cargo del cuidado por un corto plazo) a fin de darles un descanso a los cuidadores primarios, especialmente si el niño tiene un trastorno del desarrollo.

» Ayude a la familia a manejar y resolver los problemas sociales y familiares.

2.7 Póngase en contacto con los profesores y otro personal escolar

» Después de conseguir el consentimiento del niño o el adolescente y del cuidador, contacte al profesor del niño o el adolescente y preste asesoramiento para hacer un plan sobre cómo apoyarlos en el aprendizaje y en la participación en actividades escolares.

» Explique que el trastorno mental del niño o el adolescente está afectando su funcionamiento en el aprendizaje, la conducta y las relaciones sociales y que hay cosas que el profesor puede hacer para ayudarle.

» Pregunte acerca de cualquier situación estresante que pueda tener repercusiones adversas sobre el bienestar emocional y el aprendizaje del niño. Si el niño sufre acoso, aconseje al profesor sobre la acción apropiada para detener los actos intimidatorios.

» Investigue estrategias para ayudar a hacer que el niño participe en las actividades escolares y facilitar el

aprendizaje, la inclusión y la participación.

» Consejos prácticos:

— Brinde oportunidades al niño o adolescente para usar sus habilidades y fortalezas.

— Pida al estudiante que se siente al frente de la clase.

— Dé al estudiante tiempo adicional para comprender y completar las tareas.

— Divida las tareas largas en partes más pequeñas y asigne una por vez.

— Ofrezca más elogios por el esfuerzo y recompensas por los logros.

—  NO use amenazas o castigos físicos ni críticas excesivas.

— Cuando el estudiante presenta dificultades considerables en el aula, reclute a un voluntario para que le ofrezca atención individual o asigne al estudiante un compañero que pueda prestarle apoyo o ayuda en el aprendizaje.

— Si el niño o el adolescente ha estado fuera de la escuela, ayúdele a regresar cuanto antes creando un calendario de reintegración gradualmente creciente. Durante el periodo de reintegración, el estudiante debe ser eximido de pruebas y exámenes.

2.8 Tratamientos psicológicos breves

Esta guía no proporciona protocolos específicos para aplicar intervenciones psicológicas breves, como la formación en habilidades para padres, la terapia interpersonal y la terapia conductual. La OMS ha elaborado un módulo de formación en habilidades para padres orientado a los cuidadores de niños con trastornos del desarrollo, disponible a petición de los interesados que lo soliciten.



MCON 3 » Seguimiento

1 EVALÚE PARA DETERMINAR SI HAY MEJORÍA

¿Está mejorando la persona?

Revalúe y monitoree los síntomas, el comportamiento y el funcionamiento del niño o el adolescente en cada visita.



CLINICAL TIP

» Si en la evaluación se identificó la exposición a uno o más tipos de maltrato, evalúe la exposición actual y los riesgos para el niño o el adolescente.

SÍ

NO

- » Continúe con el plan de manejo y seguimiento hasta que los síntomas cesen o remitan.
- » Proporcione psicoeducación y asesoramiento adicionales sobre la crianza.
- » **Si recibe medicación**, considere ir reduciendo gradualmente las dosis en consulta con un especialista. 
- » **Si no recibe medicación**, disminuya la frecuencia de las sesiones de seguimiento cuando hayan cedido los síntomas y el niño o adolescente puede funcionar satisfactoriamente en la vida cotidiana.

Salte al PASO 2

Si en 6 meses no hay NINGUNA mejoría en los síntomas o el funcionamiento:

- » Realice intervenciones adicionales si las hay.
- » Aumente la frecuencia de las consultas de seguimiento según sea necesario.
- » **HAGA LA DERIVACIÓN A UN ESPECIALISTA**, si es factible, para una nueva evaluación y manejo. 

CONSEJO CLÍNICO

- » Cuando se trata de un adolescente, planee verlo por separado de su padre o cuidador durante parte de la sesión de seguimiento. Aclare la naturaleza confidencial de la discusión sobre la atención de salud, entre lo que se incluye en qué circunstancias se suministrará información a los padres o a otros adultos.



TRASTORNOS DEL DESARROLLO

Si no hay ninguna mejoría, se observa un mayor deterioro, se prevé un peligro para el niño o está afectada la salud física (por ejemplo, hay problemas nutricionales),

- » DERIVE AL ESPECIALISTA para una nueva evaluación y asesoramiento sobre el plan de manejo.

NO considere recetar un tratamiento farmacológico.

TDAH

Si no hay ninguna mejoría y el niño tiene por lo menos 6 años de edad y ha recibido tratamiento psicosocial por al menos 6 meses,

- » DERIVE o consulte al ESPECIALISTA sobre el uso de metilfenidato.

TRASTORNOS CONDUCTUALES

Si no hay ninguna mejoría o se prevé un peligro para el adolescente,

- » DERIVE AL ESPECIALISTA para una nueva evaluación y asesoramiento sobre el plan de manejo.
- NO** considere recetar un tratamiento farmacológico.

TRASTORNOS EMOCIONALES

Si no hay ninguna mejoría y el niño o adolescente ha recibido tratamiento psicosocial por al menos 6 meses,

- » DERIVE AL ESPECIALISTA.

NO inicie un tratamiento farmacológico.

DEPRESIÓN

Si no hay ninguna mejoría y el adolescente tiene 12 o más años de edad y ha recibido tratamiento psicosocial por al menos 6 meses,

- » DERIVE al adolescente o consulte al ESPECIALISTA sobre la administración de fluoxetina (pero no otros ISRS o ATC).

2

REALICE EVALUACIONES DE RUTINA

En cada visita:

- » Cuando son niños menores de 5 años, monitoree el desarrollo del niño.
- » Investigue para detectar la presencia de cualquier problema o síntoma nuevo relacionado con el estado de ánimo, el comportamiento o el desarrollo y el aprendizaje. En los adolescentes, investigue si hay un empeoramiento del estado de ánimo (irritable, se enoja fácilmente o se siente frustrado, deprimido o triste) o si existe ideación suicida. Regrese al Paso 4 de "Evaluación" para información sobre el empeoramiento del estado de ánimo. Vaya al módulo SUL para los pensamientos suicidas.
- » Explore y aborde los factores psicosociales estresantes en el

- hogar, la escuela o el entorno de trabajo, incluida la exposición a la violencia u otras formas de maltrato.
- » Evalúe las oportunidades para el niño o el adolescente de participar en la vida familiar y social.
 - » Evalúe las necesidades de los cuidadores y el apoyo de que dispone la familia.
 - » Vigile la asistencia a la escuela.
 - » Revise el plan de manejo y monitoree la observancia de las intervenciones psicosociales..
 - » Si recibe medicación, examine la observancia, los efectos secundarios y la dosificación del tratamiento farmacológico.

3

MONITOREE EL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO CUANDO PROCEDA

Seguimiento adicional si se ha prescrito fluoxetina al adolescente

- » Tome nota de los detalles de la prescripción y la administración.
- » **Semanalmente en el primer mes, luego cada mes:** vigile si se han informado efectos secundarios y cambios en el estado de ánimo y otros síntomas.
- » Consulte al especialista si detecta graves efectos secundarios de la medicación o sucesos adversos (por ejemplo, pensamientos suicidas nuevos o más graves, comportamientos suicida o de autolesión, agitación, irritabilidad, ansiedad o insomnio). 🚑
- » Recomiende al adolescente que continúe la medicación aunque se sienta mejor. La medicación debe continuar durante 9 a 12 meses después de que hayan remitido los síntomas para reducir el riesgo de padecer una recaída.
- » Advértale que no debe suspender repentinamente la medicación.
- » **Si los síntomas han remitido durante 9 a 12 meses:** Analice con el adolescente y los cuidadores los riesgos y los beneficios de disminuir la medicación. Reduzca el tratamiento gradualmente en un lapso mínimo de 4 semanas y vigile estrechamente para detectar la recurrencia de síntomas.

Seguimiento adicional si se ha prescrito metilfenidato al niño

- » Tome nota de los detalles de la prescripción y la administración.
- » Vigile la posibilidad de un uso indebido y de derivación del medicamento a otro uso.
- » **Cada tres meses:** monitoree y registre la talla, el peso, la presión arterial, y los efectos secundarios y cambios en el comportamiento comunicados.
- » Consulte al especialista si observa efectos secundarios de la medicación (por ejemplo, no tener los aumentos esperados del peso y la talla, la presión arterial más alta, agitación, ansiedad e insomnio grave). 🚑
- » **Después de un año de tratamiento:** Consulte al especialista con respecto a la continuación de la administración de metilfenidato.

DEMENCIA

La demencia es un síndrome crónico y progresivo debido a cambios en el cerebro. Si bien puede presentarse a cualquier edad, es más común en las personas mayores. La demencia es una causa importante de discapacidad y dependencia en las personas mayores en todo el mundo; tiene repercusiones físicas, psicológicas, sociales y económicas en los cuidadores, las familias y la sociedad en general.

Las alteraciones que causa la demencia generan cambios en la capacidad mental, la personalidad y el comportamiento de la persona. Las personas con demencia generalmente experimentan problemas con la memoria y las habilidades necesarias para llevar a cabo las actividades diarias. La demencia no es parte del envejecimiento normal. La enfermedad de Alzheimer es la causa más frecuente, pero la demencia puede ser producida por una variedad de enfermedades y lesiones del cerebro. En las personas con demencia, el padecimiento a menudo comienza con olvidos o un sentimiento de depresión. Otros síntomas comunes incluyen el deterioro del

control emocional, del comportamiento social o de la motivación.

Las personas con demencia tal vez no tengan ninguna conciencia de estos cambios y no busquen ayuda. Los miembros de la familia pueden notar los problemas de memoria, los cambios en la personalidad o el comportamiento, la confusión, la deambulación o la incontinencia. Sin embargo, algunas personas con demencia y sus cuidadores quizás nieguen o reduzcan al mínimo la gravedad de la pérdida de la memoria y los problemas asociados. La demencia produce una disminución del funcionamiento cognoscitivo e interfiere generalmente con las actividades cotidianas, como lavarse, vestirse, comer, realizar la higiene personal y utilizar el inodoro. Aunque no hay ninguna curación, con el reconocimiento temprano y el tratamiento de apoyo, las vidas de las personas con demencia y sus cuidadores pueden mejorar considerablemente y se puede optimizar la salud física, la cognición, la actividad y el bienestar de los pacientes.

DEM » Panorama breve



EVALUACIÓN

- » **Evalúe al paciente para detectar signos de demencia.**
- » **¿Hay otras explicaciones de los síntomas?**
 - Descarte el delirio
 - Descarte la depresión (pseudodemencia)
- » **Investigue si hay otros problemas médicos.**
- » **Investigue si hay síntomas conductuales o psicológicos.**
- » **Descarte otros trastornos MNS.**
- » **Evalúe las necesidades de los cuidadores.**



MANEJO

- » **Protocolos de manejo**
 1. Demencia, sin síntomas conductuales o psicológicos
 2. Demencia, con síntomas conductuales o psicológicos
- » **Intervenciones psicosociales**
- » **Intervenciones farmacológicas**



SEGUIMIENTO



DEM 1 » Evaluación



CONSEJO CLÍNICO:

Entreviste al informante clave (alguien que conozca bien a la persona) y pregunte acerca de cambios recientes en el pensamiento y el razonamiento, la memoria y la orientación. A menudo las personas mayores tienen lapsos ocasionales de la memoria, mientras que algunos problemas pueden ser importantes, aunque poco frecuentes.

Pregunte, por ejemplo, si la persona a menudo olvida dónde pone las cosas. ¿A veces olvida lo que sucedió el día anterior? ¿A veces olvida dónde está?

Pregunte al informante cuándo comenzaron estos problemas y si han empeorado con el transcurso del tiempo.

MANIFESTACIONES COMUNES DE LA DEMENCIA

- Disminución o problemas de la memoria (olvidos graves) y la orientación (se pierde la conciencia de la hora, el día de la semana, el mes, el año, el lugar y la persona)
- Problemas conductuales o del estado de ánimo, como apatía (parece no interesarse en nada) o irritabilidad
- Pérdida del control emocional: la persona se molesta fácilmente, está irritable o llorosa
- Dificultades para llevar a cabo actividades usuales del trabajo, domésticas o sociales



Evalúe a la persona para detectar signos de demencia

1

¿Tiene problemas de memoria o de orientación?

(por ejemplo, olvidarse lo que sucedió el día anterior o no saber dónde está)

CONSEJO CLÍNICO
Evalúe directamente a la persona mediante pruebas de la memoria, la orientación y las habilidades de lenguaje, y con una evaluación neurológica general, utilizando herramientas adaptadas a la cultura si las hay. Vea el módulo "Atención y prácticas esenciales de salud" » APE).

Es improbable que se trate de DEMENCIA. » Investigue para detectar otros trastornos MNS.



NO

SÍ

¿Tiene la persona dificultades para desempeñar roles o actividades claves?

(por ejemplo, con actividades diarias como ir de compras, pagar facturas, cocinar, etc.)

Es improbable que se trate de DEMENCIA. » Investigue para detectar otros trastornos MNS.



NO

SÍ

2 ¿Hay otras explicaciones para los síntomas?



¿Han estado presentes los síntomas y han progresado lentamente durante al menos 6 meses?



CONSEJO CLÍNICO
Delirio: estado mental fluctuante y transitorio caracterizado por la alteración de la atención, que persiste durante un breve período y tiende a fluctuar durante el transcurso de un día. Puede ser el resultado de causas orgánicas agudas como las infecciones, de efectos de medicamentos, de anomalías metabólicas, y de intoxicación con sustancias o abstinencia del consumo de sustancias.



¿Tiene la persona **DEPRESIÓN moderada** o grave? Vaya al módulo » **DEP.**



CONSEJO CLÍNICO
 La deficiencia cognoscitiva puede ser el resultado de la depresión: "Pseudodemencia".

» **Trate la depresión. Vaya al módulo » DEP.**
 » Una vez tratada la depresión, examine los criterios para diagnosticar demencia. Vaya al PASO 1

Sospeche que sea **DEMENCIA**

» Pregunte sobre **ALGUNAS** de las siguientes características:
 — Aparición abrupta
 — Duración breve (días a semanas)
 — El trastorno se presenta durante la noche y se asocia con la alteración de la conciencia
 — Desorientación con respecto a la hora, el día, el mes, el año y el lugar.

Sospeche que pueda ser **DELIRIO**

» **Evalúe a la persona para detectar posibles causas médicas** (tóxicas/metabólicas/infecciosas).
 — Solicite análisis de orina para evaluar si hay una infección.
 — Examine los medicamentos, en particular los que producen efectos secundarios anticolinérgicos importantes (como los antidepressivos, muchos antihistamínicos y los antipsicóticos).
 — Investigue si hay dolor.
 — Evalúe el estado nutricional, considere la posibilidad de una carencia de vitaminas o una anomalía electrofítica.



3 Evalúe al paciente para detectar otros problemas médicos

¿Presenta la persona **ALGUNA** de las siguientes características?

- » Menos de 60 años de edad antes de la aparición de los síntomas
- » Aparición de síntomas asociados con un traumatismo craneoencefálico, un accidente cerebrovascular o alteración o pérdida de la conciencia
- » Antecedentes clínicos de bocio, pulso lento, piel seca (hipotiroidismo)
- » Antecedentes de infecciones de transmisión sexual (ITS), incluida la infección por el VIH/SIDA



Características extrañas.
» **DERIVE** al paciente al especialista.

¿Tiene la persona una ingesta alimentaria deficiente, desnutrición o anemia?

NO

SÍ

» Es necesaria la fortificación de los alimentos y el seguimiento del peso.

¿Tiene la persona factores de riesgo de enfermedades cardiovasculares?

- Hipertensión
- Colesterol alto
- Diabetes
- Consumo de tabaco
- Obesidad

- Cardiopatía (dolor de pecho o infarto del miocardio)
- Antecedentes de accidente cerebrovascular o ataque isquémico transitorio

NO

SÍ

» **DERIVE** al paciente al **ESPECIALISTA** apropiado.

» **Reduce los factores de riesgo de enfermedades cardiovasculares:**

- Recomiende a la persona que deje de fumar.
- Trate la hipertensión.
- Aconseje un régimen alimentario para la reducción peso en casos de obesidad.
- Trate la diabetes.

4



Evalúe las necesidades de los cuidadores.

¿Tiene el cuidador dificultad para hacer frente a los problemas o muestra estar bajo presión?

CONSEJO CLÍNICO

Determine:

- ¿Quiénes son los principales cuidadores?
- ¿Quién más presta atención y qué cuidados brindan?
- ¿Qué resulta difícil de manejar?



» Investigue intervenciones psicosociales relacionadas con el cuidado de relevo, la activación de la red de apoyo de la comunidad y la terapia familiar o individual, si están disponibles.

¿Está el cuidador experimentando un estado de ánimo deprimido?



» Para la evaluación de la depresión en la atención, **vaya al módulo »DEP.**

» Trate de abordar la presión con apoyo y psicoeducación. Orientación para la resolución de problemas o terapia cognitivo conductual.

¿El cuidador afronta una pérdida de ingresos o gastos adicionales debido a las necesidades de la atención?



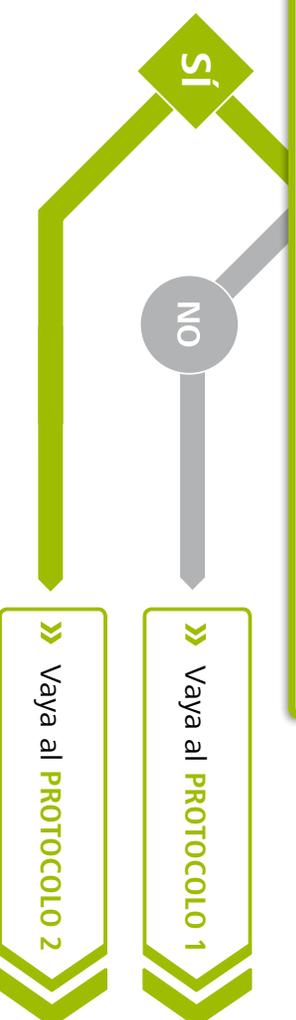
» Explore las opciones de apoyo económico locales, como los servicios para casos de discapacidad.



5

¿Tiene la persona ALGUNO de los siguientes síntomas **CONDUCTUALES** o **PSICOLÓGICOS** de la demencia?

- Síntomas conductuales, por ejemplo:**
- » deambulación
 - » alteración en horas de la noche
 - » agitación
 - » agresión
- Síntomas psicológicos, por ejemplo:**
- » alucinaciones
 - » delirios
 - » ansiedad
 - » explosiones emocionales incontrolables



! SI HAY RIESGO INMINENTE DE SUICIDIO, EVALÚE Y TRATE al paciente antes de proseguir al protocolo. Vaya al módulo »SUI.

SI LA PERSONA TIENE OTRAS AFECIONES de MINS CONCURRENTES, EVALÚELO Y TRÁTELO antes de proseguir al protocolo.



DEM 2 » Manejo

PROTOCOLO

1

DEMENCIA: sin síntomas conductuales o psicológicos

- » Proporcione **psicoeducación** a la persona y a los cuidadores. **(2.1)**
- » Aliente a los cuidadores a que lleven a cabo intervenciones para mejorar el funcionamiento cognitivo. **(2.4)**
- » **Promueva la independencia**, el funcionamiento y la movilidad. **(2.3)**
- » **Proporcione apoyo a los cuidadores.** **(2.5)**
- » Considere recetar medicamentos solo en los entornos donde se pueda hacer un diagnóstico específico de la enfermedad de Alzheimer y donde se cuente con apoyo y supervisión adecuados, proporcionados por especialistas, y cuando los cuidadores puedan efectuar el seguimiento (para detectar efectos secundarios). **(2.6)**

PROTOCOLO

2

DEMENCIA: con síntomas conductuales o psicológicos

Aplique el PROTOCOLO 1



- » Trate los síntomas conductuales y psicológicos: **(2.2)**

Si hay riesgo inminente para la persona o el cuidador:

- » Considere recetar medicamentos antipsicóticos si los síntomas persisten o si hay riesgo inminente de daño. **(2.7)**
- » **DERIVE** al paciente al especialista cuando sea posible

INTERVENCIONES PSICOSOCIALES

2.1 Psicoeducación

- » Pregunte a las personas evaluadas para detectar demencia si desean conocer el diagnóstico y con quién se lo debe compartir.
 - Adapte la explicación de la enfermedad para que puedan comprender y retener la información.
 - Suministre información básica. (No los abruma con demasiados datos)
- » Mensajes clave:
 - La demencia es una enfermedad del cerebro y tiende a empeorar con el transcurso del tiempo.
 - Aunque no existe ninguna curación, se puede hacer mucho para ayudar y apoyar a la persona y su familia.
 - Muchas inquietudes y comportamientos específicos se pueden manejar a medida que se presenten. Se puede hacer mucho para que la persona se sienta más cómoda y para que el prestar apoyo sea menos estresante para el cuidador.

2.2 Trate los síntomas conductuales y psicológicos

- » Identifique y trate los problemas de salud física subyacentes que pueden afectar al comportamiento. Investigue si hay dolor, infecciones, etc. durante el examen físico (vaya al módulo **APE**). Derive al paciente al especialista de ser necesario. 
- » Identifique los acontecimientos (por ejemplo, ir de compras a un mercado donde hay mucha gente) o los factores (por ejemplo, salir solo) que pueden preceder, desencadenar o intensificar los comportamientos problemáticos. Modifique estos factores desencadenantes si es posible.

2.3 Promueva el funcionamiento adecuado en las actividades de la vida diaria y de la comunidad

- » Considere adaptaciones ambientales como asientos apropiados, áreas seguras para deambular, avisos (por ejemplo, "No hay salida" en la puerta de calle o un letrero señalizador para ubicar el baño).
- » Promueva estrategias tranquilizantes, calmantes o que distraigan. Sugiera una actividad que la persona disfrute (por ejemplo, ir de paseo, escuchar música, conversar), especialmente cuando se siente agitada.
- » Para ver intervenciones que promueven el funcionamiento adecuado en las actividades de la vida diaria y de la vida de la comunidad, vaya al módulo **APE**.
- » Planee las actividades de tal modo que potencien al máximo la actividad independiente, mejoren las funciones, ayuden a adaptar y desarrollar habilidades y reduzcan al mínimo la necesidad de apoyo. Facilite el funcionamiento y la participación en la comunidad incluyendo a las personas y sus cuidadores en la planificación y ejecución de estas intervenciones. Preste ayuda en colaboración con las instancias sociales disponibles.
 - Proporcione asesoramiento para mantener las habilidades para el aseo personal independiente, incluidas las indicaciones acerca de la ingestión de líquidos. (Si hay incontinencia, se deben investigar todas las causas posibles y probar tratamientos antes de concluir que el trastorno es permanente).
 - Mantenga seguro el entorno doméstico para reducir el riesgo de caídas y traumatismos.
 - Informe a los familiares que es importante mantener despejado el piso de la vivienda de la persona para reducir el riesgo de caídas.

2.4 Intervenciones para mejorar el funcionamiento cognitivo

- » **Aliente a los cuidadores a:**
 - » Suministrar con regularidad información de orientación (por ejemplo, el día, la fecha, la hora, nombres de personas) para que la persona pueda mantenerse orientada.
 - » Use materiales tales como periódicos, la radio o programas de televisión, álbumes familiares y elementos domésticos para promover la comunicación, con el fin de orientar a la persona acerca de los acontecimientos actuales, estimular los recuerdos y permitirle compartir y valorar sus experiencias.
 - » Use oraciones sencillas y breves para que la comunicación verbal sea clara. Trate de reducir al mínimo ruidos que la entorpezcan, como la radio, la televisión u otra conversación. Escuche atentamente lo que tiene que decir la persona.
- » Mantenga sencillas las cosas, evite cambios en la rutina y, en la medida de lo posible, evite exponer a la persona a lugares con los que no está familiarizado y que le causan confusión.

PSICOSOCIALES (CONT.)

INTERVENCIONES FARMACOLÓGICAS

2.5 Apoyo a los cuidadores

- » Evalúe las repercusiones sobre el cuidador y sus necesidades a fin de garantizar el apoyo y los recursos necesarios para su vida familiar, su empleo, sus actividades sociales y su salud (vea el módulo **DEM 1**).
- » Reconozca que puede ser extremadamente frustrante y estresante atender a personas con demencia. **Se debe motivar a los cuidadores a respetar la dignidad de la persona con demencia y evitar mostrar hostilidad hacia ella o descuidarla.**
- » Aliente a los cuidadores a que busquen ayuda si tienen alguna dificultad o presión al cuidar a su ser querido.
- » Suministre información al cuidador con respecto a la demencia, teniendo presente los deseos de la persona con demencia.
- » Imparta capacitación y apoyo en habilidades específicas, por ejemplo, manejar un comportamiento difícil, de ser necesario. Para ser más eficaz, promueva la participación activa, por ejemplo, mediante el juego de roles.
- » Considere la posibilidad de prestar apoyo práctico cuando sea factible, por ejemplo, el servicio de cuidado de relevo en el hogar. Otro miembro de la familia o una persona apropiada pueden supervisar y atender a la persona con demencia a fin de proporcionar al cuidador principal un período de descanso o para que pueda llevar a cabo otras actividades.
- » Investigue si la persona califica para alguna prestación por discapacidad u otro tipo de apoyo social (gubernamental o no gubernamental).

2.6 Para casos de demencia

sin síntomas conductuales o psicológicos

- »  No considere administrar sistemáticamente inhibidores de la colinesterasa (como donepezilo, galantamina y rivastigmina) o memantina para todos los casos de demencia.

2.7 Medicación antipsicótica para síntomas conductuales o psicológicos

- » Realice primero intervenciones psicosociales. 
 - » Si hay riesgo inminente para la persona o sus cuidadores, considere recetar medicamentos antipsicóticos. Vaya a la sección **"Manejo"** del módulo **PSI 2** para ver los detalles acerca de la medicación antipsicótica.
 - » Siga estos principios:
 - "Comience con dosis bajas, aumentelas lentamente" (ajuste las dosis) y evalúe la necesidad periódicamente (por lo menos una vez al mes).
 - Use la dosis eficaz más baja.
 - Supervise a la persona para detectar síntomas extrapiramidales.
 - »  Evite recetar haloperidol por vía intravenosa.
 - »  Evite administrar diazepam.
- Si fuera apropiado:**
- » Para los casos de demencia con presunta enfermedad de Alzheimer y con un SEGUIMIENTO RIGUROSO, considere recetar inhibidores de la colinesterasa (por ejemplo, donepezilo, galantamina, rivastigmina) o memantina.
 - » Para la demencia con una vasculopatía asociada, considere administrar memantina.



DEM 3 » Seguimiento

1
EVALÚE PARA DETERMINAR
SI HAY MEJORIA

¿La persona está estable (no hay ningún síntoma de empeoramiento o de disminución de las funciones; los síntomas conductuales o psicológicos están mejorando, si hubiera)?



**RECOMENDACIONES
SOBRE LA FRECUENCIA
DE CONTACTO**

- » Sesiones de seguimiento como mínimo cada 3 meses.
- » Si el paciente toma medicamentos, se recomienda el seguimiento mensual.

SÍ

NO

- » Continúe el plan de manejo.
- » Sesiones de seguimiento como mínimo cada 3 meses.

» Si no toma medicamentos

Inicie la intervención farmacológica, si procede.

» Si toma medicamentos

Examine la observancia del tratamiento, los efectos secundarios y la dosificación. Ajuste la medicación o considere medicamentos alternativos según proceda.

- » Examine las intervenciones psicosociales.
- » Evalúe los problemas médicos.
- » REFIERA A ESPECIALISTA SI ES NECESARIO.

2

REALICE EVALUACIONES DE RUTINA

En cada visita, evalúe y aborde sistemáticamente lo siguiente:

- » **Efectos secundarios de la medicación**
Si el paciente recibe antipsicóticos, verifique si hay síntomas extrapiramidales (vaya al módulo **PSI**). Suspenda o reduzca las dosis si están presentes esos síntomas.
- » **Comorbilidades médicas y de trastornos MNMS**
- » **Capacidad de participar en actividades cotidianas y alguna necesidad de atención**
- » **Riesgos de seguridad.** Recomiende la modificación apropiada del comportamiento si la enfermedad ha progresado (por ejemplo, limitar la conducción de vehículos, cocinar, etc.).
- » **Síntomas psicológicos o conductuales nuevos**
- » **Síntomas de depresión** (vaya al módulo **DEP**) o **riesgo inminente de autolesión/suicidio** (vaya al módulo **SUI**)
- » **Necesidades de los cuidadores**

3

REALIZAR INTERVENCIONES PSICOSOCIALES

- » **Continúe promoviendo el funcionamiento y proporcione educación psicosocial.** 

Vea los detalles en las secciones **2.1** a **2.5** del módulo **DEM** y el módulo **APE**.

TRASTORNOS POR EL CONSUMO DE SUSTANCIAS

Los trastornos por el consumo de sustancias incluyen tanto trastornos debidos al consumo de alcohol y otras drogas como ciertos padecimientos, como la intoxicación aguda, la sobredosis y los síntomas de abstinencia.

La **INTOXICACIÓN AGUDA** es un trastorno transitorio posterior a la ingesta de una sustancia psicoactiva, que causa alteraciones de la conciencia, la cognición, la percepción, la afectividad o la conducta.

La **SOBREDOSIS** es el consumo de cualquier medicamento en tal cantidad que se producen agudos efectos físicos o mentales adversos.

La **ABSTINENCIA** es la experiencia de un conjunto de síntomas desagradables después de la cesación o la reducción abrupta del uso de una sustancia psicoactiva, la cual se ha consumido en dosis suficientemente elevadas y por un tiempo suficientemente prolongado para que la persona se vuelva física o mentalmente dependiente

de su consumo. Los síntomas de abstinencia son, esencialmente, opuestos a los producidos por la propia sustancia.

El **CONSUMO PERJUDICIAL** es un patrón de consumo de sustancias psicoactivas que daña la salud. El daño puede ser físico, por ejemplo, una hepatopatía, o mental, como los episodios de trastorno depresivo. Está a menudo asociado con consecuencias sociales, por ejemplo, problemas familiares o laborales.

La **DEPENDENCIA** es un conjunto de fenómenos fisiológicos, conductuales y cognitivos en los cuales el uso de una sustancia psicoactiva asume una prioridad mucho mayor para una determinada persona en comparación con otros comportamientos que alguna vez tuvieron más valor para ella. Se caracteriza por un ansia irreprimitible de consumir la sustancia y una pérdida del control de su consumo. Está a menudo asociada con niveles más altos de uso de sustancias y la presencia de un estado de abstinencia con la cesación del consumo.

SUS » Panorama breve



EVALUACIÓN

» EVALUACIÓN PARA CASOS DE URGENCIA: ¿Se sospecha que es una intoxicación o abstinencia?

- ¿Parece la persona sedada?
- ¿Parece la persona sobrestimulada, ansiosa o agitada?
- ¿Parece la persona confundida?

» ¿La persona consume sustancias psicoactivas?

» ¿Resulta nocivo el consumo?

» ¿La persona sufre dependencia de la sustancia?



MANEJO

» Protocolos de manejo

1. Consumo perjudicial
2. Dependencia
3. Abstinencia de alcohol
4. Abstinencia de opioides
5. Tratamiento de mantenimiento con agonistas opioides
6. Abstinencia de benzodiazepinas

» Intervenciones psicosociales

» Intervenciones farmacológicas



SEGUIMIENTO

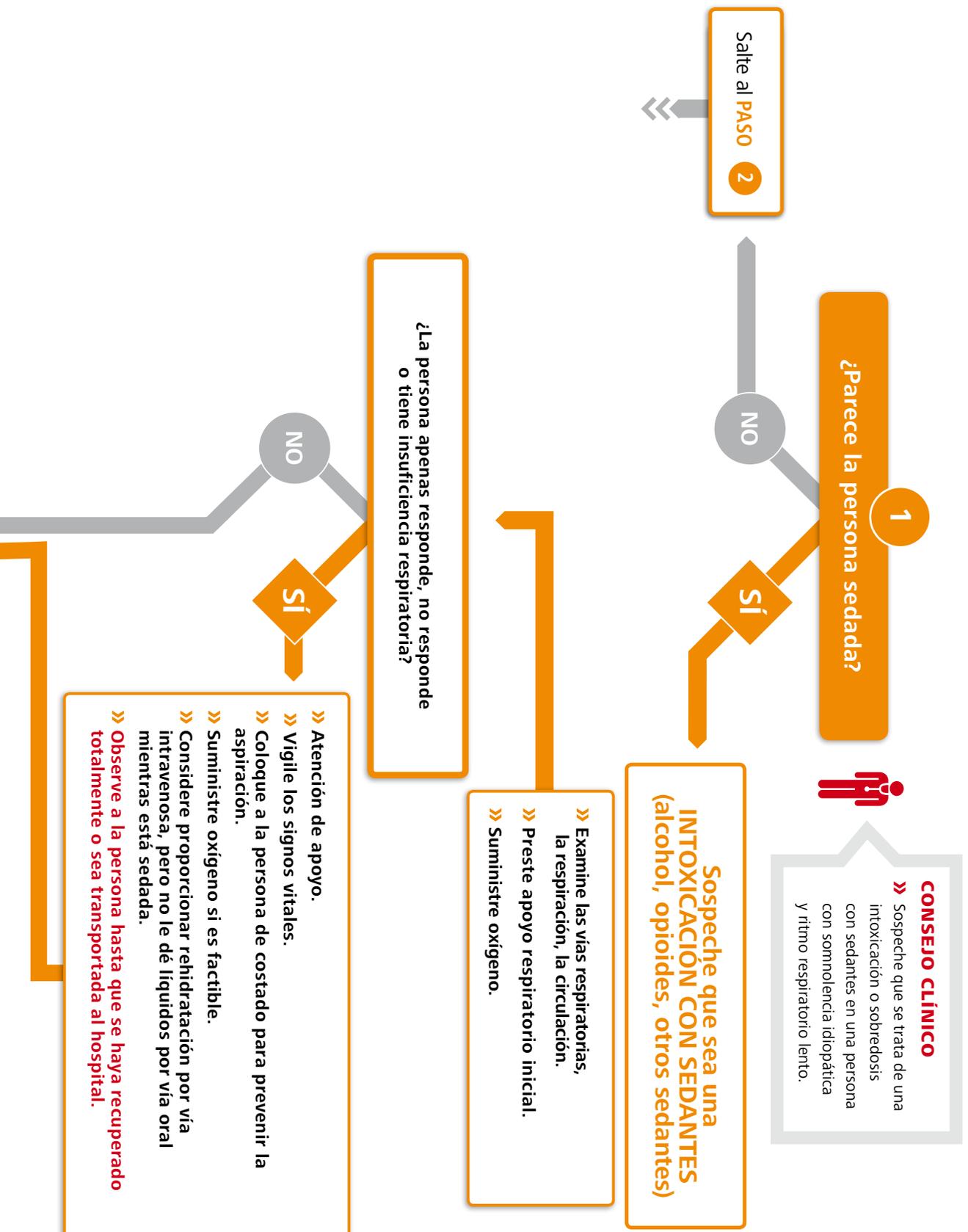


SUS » CASOS DE URGENCIA

Si no está presente ninguna manifestación de urgencia, vaya a la sección "Evaluación" del módulo » SUS 1

MANIFESTACIONES DE LOS CASOS DE URGENCIA POR TRASTORNOS DEBIDOS AL CONSUMO DE SUSTANCIAS

- **Intoxicación con alcohol:** olor a alcohol en el aliento, dificultad para articular palabras, comportamiento desinhibido; alteración del estado de conciencia, de la cognición, la percepción, la afectividad o el comportamiento
- **Sobredosis de opiáceos:** la persona no responde o la respuesta es mínima, tiene una frecuencia respiratoria lenta, pupilas diminutas
- **Abstinencia de alcohol u otro sedante:** temblor en las manos, sudor, vómitos, aumento del pulso y la presión arterial, agitación, cefalea, náuseas, ansiedad; crisis convulsivas y confusión en los casos graves
- **Intoxicación con estimulantes:** pupilas dilatadas, excitación, pensamientos desenfrenados, pensamiento desordenado, comportamiento extraño, consumo reciente de sustancias psicoactivas; pulso y presión arterial elevados, comportamiento agresivo, errático o violento
- **Delirio asociado con el uso de sustancias:** confusión, alucinaciones, pensamientos desenfrenados, ansiedad, agitación, desorientación, normalmente asociado a la intoxicación con estimulantes o a la abstinencia de alcohol (u otro sedante)



» Examine las pupilas.

Pupilas normales

Pupilas diminutas

Sospeche que pueda ser una **SOBREDOISIS DE OPIÁCEOS**

» Es menos probable que se trate de una **sobredosis de opiáceos**

– Considere la posibilidad de una sobredosis de alcohol u otros sedantes, o de otras causas médicas (por ejemplo, traumatismo craneoencefálico, infección o hipoglucemia).

» Administre 0,4-2 mg de naloxona por vía intravenosa, intramuscular, intranasal o subcutánea. 

» Continúe con el apoyo respiratorio.

¿Respondió la persona a la naloxona en 2 minutos?

» ADMINISTRE UNA SEGUNDA DOSIS DE NALOXONA

 Observe a la persona hasta que se haya recuperado por completo o sea transportada al hospital.

NO

SÍ

» Observe a la persona durante 1 ó 2 horas y repita la dosis de naloxona según sea necesario.

 Continúe la reanimación y observe a la persona hasta que se haya recuperado plenamente o sea transportada al hospital. 

2
¿Parece la persona sobrestimulada, ansiosa o agitada?

SÍ

NO

Salte al PASO 3

EVALÚE Y TRATE A – D

A

La persona recientemente ha dejado de beber o de usar sedantes y ahora muestra alguno de los siguientes signos: temblores, sudor, vómitos, aumento de la presión arterial y la frecuencia cardíaca, y agitación.

Sospeche que pueda ser ABSTINENCIA DE ALCOHOL, DE BENZODIAZEPINAS O DE OTROS SEDANTES

» TRATE LA ABSTINENCIA

- Si la persona tiene temblores, sudor o alteraciones de los signos vitales, administre 10-20 mg de diazepam por vía oral y transfiera a la persona al hospital o al establecimiento para desintoxicación, si es posible.
- Observe y repita las dosis según sea necesario de acuerdo con los signos continuos de abstinencia (temblores, sudor, presión arterial y frecuencia cardíaca elevadas).
- Solo cuando existe abstinencia de alcohol: administre 100 mg/diarios de tiamina durante cinco días.

!

TRANSFIERA DE INMEDIATO A UN HOSPITAL si están presentes los siguientes trastornos:

- Otros problemas médicos graves, por ejemplo, encefalopatía hepática, hemorragia gastrointestinal o traumatismo craneoencefálico.
- Crisis convulsivas: administre primero 10-20 mg de diazepam por vía oral, intravenosa o rectal.
- Delirio: administre primero 10-20 mg de diazepam por vía oral, intravenosa o rectal. Si es grave y el paciente no responde al diazepam, administre un medicamento antipsicótico como el haloperidol, 1-2,5 mg por vía oral o intramuscular. Continúe tratando otros signos de abstinencia (temblores, sudor, alteración de los signos vitales) con diazepam por vía oral, intravenosa o rectal.



B La persona ha usado recientemente estimulantes (cocaína, estimulantes tipo anfetaminas) y muestra algunos de los siguientes signos: pupilas dilatadas, ansiedad, agitación, hiperexcitación, pensamientos desenfrenados, aumento del pulso y de la presión arterial.

Sospeche una INTOXICACION AGUDA CON ESTIMULANTES

- » Administre 5-10 mg de diazepam por vía oral, intravenosa o rectal en dosis tituladas hasta que la persona esté tranquila y levemente sedada.
- » Si los síntomas psicóticos no responden al diazepam, considere administrar un medicamento antipsicótico, como el haloperidol, 1-2,5 mg por vía oral o intramuscular. Trate al paciente hasta que desaparezcan los síntomas. Si persisten los síntomas, vaya al módulo »PSI.
- » Para el manejo de personas con comportamiento agresivo o agitado, vaya al Cuadro 5 del módulo »PSI
- » Si la persona tiene dolor de pecho, taquiarritmias u otros signos neurológicos, LLEVELA AL HOSPITAL. +
- » Durante la fase de posintoxicación, esté alerta para detectar pensamientos o actos suicidas. Si hay ideación suicida, vaya al módulo »SUI.

C La persona ha dejado recientemente de usar opioides Sospeche que pueda ser y muestre algunos de los siguientes signos: pupilas dilatadas, dolores musculares, cólicos, cefalea, náuseas, vómitos, diarrea, lagrimeo y secreción nasal, ansiedad, agitación.

Sospeche que pueda ser ABSTINENCIA AGUDA DE OPIOIDES

- » TRATE LA ABSTINENCIA DE OPIOIDES
 - 20 mg de metadona, con una dosis complementaria de 5-10 mg 4 horas después, de ser necesario.
 - 4-8 mg de buprenorfina, con una dosis complementaria 12 horas después, de ser necesario.
 - Si no se cuenta con metadona o buprenorfina, se puede usar cualquier opiáceo en el estado agudo, por ejemplo, 10-20 mg de sulfato de morfina como una dosis inicial, con una dosis adicional de 10 mg, de ser necesario. También considere usar agonistas alfa-adrenérgicos, como la clonidina o la lofexidina.
- » Una vez que la persona está estable, vaya al módulo »SUS 2

D DESCARTE OTRAS CAUSAS MÉDICAS Y TRASTORNOS MNS PRIORITARIOS.

3
¿Parece la persona estar confundida?

SÍ

NO

Pase al módulo SUS 1 "Evaluación"

¿Existen condiciones médicas que podrían explicar la confusión? Por ejemplo:

- traumatismo craneoencefálico
- hipoglucemia
- neumonía u otras infecciones
- encefalopatía hepática
- accidentes cerebrovasculares (ACV)

NO

SÍ

!

» Trate la enfermedad física y DERIVE a la persona al hospital. +

EVALÚE Y TRATE AL PACIENTE

A

—

C

A

La persona ha dejado de beber en la última semana: confusión, alucinaciones, pensamientos desenfrenados, ansiedad, agitación, desorientación, normalmente asociados con intoxicación con estimulantes o abstinencia del consumo de alcohol (u otro sedante).

Sospeche que se trata de DELIRIO POR ABSTINENCIA DE ALCOHOL O BENZODIAZEPINAS

» Si la persona muestra otros signos de abstinencia de alcohol (temblores, sudores, alteración de los signos vitales):
— Trate al paciente con diazepam, 10-20 mg por vía oral.
— **TRANSFIERA A LA PERSONA AL HOSPITAL +**
» Trate el delirio con antipsicóticos como el haloperidol, 1-2,5 mg por vía oral o Intramuscular.

B La persona ha estado bebiendo excesivamente en los últimos días y tiene alguno de los siguientes signos:

- nistagmo (movimiento involuntario, rápido y repetitivo de los ojos);
- oftalmoplejía (debilidad o parálisis de uno o más de los músculos que controlan los movimientos oculares);
- o
- ataxia (movimientos no coordinados).

Sospeche que sufra ENCEFALOPATÍA DE WERNICKE

» Trate con tiamina, 100-500 mg 2 o 3 veces al día por vía intravenosa o intramuscular durante 3 a 5 días.

» **DERIVE LA PERSONA AL HOSPITAL.** 

C La persona ha usado estimulantes en los últimos días: pupilas dilatadas, excitación, pensamientos desenfrenados, pensamiento desordenado, comportamiento extraño, uso reciente de sustancias psicoactivas, aumento del pulso y la presión arterial, comportamiento agresivo, errático o violento.

Sospeche que se trata de una INTOXICACIÓN CON ESTIMULANTES

» Trate con diazepam, 5-10 mg por vía oral, intravenosa o rectal, hasta que el paciente esté levemente sedado.

» Si los síntomas psicóticos no responden al diazepam, considere administrar un antipsicótico, como el haloperidol, 1-2,5 mg por vía oral o intramuscular.

» Si los síntomas psicóticos persisten, vaya al módulo PSI.

CONSEJO CLÍNICO

» Después del tratamiento de la manifestación de urgencia, VAYA a las secciones "Evaluación" de los módulos SUS 1 y a los protocolos de manejo 1 a 6 de SUS 2, según proceda.





SUS 1 » Evaluación

MANIFESTACIONES COMUNES DE LOS TRASTORNOS POR EL USO DE SUSTANCIAS

- La persona parece afectada por el alcohol u otra sustancia (olor a alcohol, dificultad para articular palabras, comportamiento errático, sedación)
- Signos de uso reciente de drogas (marcas recientes de inyecciones, infección cutánea)
- Signos y síntomas de efectos conductuales agudos, manifestaciones de abstinencia o efectos del uso prolongado (vea el Cuadro 1)
- Deterioro del funcionamiento social (por ejemplo, dificultades en el trabajo o el hogar, apariencia descuidada)
- Signos de hepatopatía crónica (enzimas hepáticas anormales), piel y ojos ictericos (amarillos), bordes hepáticos palpables y dolorosos (en la hepatopatía temprana), ascitis (el abdomen está distendido y lleno de líquido), nevus arácnos (vasos sanguíneos similares a arañas visibles en la superficie de la piel) y estado mental alterado (encefalopatía hepática)
- Problemas con el equilibrio, al caminar y coordinar los movimientos y nistagmo
- Resultados incidentales: anemia macrocítica, recuento plaquetario bajo, volumen corpuscular medio elevado
- Manifestación de urgencia debida a sobredosis o abstinencia de sustancias, o a intoxicación con sustancias. La persona puede parecer sedada, sobreestimulada, agitada, ansiosa o confundida
- Las personas con trastornos debidos al uso de sustancias tal vez no informen acerca de los problemas por el uso de sustancias. Investigue si hay:
 - Pedidos recurrentes de medicamentos psicoactivos, incluidos analgésicos
 - Traumatismos
 - Infecciones asociadas con el consumo de drogas por vía intravenosa (infección por el VIH/SIDA, hepatitis C) Hepatitis C)



CONSEJO CLÍNICO

» ¡Evite los estereotipos! A todas las personas que se presentan a los establecimientos de atención de salud se les debe preguntar si consumen tabaco y alcohol.

CUADRO 1. SUSTANCIAS PSICOACTIVAS: EFECTOS CONDUCTUALES AGUDOS, CARACTERÍSTICAS DE LA ABSTINENCIA Y EFECTOS DEL USO PROLONGADO

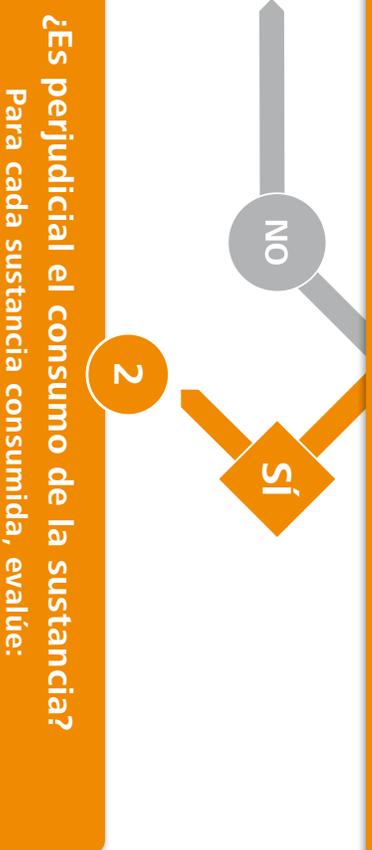
EFECTOS CONDUCTUALES AGUDOS	CARACTERÍSTICAS DE LA ABSTINENCIA	EFECTOS DEL USO PROLONGADO
Alcohol Olor a alcohol en el aliento, dificultad para articular las palabras, comportamiento desinhibido, agitación, vómitos, paso inseguro.	Temblores, espasmos, náuseas y vómitos, aumento de la frecuencia cardíaca y la presión arterial, crisis convulsivas, agitación, confusión, alucinaciones. Potencialmente mortales.	Pérdida de volumen cerebral, reducción de la capacidad cognoscitiva, deterioro del juicio, pérdida de equilibrio, fibrosis hepática, gastritis, anemia, mayor riesgo de algunos tipos de cáncer y una serie de otros problemas médicos.
Benzodiazepinas Dificultad para articular las palabras, comportamiento desinhibido, paso inseguro.	Ansiedad, insomnio, temblores, espasmos, náuseas y vómitos, aumento de la frecuencia cardíaca y la presión arterial, crisis convulsivas, agitación, confusión, alucinaciones. Potencialmente mortales.	Deterioro de la memoria, mayor riesgo de caídas en los ancianos, riesgo de una sobredosis mortal de sedantes.
Opioides Pupilas diminutas, somnolencia y se queda dormido, disminución del estado de conciencia, lentitud al hablar.	Pupilas dilatadas, ansiedad, náuseas y vómitos, diarrea, cólicos abdominales, molestias y dolores musculares, cefaleas, ojos lacrimosos y secreción nasal, hostezos, piloercción ("piel de gallina"), aumento de la frecuencia cardíaca y la presión arterial.	Estreñimiento, riesgo de sobredosis mortal de sedantes, hipogonadismo, adaptaciones en la respuesta a las recompensas, el aprendizaje y el estrés.
Tabaco Excitación, aumento de la atención, la concentración y memoria, disminución de la ansiedad y el apetito, efectos similares a los de los estimulantes.	Irritabilidad, hostilidad, ansiedad, disforia, estado de ánimo deprimido, frecuencia cardíaca elevada, aumento del apetito.	Enfermedad pulmonar (en los fumadores de tabaco), enfermedades cardiovasculares, riesgo de padecer cáncer y otros efectos sobre la salud.
Cocaína, metanfetaminas y estimulantes tipo anfetaminas Pupilas dilatadas, aumento de la presión arterial y la frecuencia cardíaca, excitación, euforia, hiperactividad, habla rápida, pensamientos desenfrenados, pensamiento desordenado, paranoia, se muestra agresivo, errático, violento.	Fatiga, aumento del apetito, estado de ánimo deprimido, irritabilidad. Vigile la presencia de pensamientos suicidas.	Hipertensión, mayor riesgo de accidentes cerebrovasculares (ACV), arritmias, cardiopatías, ansiedad, depresión.
Khat Estado de alerta, euforia y excitación leve.	Letargia, estado de ánimo deprimido, irritabilidad.	Los usuarios de Khat a menudo dedican una parte considerable del día a mascar hojas del arbusto Catha edulis; estreñimiento, riesgo de padecer trastornos de salud mental como psicosis.
Cannabis Pupilas normales, conjuntiva roja, retraso en la capacidad de respuesta, euforia, relajación.	Estado de ánimo deprimido o lábil, ansiedad, irritabilidad, perturbación del sueño (puede no haber ninguna característica claramente observable).	Mayor riesgo de padecer problemas de salud mental, como ansiedad, paranoia y psicosis, falta de motivación, dificultad para concentrarse; mayor riesgo de padecer vasospasmos que conducen al infarto de miocardio y al accidente cerebrovascular.
Tramadol Efectos opioides (sedación, euforia, etc.) seguidos de efectos estimulantes (excitación y, en dosis elevadas, crisis convulsivas).	Efectos de la abstinencia predominantemente de opioides, pero también síntomas de abstinencia de algunos inhibidores de la recaptación de norepinefrina y serotonina (estado de ánimo deprimido, letargia).	Dependencia de opioides, riesgo de crisis convulsivas, alteraciones del sueño.
Disolventes volátiles Mareos, desorientación, euforia, desvanecimiento, alucinaciones, delirios, falta de coordinación, trastornos visuales, ansiolisis, sedación.	Mayor sensibilidad a crisis convulsivas.	Disminución de la función cognitiva y demencia, neuropatía periférica, otras secuelas neurológicas, mayor riesgo de arritmias que causan muerte súbita.
Alucinógenos Aumento de la frecuencia cardíaca, la presión arterial y la temperatura corporal, reducción del apetito, náuseas y vómitos, falta de coordinación motora, dilatación pupilar, alucinaciones.	No hay datos	Episodios psicóticos agudos o crónicos, escenas retrospectivas o re-experimentación de los efectos del medicamento mucho tiempo después de haber terminado su uso.
MDMA ("éxtasis") Aumento de la confianza en sí mismo, empatía, comprensión, sensación de intimidad, comunicación, euforia, energía.	Náuseas, rigidez muscular, cefalea, pérdida del apetito, visión borrosa, sensación de sequedad en la boca, insomnio, depresión, ansiedad, fatiga, dificultad para concentrarse.	Neurotóxico, provoca consecuencias conductuales y fisiológicas, depresión.

1 ¿La persona consume sustancias?

Pregunte acerca del consumo de tabaco, alcohol y medicamentos psicoactivos de prescripción. Según el entorno y la manifestación, considere la posibilidad de preguntar acerca del uso de cannabis y otros consumos de sustancias.



- » Destaque los beneficios para la salud de no consumir sustancias psicoactivas.
- » **SALGA DEL MÓDULO**



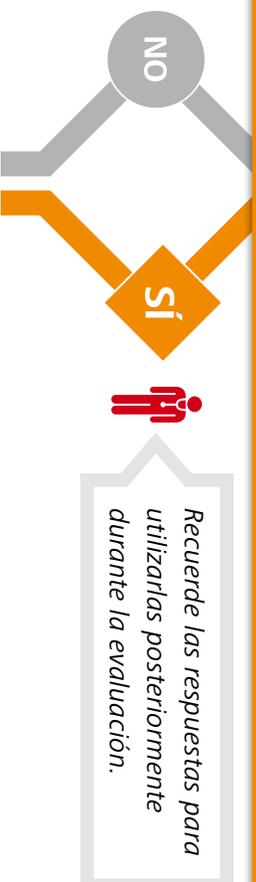
- CONSEJO CLÍNICO**
Al tomar nota de la historia clínica, pregunte:
- » ¿Cómo comenzó la persona a consumir sustancias?
 - » ¿Cuándo comenzó a consumirlas?
 - » ¿Qué estaba sucediendo en su vida en ese momento?
 - » ¿Alguien en su familia o su círculo social consume sustancias?
 - » ¿Ha tratado de reducir su uso? ¿Por qué? ¿Qué sucedió?

2 ¿Es perjudicial el consumo de la sustancia?
Para cada sustancia consumida, evalúe:

A Frecuencia y cantidad del consumo. *(Sugerencia - Pregunta: "¿Cuántos días por semana consume esta sustancia? ¿Que cantidad consume al día?")*

B Conductas perjudiciales. *(Sugerencia - Pregunta: "¿Su consumo de sustancias psicoactivas le causa algún problema?")*

- | | | |
|--|--|---|
| — Traumatismos y accidentes | — Problemas en las relaciones como resultado del uso | — Incapacidad para cuidar a los hijos en forma responsable |
| — Conducir mientras está intoxicado | — Actividad sexual mientras estaba intoxicado, que fue riesgosa o posteriormente lamentada | — Violencia hacia otras personas |
| — Inyección de drogas, agujas compartidas, reutilización de las agujas | — Problemas legales o económicos | — Desempeño deficiente en la educación o el empleo |
| | | — Desempeño deficiente en las funciones sociales esperadas (por ejemplo, la crianza de los hijos) |



Recuerde las respuestas para utilizarlas posteriormente durante la evaluación.



3

¿Es probable la DEPENDENCIA?

Para cada sustancia psicoactiva consumida, pregunte acerca de las siguientes características de la dependencia:

- Niveles altos de consumo frecuente de sustancias
- Un **ansia intensa** o compulsión de consumir la sustancia
- Dificultad para **autorregular** el consumo de esa sustancia a pesar de los riesgos y las consecuencias perjudiciales
- Aumento de los niveles de **tolerancia** al consumo y síntomas de **abstinencia** al interrumpir el consumo

CONSEJO CLÍNICO

Los patrones de consumo de sustancias que indican dependencia incluyen:

- TABACO**: fumar varias veces al día, a menudo comienza en la mañana.
- ALCOHOL**: más de 6 bebidas estándar por vez y consumo diario.
- PASTILLAS DE PRESCRIPCIÓN**: tomar una dosis de medicación mayor que la prescrita y mentir para conseguir recetas.
- CANNABIS**: al menos 1 g de cannabis al día.



SÍ

» Pro siga al **PROTOCOLO 2**

¡ SI HAY RIESGO INMINENTE DE SUICIDIO, EVALÚE Y TRATE A LA PERSONA antes de proseguir (Vaya al módulo SU1).



NO

¿Es perjudicial el consumo de la sustancia?

Vea la respuesta en el paso 2 anterior.

SÍ

» Pro siga al **PROTOCOLO 1**

¡ SI HAY RIESGO INMINENTE DE SUICIDIO, EVALÚE Y TRATE A LA PERSONA antes de proseguir (Vaya al módulo SU1).



NO

- » Proporcione psicoeducación acerca de los riesgos de los diferentes grados de consumo de cada sustancia.
- » **SALGA DEL MÓDULO.**





SUS 2 » Manejo

PROTOCOLO

1

Consumo perjudicial de sustancias

- » **Proporcione psicoeducación** y destaque que el grado o patrón de consumo de sustancias le está causando daños a la salud. 
- » Explore las motivaciones de la persona para consumir sustancias. Realice una entrevista motivacional. Vea: **INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL BREVE: ENTREVISTA MOTIVACIONAL (2.2).**
- » Aconseje abandonar por completo el consumo de la sustancia o consumirla en una cantidad no perjudicial, si la hay. Exprese su intención de apoyar a la persona para hacer esto. Pregúntele si está preparada para hacer este cambio.
- » Investigue las **ESTRATEGIAS PARA REDUCIR O SUSPENDER POR COMPLETO EL USO DE SUSTANCIAS (2.3)** y las **ESTRATEGIAS PARA REDUCIR EL DAÑO (2.5)**.
- » Aborde las necesidades alimentarias, de vivienda y laborales.
- » Efectúe el seguimiento. 
- » Si la persona es un adolescente  o una mujer  en edad fecunda, embarazada o que amamanta, vea la sección **GRUPOS ESPECIALES DE POBLACIÓN**.

PROTOCOLO

2

Dependencia

SI LA PERSONA ES DEPENDIENTE DE OPIOIDES:

- » El tratamiento de mantenimiento es en general más eficaz que la desintoxicación.
- » Evalúe la gravedad de la dependencia y, si procede, proporcione a la persona el tratamiento de mantenimiento con agonistas opioides, también conocido como terapia sustitutiva de opioides, o derivela a otro establecimiento de salud para que lo reciba después de la desintoxicación. Vaya al **PROTOCOLO 5** ("**Tratamiento de mantenimiento con agonistas opioides**").
- » En los casos restantes, organice la desintoxicación planificada, de ser necesario. Vaya al **PROTOCOLO 4** ("**Abstinencia de opioides**").

SI LA PERSONA ES DEPENDIENTE DE LAS BENZODIAZEPINAS:

- » La cesación súbita puede causar crisis convulsivas y delirio. Considere la posibilidad de reducir gradualmente la dosis de benzodiazepina con una dispensación supervisada, o una reducción más rápida en un entorno de hospitalización. Vaya al **PROTOCOLO 6** ("**Abstinencia de benzodiazepinas**").

SI LA PERSONA ES DEPENDIENTE DEL ALCOHOL:

- » La cesación súbita del consumo de alcohol puede causar crisis convulsivas y delirio, sin embargo, si la persona está dispuesta a dejar de consumir bebidas alcohólicas, facilítéselo. Determine el entorno apropiado para cesar el consumo del alcohol y organice la desintoxicación durante la hospitalización, de ser necesario. Vaya al **PROTOCOLO 3** ("**Abstinencia de alcohol**").
- » Recomiende el consumo de tiamina en una dosis de 100 mg/día por vía oral. 
- » Considere una intervención farmacológica para prevenir la recaída en el consumo perjudicial de alcohol; los medicamentos incluyen acamprosato, naltrexona y disulfiram. También se puede usar baclofeno; sin embargo, sus efectos sedantes y el riesgo de abuso hacen que sea mejor reservarlo para entornos de especialistas. Con estos medicamentos, una respuesta eficaz puede incluir una reducción de la cantidad y la frecuencia del consumo de alcohol, cuando no la abstinencia completa. Vaya al **Cuadro 1**. 

PARA TODAS LAS OTRAS SUSTANCIAS:

- » Recomiende la suspensión total del consumo de la sustancia psicoactiva y exprese su intención de apoyar a la persona para que lo haga. Pregúntele si está preparada para hacerlo.
- » Investigue las **ESTRATEGIAS PARA REDUCIR O SUSPENDER POR COMPLETO EL CONSUMO DE SUSTANCIAS** y las **ESTRATEGIAS PARA REDUCIR EL DAÑO**.
- » Considere la posibilidad de derivar a la persona a grupos de ayuda de compañeros o comunidades terapéuticas residenciales o de rehabilitación, si los hay.
- » Aborde las necesidades alimentarias, de vivienda y laborales.
- » Evalúe y trate cualquier comorbilidad física o de salud mental, idealmente después de 2 ó 3 semanas de abstinencia, ya que algunos problemas se resolverán con la abstinencia.

EN TODOS LOS CASOS:

- » Proporcione psicoeducación. 
- » Organice los servicios de desintoxicación de ser necesario o el tratamiento en un establecimiento de hospitalización cuando sea factible. Trate los síntomas de abstinencia según sea necesario.
- » Proporcione una intervención breve usando la entrevista motivacional para alentar a la persona a participar en el tratamiento de su dependencia de sustancias.
- » Considere el tratamiento psicosocial a largo plazo para las personas con problemas relacionados con su consumo de sustancias, si no responden a las intervenciones breves iniciales. Las terapias psicológicas basadas en datos científicos para los trastornos por uso de sustancias incluyen programas estructurados individuales y de grupo, que se llevan a cabo durante 6-12 semanas o más y que emplean técnicas como la terapia cognitivo conductual, la terapia de refuerzo motivacional, la terapia de manejo de contingencias, el enfoque de refuerzo comunitario y la terapia familiar. Los métodos de apoyo social basados en la evidencia incluyen el apoyo para el empleo y el alojamiento. 

PROTOCOLO

3

Abstinencia de alcohol

» Proporcione un entorno lo más tranquilo y no estimulante posible. Luminoso durante el día y suficientemente iluminado de noche para prevenir caídas si la persona despierta de noche.

» Garantice la ingestión adecuada de líquidos y que se satisfagan las necesidades de electrolitos, como el potasio y el magnesio.

» **ABORDE LA DESHIDRATACIÓN:** Mantenga la hidratación adecuada, incluida la hidratación por vía intravenosa de ser necesario, y promueva la ingesta oral de líquidos. Asegúrese de dar tiamina antes de la glucosa para evitar precipitar la encefalopatía de Wernicke.

» **Intervención farmacológica:** 

Cuando sea apropiado, trate los síntomas de abstinencia de alcohol. En el caso de una desintoxicación planificada, prevenga los síntomas de abstinencia usando diazepam.

Las dosis y la duración del tratamiento con diazepam varían según la gravedad del síndrome de abstinencia.

— Administre diazepam en una dosis inicial de hasta 40 mg/día (10 mg cuatro veces al día ó 20 mg dos veces al día) durante 3-7 días, por vía oral. Reduzca gradualmente las dosis o la frecuencia tan pronto mejoren los síntomas. Supervise a la persona con frecuencia, ya que cada persona puede responder de un modo distinto a esta medicación.

— En el **entorno hospitalario**, se puede administrar diazepam con mayor frecuencia (por ejemplo, cada hora) y en dosis diarias mayores, hasta 120 mg/día por vía oral durante los 3 primeros días de ser necesario, conforme a una evaluación frecuente de los síntomas de abstinencia y del estado mental de la persona.

— En las personas con **deterioro del metabolismo hepático**, (por ejemplo, personas con signos de hepatopatía o ancianos), use inicialmente una dosis única baja de 5-10 mg por vía oral, ya que las benzodiazepinas pueden tener una acción de duración más prolongada en estos grupos de población. Como alternativa, una benzodiazepina de acción más breve como el **oxazepam puede ser usada en vez del diazepam. Vea el Cuadro 1.**

— **PRECAUCIÓN**

Tenga cuidado al iniciar o aumentar las dosis de las benzodiazepinas, ya que pueden causar depresión respiratoria. Tome precauciones en personas con enfermedad respiratoria o encefalopatía hepática.



PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LA ENCEFALOPATÍA DE WERNICKE:

» Los consumidores crónicos de alcohol corren el riesgo de sufrir la **encefalopatía de Wernicke**, un síndrome de deficiencia de tiamina caracterizado por confusión, nistagmo, oftalmoplejía (dificultad con los movimientos oculares) y ataxia (movimientos no coordinados).

» **Para prevenir este síndrome, a todas las personas con una historia de consumo crónico de alcohol se les debe administrar tiamina en una dosis de 100 mg/diarlos por vía oral. Administre la tiamina antes de administrar glucosa para evitar precipitar la encefalopatía de Wernicke.**

CONSEJO CLÍNICO

Para la cesación planificada del uso de alcohol, evalúe el riesgo de la abstinencia grave.

Pregunte:

- » ¿Ha habido episodios pasados de síntomas graves de abstinencia, incluidas crisis convulsivas o delirio?
- » ¿Hay otros problemas médicos o psiquiátricos importantes?
- » ¿Se manifiestan características importantes de la abstinencia en las 6 horas posteriores a la última bebida ingerida por la persona?
- » ¿Han fracasado los intentos de suspensión del consumo de pacientes ambulatorios en el pasado?
- » ¿No tiene la persona hogar ni ningún apoyo social?

Si el riesgo es alto, la desintoxicación hospitalaria es preferible a la desintoxicación ambulatoria.



CONSEJO CLÍNICO: Principios generales que se deben aplicar durante el tratamiento de cualquier tipo de abstinencia

- » Mantenga la hidratación.
- » Trate los síntomas específicos de abstinencia a medida que surjan. Por ejemplo, trate las náuseas con antieméticos; el dolor, con analgésicos sencillos; y el insomnio, con sedantes livianos.
- » Permita a la persona salir del establecimiento de tratamiento si desea hacerlo.
- » Continúe el tratamiento y el apoyo después de la desintoxicación.
- » Se pueden presentar síntomas depresivos en el período posterior a la intoxicación, durante o después de la abstinencia, o la persona puede tener una depresión preexistente. Esté alerta al riesgo de suicidio.
- » Ofrezcales a todas las personas tratamiento, apoyo y seguimiento continuos después de una desintoxicación exitosa, independientemente del entorno en el cual se realizó la desintoxicación.

PROTOCOLO

4

Abstinencia de opioides

- » **PRECAUCIÓN** Debe tomar precauciones antes de poner en práctica la abstinencia de opioides, especialmente cuando ha habido uso de inyecciones. Cuando se decide iniciar la abstinencia, informe a la persona que puede esperar, incluidos los síntomas y su duración. Por ejemplo, la abstinencia genera una tolerancia inferior a los opioides. Esto significa que si la persona reanuda el uso de opioides en su dosis usual después de un período de abstinencia, ella está expuesta a un mayor riesgo de sobredosis. Debido a este riesgo, es mejor iniciar la abstinencia cuando hay un plan para la admisión en un programa de rehabilitación residencial u otro programa de apoyo psicosocial. Como alternativa, se puede considerar ofrecer a la persona la terapia sustitutiva de opioides con metadona o buprenorfina; vea la sección de tratamientos de mantenimiento con agonistas opioides (vea el Protocolo 5) y seleccione una de las siguientes opciones farmacológicas para el manejo:
 - » **Buprenorfina:** La buprenorfina se administra por vía sublingual en dosis de 4 a 16 mg por día durante 3 a 14 días para el tratamiento de la abstinencia. Antes de que se inicie el tratamiento con buprenorfina, es importante esperar hasta que los signos y los síntomas de la abstinencia de opioides se vuelvan evidentes: por lo menos 8 horas después de la última dosis de heroína y 24-48 horas después de la última dosis de metadona; de lo contrario, hay un riesgo de que la misma buprenorfina precipite un síndrome de abstinencia. Se debe
 - » tener un cuidado especial con las personas que toman otros medicamentos sedantes.
 - » **Metadona:** La metadona se administra por vía oral en una dosis inicial de 15-20 mg que, de ser necesario, se aumenta a 30 mg por día. Luego reduzca gradualmente la dosis, hasta eliminarla por completo en el transcurso de 3 a 10 días. Del mismo modo que la buprenorfina, se debe tener especial cuidado con las personas que toman otros medicamentos sedantes.
 - » **Clonidina o lofexidina:** Si no se dispone de medicamentos de sustitución de opioides, se puede usar clonidina o lofexidina para controlar algunos síntomas de abstinencia de opioides, como la sobreexcitación. Se administran en dosis de 0,1 a 0,15 mg 3 veces al día por vía oral, y son dosificadas según el peso corporal. Pueden causar mareos y sedación. Vigile estrechamente la presión arterial. Otros síntomas de abstinencia también deben ser tratados, por ejemplo, las náuseas, con antieméticos; el dolor, con analgésicos sencillos y el insomnio, con sedantes livianos.
 - » **Sulfato de morfina:** 10-20 mg como dosis inicial con una dosis adicional de 10 mg de ser necesario. La sedación y la depresión respiratoria pueden ser en potencia mortales. El consumo prolongado puede conducir a la dependencia. Para más detalles vaya al **Cuadro 1**.

PROTOCOLO

5

Tratamiento de mantenimiento con agonistas opioides

- » El tratamiento de mantenimiento con agonistas opioides requiere la presencia de un marco establecido y reglamentado a nivel nacional. Se caracteriza por la prescripción de agonistas opioides de acción prolongada (o agonistas parciales), como la metadona o la buprenorfina, en general, mediante administración diaria y supervisada. Hay pruebas fehacientes de que el tratamiento de mantenimiento con agonistas usando metadona o buprenorfina reduce eficazmente el consumo de drogas ilícitas, la propagación del VIH, la mortalidad y la criminalidad, y mejora la salud física, la salud mental y el funcionamiento social.
- » **Seguimiento.** Los medicamentos usados para el tratamiento de mantenimiento con agonistas opioides están expuestos al uso indebido y la desviación; en consecuencia, los programas deben utilizar diversos métodos para limitar el riesgo de desviación, como el consumo supervisado.
- » Para más detalles, vaya al **Cuadro 1.**

PROTOCOLO

6

Abstinencia de benzodiazepinas

- » La abstinencia de benzodiazepinas se puede controlar al cambiar a una benzodiazepina de acción prolongada y reducir gradualmente el consumo de la sustancia en el transcurso de 8 a 12 semanas, conjuntamente con la prestación de apoyo psicosocial. Es posible una reducción más rápida solo si la persona está en internada en un hospital o un establecimiento de deshabituación.
- » Si se presentan manifestaciones graves no controladas de la abstinencia de benzodiazepinas o se producen esas manifestaciones debido a una suspensión súbita o no planificada, consulte de inmediato a un especialista u otra persona experta disponible para comenzar un régimen de sedación con benzodiazepinas en dosis altas y para hospitalizar a la persona. Sea cauteloso con la dispensación sin supervisión de benzodiazepinas a pacientes desconocidos. 

INTERVENCIONES PSICOSOCIALES

2.1 Psicoeducación

- » Los trastornos por el consumo de sustancias a menudo pueden ser tratados eficazmente y las personas pueden mejorar y mejoran.
- » Hablar acerca del consumo de sustancias puede producir sentimientos de turbación o vergüenza en muchas personas. Use siempre un enfoque libre de prejuicios cuando habla con las personas acerca del consumo de sustancias psicoactivas. 5 las personas se sienten juzgadas, pueden estar menos abiertas a hablar con usted. Trate de no expresar sorpresa ante toda respuesta dada.
- » Comunique de manera confiable que es posible detener o reducir el consumo peligroso o nocivo de alcohol y aliente a la persona a volver si desea abordar más a fondo el problema.
- » La persona tiene mayores probabilidades de tener éxito en reducir o suspender el uso de sustancias si la decisión es suya.

2.2 Entrevista motivacional (intervención breve)

- » Las intervenciones breves usando entrevistas motivacionales constituyen un método para tratar el consumo de sustancias sin prejuicios. Alientan a la persona a reflexionar acerca de sus propias opciones en cuanto al consumo. Pueden usarse como parte de un encuentro muy breve para abordar los riesgos o el uso perjudicial de sustancias. También se pueden usar como parte de un análisis más largo que abarque varias sesiones donde se aborden los patrones de dependencia del uso de sustancias; esto se denomina terapia de refuerzo motivacional. Durante el análisis, es importante incluir todas las partes del proceso: expresar empatía y establecer una

atmósfera de confianza, y también señalar las contradicciones en la descripción de los hechos y poner en tela juicio las creencias falsas. Evite discutir con la persona. Debe sentir que el profesional está allí para apoyarla y no para criticarla. Si la persona no puede comprometerse a terminar su patrón perjudicial de consumo de sustancias en ese momento, analice por qué sucede esto, en lugar de forzar a la persona a decir lo que piensa que se espera que diga.

» Técnicas para discusiones más a fondo:

1. Proporcione **retroalimentación** personalizada a la persona acerca de los riesgos asociados con su patrón de uso de sustancias, tengan o no un patrón de CONSUMO PERJUDICIAL o de DEPENDENCIA, y los daños específicos que pueden estar experimentando o causando a otros.
2. Aliente al paciente a **asumir la responsabilidad** de sus elecciones en cuanto al uso de sustancias y la elección de buscar o no ayuda. Haga esto preguntándole cuán preocupado está EL MISMO acerca de su consumo.
3. Pregúntele a la persona las razones de su consumo de sustancias, incluso como una respuesta a otros problemas, como los de salud mental o factores estresantes específicos, y los beneficios del uso de sustancias que percibe, aunque solo sea a corto plazo.
4. Pregunte acerca de su percepción de **las consecuencias tanto positivas como negativas de su consumo de sustancias psicoactivas** y, de ser necesario, impulse cualquier exageración de los beneficios y subestimación de los riesgos y daños.
5. Pregunte acerca de **las metas personales** y si su consumo le está ayudando o impidiendo alcanzar esas metas.
6. **Examine** con la persona las afirmaciones acerca de su uso

de sustancias, sus causas, consecuencias y las metas personales, a fin de permitir investigar incongruencias evidentes entre las consecuencias del uso de sustancias y las metas declaradas por la persona.

7. **Aborde las opciones** para un cambio basado en la elección de metas realistas y trate de encontrar un curso de acción mutuamente acordado.

8. **Apoye a la persona para realizar estos cambios** comunicándole su confianza en que podrá hacer cambios positivos en su vida, suministrándole información sobre los pasos a seguir según sea necesario (nuevo examen, desintoxicación, apoyo psicosocial) y proporcionándole materiales para llevarse a casa, si dispone de ellos.

» Ejemplos de preguntas que puede hacer. Sin prejuicios, indague qué piensa la persona sobre su propio consumo de sustancias haciendo las siguientes preguntas con respecto a:

1. Las razones de su consumo de sustancias. (Pregunte: “¿Alguna vez ha pensado por qué consume [la sustancia]?”)
2. Lo que percibe como beneficios de su uso. (Pregunte: “¿Qué le hace [la sustancia] a usted? ¿Le causa algún problema?”)
3. Lo que percibe como daños reales y potenciales del consumo de sustancias. (Pregunte: “¿El consumo de [la sustancia] le ha causado algún daño? ¿Puede ver que le causará algún daño en el futuro?”)
4. Lo que es más importante para la persona. (Pregunte: “¿Qué es más importante para usted en su vida?”)

2.3 Estrategias para la reducción y la suspensión del consumo

Pasos para reducir o terminar el consumo de todas las

sustancias: Si la persona está interesada en la reducción de su consumo de sustancias psicoactivas, aborde los siguientes pasos con ella.

- » Identifique los factores desencadenantes del consumo y las formas de evitarlos. Por ejemplo: pubs/bares donde la gente está bebiendo o lugares donde la persona solía conseguir drogas, etc.
- » Determine cuáles son las instigaciones emocionales al consumo y las formas de hacerles frente (por ejemplo, problemas en las relaciones, dificultades en el trabajo, etc.).
- » Aliente a la persona a que no tenga sustancias en casa.

2.4 Grupos de ayuda mutua

- » **Los grupos de ayuda mutua** como Alcohólicos Anónimos, Narcóticos Anónimos o Recuperación Inteligente pueden ser sitios útiles para derivar a las personas con trastornos por el consumo de sustancias. Suministran información, actividades estructuradas y apoyo de pares en un ambiente libre de prejuicios. Investigue qué grupos de ayuda mutua están disponibles a nivel local.

2.5 Estrategias para impedir el daño causado por el consumo de drogas y tratar afecciones relacionadas

- » Aliente a la persona a adoptar comportamientos menos peligrosos.
 - Aconseje no conducir bajo la influencia de sustancias.
 - Si la persona usa opioides, proporcione naloxona para ser usada por vía intramuscular o intranasal a miembros de la familia para que puedan tenerla y usarla si la persona sufre una sobredosis, mientras esperan que llegue ayuda o van en camino al hospital.
- » **Si la persona se inyecta drogas:**
 - » Informe a la persona acerca de los riesgos del consumo de drogas por vía intravenosa, que incluyen: un mayor peligro de infecciones como la infección por el VIH/SIDA, las

hepatitis B y C, infecciones cutáneas que pueden causar septicemia, endocarditis, abscesos espinales, meningitis y aun la muerte.

- » Teniendo en cuenta que la persona no puede suspender el consumo de drogas inyectables de inmediato, suministre información sobre técnicas de inyección menos arriesgadas. Destaque la importancia de usar agujas y jeringas estériles cada vez que se inyecta y de no compartir nunca materiales de inyección con otras personas.

- » Ofrezca información sobre cómo tener acceso a programas de intercambio de agujas y jeringas, si existen, o a otras fuentes de suministro de materiales de inyección.

- » Promueva y ofrezca la realización de pruebas anuales (como mínimo) para detectar enfermedades víricas transmitidas por la sangre, como la infección por el VIH/SIDA y las hepatitis B y C.
 - Promueva la vacunación contra la hepatitis B.
 - Garantice la disponibilidad de condones.
 - Asegure la disponibilidad de tratamiento para las personas con infección por el VIH/SIDA o que padecen hepatitis.

Tratamiento de comorbilidades:

- » Establezca un umbral bajo para someter a tamizaje a fin de detectar tuberculosis en las personas que tienen trastornos por el consumo de sustancias psicoactivas.
- » Considere la realización de investigaciones y tratamiento de las enfermedades de transmisión sexual.

2.4 Apoyo a los cuidadores

Apoyo a la familia y los cuidadores:

- » Analice con la familia de la persona o los cuidadores las repercusiones de los trastornos por el uso de sustancias en otros familiares, incluidos los niños.
- » Suministre información y educación acerca de los trastornos por el consumo de sustancias.

- » Ofrezca una evaluación de las necesidades personales, sociales y de salud mental de la familia y los cuidadores. Brinde tratamiento para cualquier trastorno de salud mental prioritario.
- » Informe a los familiares y los cuidadores acerca de grupos de apoyo (si los hay) y otros recursos sociales. Y ayúdeles a tener acceso a ellos.

CONSEJO CLÍNICO: VIH/TUBERCULOSIS/HEPATITIS Y CONSUMO DE SUSTANCIAS

- » Las personas que se inyectan drogas presentan una especial susceptibilidad a la infección por el VIH/SIDA y la hepatitis, en particular si no usan materiales estériles de inyección o tienen relaciones sexuales peligrosas a cambio de drogas; una vez infectadas, también tienen un pronóstico peor. La infección por el VIH/SIDA también aumenta el riesgo de la infección tuberculosa y la tuberculosis activa es una principal causa de muerte en las personas infectadas por el VIH o que tienen SIDA. Las personas que consumen bebidas alcohólicas y drogas en gran medida corren también un mayor riesgo de contraer tuberculosis. Por consiguiente, es bastante común que una persona que consume drogas, en particular heroína por vía intravenosa, presente una combinación de tuberculosis, infección por el VIH/SIDA y hepatitis al mismo tiempo.
- » Los servicios que tratan a personas que consumen drogas y alcohol deben efectuar sistemáticamente pruebas a todas las que se inyectan drogas para detectar una posible infección por el VIH/SIDA y hepatitis, y deben tener un alto grado de sospecha de que pueda sufrir tuberculosis toda persona con tos, fiebre, sudores nocturnos o pérdida de peso.
- » El tratamiento de la infección por el VIH/SIDA y la tuberculosis requiere tomar a diario los medicamentos, y cada día es importante. La supervisión directa del tratamiento puede mejorar la observancia terapéutica. Si la persona es también dependiente de opioides, proporcionar un tratamiento diario supervisado con metadona o buprenorfina en el mismo lugar y a la misma hora facilitará más la observancia terapéutica.
- » Los tratamientos para la hepatitis se realizan todos los días o semanalmente. A los pacientes con hepatitis B o C se les debe recomendar evitar por completo el consumo de alcohol.



Grupos especiales de población

ADOLESCENTES

Cómo evaluar al adolescente:

- » Aclare la naturaleza confidencial de la discusión sobre la atención de salud, incluido en qué circunstancias se suministrará alguna información a los padres o los cuidadores del adolescente.
- » Pregunte qué más sucede en la vida del adolescente. Identifique los problemas subyacentes más importantes para el adolescente. Tenga presente que los adolescentes quizás no puedan expresar plenamente lo que está molestándolos.
- » Las preguntas de respuesta libre pueden ser útiles para obtener información en las siguientes áreas: hogar, educación y empleo, comidas, actividades, drogas y alcohol, sexualidad, seguridad, suicidio o depresión. Dé tiempo suficiente para el análisis. También evalúe la posibilidad de que existan otros trastornos de salud mental prioritarios. Si se identifica cualquier trastorno prioritario, vaya al módulo **» MCON**.
- » **Psicoeducación para el adolescente:**
 - » Proporcione al adolescente y sus padres información acerca de los efectos del alcohol y otras sustancias sobre la salud individual y el funcionamiento social.
 - » Promueva un cambio en el entorno y las actividades del adolescente, en lugar de concentrarse en el comportamiento del adolescente como un "problema". Promueva la participación en la escuela o el trabajo y en las actividades que ocupan el tiempo del adolescente. Promueva la participación en actividades grupales que sean seguras y faciliten el desarrollo de las habilidades del adolescente y su contribución a su comunidad. Es importante que los adolescentes participen en actividades que les interesen.
 - » Aliente a los padres o los cuidadores a saber dónde está el adolescente, con quién está, qué está haciendo, cuándo volverán al hogar, y a esperar que el adolescente sea responsable de sus actividades.

MUJERES EN EDAD FECUNDA, EMBARAZADAS O QUE AMAMANTAN

Consumo de alcohol

- » Recomiende a las mujeres **embarazadas** o que están considerando la posibilidad de embarazarse que **eviten por completo el consumo de bebidas alcohólicas**.
- » Informe a las mujeres que inclusive las cantidades pequeñas de alcohol consumidas a principios del embarazo pueden dañar al feto en desarrollo y que cantidades mayores de alcohol pueden dar lugar a un síndrome de problemas severos del desarrollo (síndrome alcohólico fetal).
- » Recomiende a las mujeres que están **amamantando** que **eviten por completo el consumo de alcohol**.
- » Dados los beneficios de la lactancia materna exclusiva (en particular en los 6 primeros meses), si las madres siguen consumiendo alcohol se les debe recomendar que limiten el consumo para reducir al mínimo el contenido de alcohol en la leche materna, por ejemplo, amamantar antes de consumir alcohol y no amamantar nuevamente hasta después de que los niveles sanguíneos de alcohol caigan a cero (dejando pasar aproximadamente 2 horas por bebida consumida, es decir, 4 horas si se ingirieron dos bebidas), o usar leche materna extraída antes de beber.

1 PRECAUCIÓN

A todas las madres con consumo perjudicial de sustancias e hijos pequeños se les debe ofrecer algún servicio de apoyo social que esté disponible, como visitas posnatales adicionales, capacitación en la crianza y atención infantil durante visitas médicas.

Consumo de drogas

- » Pregunte acerca del ciclo menstrual de la mujer e informele que el consumo de sustancias psicoactivas puede interferir con el ciclo menstrual, creando a veces la impresión falsa de que no es posible un embarazo.
- » Trate los efectos perjudiciales de las drogas sobre el desarrollo fetal y asegúrese que la mujer tenga acceso a medidas anticonceptivas eficaces.
- » Recomiende y apoye a las mujeres que están **embarazadas** para que **dejen de consumir drogas**. A las mujeres embarazadas dependientes de opioides en general se les debe recomendar la administración de un agonista opióide como la metadona.
- » Someta a tamizaje a los bebés de madres con trastornos por el consumo de drogas a fin de detectar síntomas de abstinencia (también conocido como síndrome de abstinencia neonatal). El síndrome de abstinencia neonatal debido al consumo materno de opioides debe ser tratado con dosis bajas de opioides (como morfina) o barbitúricos. Para más detalles, puede consultar el manual *Guidelines for the identification and management of substance use and substance use disorders in pregnancy* (Guía para la identificación y manejo del consumo de sustancias y los trastornos por el consumo de sustancias durante el embarazo) en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/107130/1/9789241548731_eng.pdf (en inglés).
- » Asesore y apoye a **madres que amamantan para que no consuman ninguna droga**.
- » Informe y apoye a las madres con trastornos por el consumo de sustancias para que amamanten exclusivamente durante al menos los 6 primeros meses, a menos que haya recomendaciones de especialistas de no amamantar.

INTERVENCIONES FARMACOLÓGICAS

CUADRO 1: Gráfico de medicamentos

CLASE/INDICACIÓN	MEDICAMENTO	DOSIFICACIÓN	EFFECTOS SECUNDARIOS	CONTRAINDICACIONES/PRECAUCIONES
BENZODIAZEPINAS Para tratar la abstinencia de alcohol, la intoxicación con estimulantes y la psicosis	Diazepam	10-20 mg para las características observables de la abstinencia de alcohol o de intoxicación con estimulantes; cada 2 horas hasta que ya no sean observables las características de abstinencia de alcohol o de intoxicación con estimulantes, o la persona está ligeramente sedada. Dosis inferiores (hasta 10 mg cuatro veces al día) para la abstinencia de alcohol en un entorno de pacientes ambulatorios.	Sedación y depresión respiratoria que pueden ser en potencia mortales. El uso prolongado puede conducir a la dependencia.	 No lo use en las personas que están sedadas. Tenga cuidado de la combinación con otros sedantes. Los pacientes no deben conducir. La duración del efecto puede ser prolongada en las personas con una hepatopatía grave. Supervise la dosificación para reducir al mínimo el riesgo de desviación (por ejemplo, vender el medicamento a otra persona).
ANTAGONISTAS OPIOIDES Para tratar la sobredosis de opiáceos	Naloxona	0,4-2 mg por vía intravenosa, intramuscular, subcutánea o intranasal. Repita las dosis según sea necesario.	Puede causar malestar o síntomas de abstinencia.	
VITAMINAS Para prevenir o tratar la encefalopatía de Wernicke	Tiamina (Vitamina B1)	100 mg diarios por vía oral durante 5 días para prevenir la encefalopatía de Wernicke. 100 mg—500 mg por vía intravenosa o intramuscular dos o tres veces al día durante 3-5 días, para tratar la encefalopatía de Wernicke.		
AGONISTAS OPIOIDES Para tratar la abstinencia y la dependencia de opioides	Metadona	Abstinencia de opioides: Dosis inicial de metadona de 20 mg, con una dosis complementaria de 5-10 mg 4 horas después, de ser necesario. Mantenimiento con opioides: dosis inicial de 10-20 mg con una dosis complementaria de 10 mg de ser necesario, aumentando la dosis diaria 5 a 10 mg cada pocos días de ser necesario, hasta que la persona ya no presente síntomas de abstinencia de opioides y no use opioides ilícitos. Mantenga la dosis hasta que esté preparado para cesar el tratamiento con agonistas opioides.	Sedación, confusión, náuseas, vómitos, estreñimiento, posibles cambios hormonales, disminución del deseo sexual, alteraciones electrocardiográficas como intervalo QT prolongado o bradicardia, hipotensión, depresión respiratoria.	Úsela con cuidado en pacientes con enfermedad cardíaca o respiratoria.
	Buprenorphine	Dosis inicial de 4-8 mg, aumentando 4 a 8 mg cada día según sea necesario hasta que la persona ya no presente síntomas de abstinencia de opioides y no use opioides ilícitos. Mantenga la dosis hasta que esté preparado para suspender el tratamiento con agonistas opioides.	Sedación, mareos, ataxia, náuseas, vómitos, estreñimiento, depresión respiratoria.	Úsela con precaución en personas con insuficiencia cardíaca congestiva, enfermedades respiratorias o hepatopatía. Potencial de abuso. La suspensión abrupta puede causar síntomas de abstinencia.
	Sulfato de morfina	10-20 mg como dosis inicial, con una dosis adicional de 10 mg de ser necesario.	Sedación y depresión respiratoria que ponen en peligro la vida. El uso prolongado puede conducir a la dependencia.	 No lo use en las personas que están sedadas. Tenga cuidado con la combinación con otros sedantes. La persona no debe conducir. Supervise la dosificación para reducir al mínimo el riesgo de desviación. Administre opioides de acción más prolongada, como metadona o buprenorfina, una vez al día a los pacientes ambulatorios cuando sea factible.

CLASE/INDICACIÓN	MEDICAMENTO	DOSIFICACIÓN	EFFECTOS SECUNDARIOS	CONTRAINDICACIONES/PRECAUCIONES
AGONISTAS ALFA-ADRENÉRGICOS Para tratar la abstinencia de opioides	Clonidina	Comience con 0,1 mg 2 o 3 veces al día. Aumente según sea tolerada en dosis divididas para controlar los síntomas de abstinencia, hasta un máximo de 1 mg/d.	Sedación, mareo, desvanecimiento, cefalea, náuseas y vómitos, sensación de sequedad en la boca, estreñimiento, disfunción sexual, depresión, agitación, presión arterial baja, taquicardia, bradicardia sinusal y bloqueo aurículoventricular.	Use con precaución en personas con enfermedades cardíacas, cerebrovasculares y hepáticas. Use dosis inferiores en los pacientes con enfermedades renales. Sea consciente del potencial de abuso. Vigile estrechamente los signos vitales. ⊗ NO suspenda bruscamente el tratamiento ya que la abstinencia puede causar un rebote de hipertensión. Evite usarla en las mujeres embarazadas o que amamantan. ⊗
	Lofexidina	Comience con 0,4-0,6 mg dos veces al día. Aumente 0,4 a 0,8 mg/día según sea necesario. Dosis única máxima: 0,8 mg; Dosis diaria máxima: 2,4 mg (divididos en 2-4 dosis).	Sedación, mareo, presión arterial baja, alteraciones electrocardiográficas como el intervalo QT prolongado y bradicardia sinusal.	Use con precaución en personas con enfermedades cardíacas, cerebrovasculares y renales. Evite usarla en pacientes con síndrome de QT prolongado o desorden metabólico, o cuando están tomando otros medicamentos que prolongan el intervalo QT. ⊗ Vigile estrechamente los signos vitales. NO suspenda la medicación bruscamente, ya que la abstinencia puede causar un rebote de hipertensión.
MEDICAMENTOS PARA PREVENIR LA RECAIDA EN EL CONSUMO PERJUDICIAL DE ALCOHOL	Acamprosato	Comience con 2 comprimidos de 333 mg por vía oral 3 veces por día durante 12 meses. Si la persona pesa menos de 60 kg, de 2 comprimidos 2 veces por día durante 12 meses.	Diarrea, flatulencia, náuseas y vómitos, dolor abdominal, depresión, ansiedad, propensión al suicidio, prurito. Ocasionalmente se puede presentar un exantema maculopapular y, rara vez, reacciones cutáneas bullosas.	En las personas con enfermedades renales moderadas, recete una dosis inferior, 333 mg por vía oral 3 veces por día. ⊗ CONTRAINDICADO en la enfermedad renal y la hepatopatía graves.
	Naltrexona	Comience con 50 mg/día durante 6-12 meses. En la dependencia de opiáceos, asegúrese de que no haya habido ningún uso de opioides en los 7 últimos días (por ejemplo, mediante la administración de dosis de naloxona).	Sedación, mareo, náuseas y vómitos, dolor abdominal, insomnio, ansiedad, disminución de la energía, dolor articular y muscular. Monitoree la función hepática debido al riesgo de toxicidad hepática.	Riesgo de SOBREDOSIS MORTAL en los pacientes que usan opioides más de 24 horas después de su última dosis de naltrexona, debido a la pérdida rápida del efecto antagonista. ⊗ NO la use en los pacientes con insuficiencia hepática o hepatitis aguda.
	Disulfiram	Comience con 200-400 mg/día	Somnolencia, mareos, cefalea, sofocación, sudor, sensación de sequedad en la boca, náuseas y vómitos, temblor, olor corporal nauseabundo, disfunción sexual. Rara vez, se pueden presentar reacciones psicóticas, dermatitis alérgica, neuritis periférica o daño de las células hepáticas. Las reacciones graves pueden causar confusión, colapso cardiovascular y la muerte.	Los antidepresivos tricíclicos, los inhibidores de la monoamino-oxidasa, los antipsicóticos, los vasodilatadores y los antagonistas adrenérgicos alfa o beta hacen más grave la reacción entre el disulfiram y el alcohol. La sensibilización al alcohol continúa 6-14 días después de tomar disulfiram, aun cuando se trate de cantidades pequeñas. ⊗ NO lo use con el alcohol, ya que las reacciones pueden poner en riesgo la vida o ser mortales. ⊗ NO lo use en las mujeres embarazadas o que amamantan. ⊗



SUS 3 » Seguimiento

1

EVALÚE PARA DETERMINAR SI HAY MEJORÍA



RECOMENDACIONES SOBRE LA FRECUENCIA DE CONTACTO

- » **Uso perjudicial:** Sesión de seguimiento en un mes. Posteriormente, sesiones de seguimiento según sea necesario.
- » **Dependencia:** Consultas de seguimiento varias veces por semana en las dos primeras semanas, luego semanalmente en el primer mes. Una vez que haya una mejoría, disminuya la frecuencia a una vez por mes y, posteriormente, según sea necesario.

En cada consulta, evalúe:

- » La cantidad y la frecuencia del consumo de sustancias, la salud mental, la salud física, los factores de riesgo y de protección (por ejemplo, relaciones, alojamiento, empleo, etc.)
- » Pregunte acerca de los factores que conducen al consumo de sustancias y las consecuencias de ese consumo.

CONSUMO DE SUSTANCIAS EN CURSO

- » Elabore estrategias para reducir el daño.
- » Trate los problemas de salud.
- » Elabore estrategias para reducir el uso.
- » Organice la desintoxicación o el tratamiento de mantenimiento si el paciente está de acuerdo.
- » Examine y contacte a la persona con frecuencia.

SUSPENSIÓN RECIENTE DEL CONSUMO O CAMBIO A UN CONSUMO NO PERJUDICIAL

- » Considere realizar pruebas de orina para confirmar la abstinencia.
- » Proporcione retroalimentación positiva para promover el mantenimiento del uso no perjudicial o la abstinencia.
- » Trate otros problemas médicos.
- » Considere administrar medicamentos para prevenir recaídas en la dependencia de alcohol y de opiáceos.
- » Considere recurrir a terapias psicosociales que previenen las recaídas y a grupos de ayuda mutua.
- » Apoye los factores de que reducen el riesgo de recaída, como la vivienda y empleo.

SUSPENSIÓN PROLONGADA O CONSUMO NO PERJUDICIAL

- » Considere realizar ocasionalmente pruebas de orina para confirmar la no utilización.
- » Retroalimentación positiva.
- » Apoye los factores que reducen el riesgo de padecer recaídas (como la vivienda y el empleo).
- » Trate otros problemas médicos.
- » Promueva la participación en grupos de ayuda mutua.
- » Examine a la persona con menos frecuencia.

CUADRO 2. SIGNOS DE CONSUMO CRÓNICO DE SUSTANCIAS Y ESTUDIOS QUE SE DEBEN CONSIDERAR

SIGNOS DE CONSUMO EXCESIVO Y CRÓNICO DE ALCOHOL:

- » **Hepatopatía:** examine para detectar piel y ojos ictericos (amarillos), bordes hepáticos palpables y dolorosos (en la hepatopatía temprana), nevos aráneos (vasos sanguíneos similares a arañas visibles en la superficie de la piel), ascitis (abdomen distendido lleno de líquido) y estado mental alterado (encefalopatía hepática).
- » **Daño cerebeloso:** Indague si hay problemas de equilibrio, al caminar, en la coordinación de los movimientos y nistagmo.
- » **Estudios:**
 - Enzimas hepáticas: las enzimas hepáticas elevadas y el amoniaco elevado indican una hepatopatía.
 - Recuento sanguíneo completo: determine si hay anemia macrocítica y recuento plaquetario bajo.

SIGNOS DE CONSUMO CRÓNICO DE DROGAS:

- » Dificultad para cuidar de sí mismo, dentición deficiente, infecciones cutáneas parasitarias, como piojos o sarna, y desnutrición.
- » Signos de inyección: busque sitios de inyección en los brazos o las piernas, con marcas visibles tanto nuevas como viejas. Pregúntele a la persona dónde se inyecta e inspeccione los sitios para asegurarse de que no hay ningún signo de infección local.
- » Complicaciones de salud comunes con el consumo de drogas inyectables: las personas que se inyectan drogas están expuestas a un riesgo mayor de contraer infecciones, como la infección por el VIH/SIDA, las hepatitis B y C y la tuberculosis. También corren un alto riesgo de sufrir infecciones cutáneas en los sitios de inyección. En algunos casos, las

infecciones se pueden difundir a través de la sangre y causar septicemia, endocarditis, abscesos vertebrales, meningitis e inclusive la muerte.

» Estudios:

- Tamizaje para detectar drogas en la orina: en los casos de urgencia, se debe efectuar el tamizaje para detectar drogas en la orina siempre que se sospeche la presencia de intoxicación, abstinencia o sobredosis, especialmente cuando la persona no puede informar lo que ha ingerido.
- Si la persona se ha estado inyectando drogas, ofrezca efectuar pruebas serológicas para detectar virus transmitidos por la sangre, la infección por el VIH/SIDA y la hepatitis B y C, etc.
- Si la persona ha tenido relaciones sexuales sin protección, ofrezca efectuar pruebas para detectar infecciones de transmisión sexual, incluidas la infección por el VIH/SIDA, sífilis, clamidiasis, gonorrea e infección por el virus del papiloma humano (VPH).
- Solicite una prueba para detectar tuberculosis, muestras de esputo y una radiografía de tórax si sospecha la presencia de tuberculosis. Investigue signos y síntomas como la tos productiva crónica, fiebres, escalofríos y pérdida de peso.

AUTOLESIÓN/SUICIDIO

El suicidio es el acto de quitarse la vida deliberadamente. La autolesión es un término más amplio que se refiere al envenenamiento o a la lesión autoinfligida intencional, que puede o no tener una intención o resultado fatal. A toda persona de 10 años de edad o más que presente alguna de las siguientes afecciones se les debe preguntar acerca de pensamientos o planes de autolesión en el último mes, y sobre actos de autolesión en el último año:

- » Cualquiera de los trastornos MNS prioritarios.
Vea el “Esquema principal” (EP)
- » Dolor crónico
- » Alteraciones emocionales agudas

Analice la presencia de pensamientos, planes y actos de autolesión durante la evaluación inicial y posteriormente de forma periódica, según sea necesario. Atienda el estado mental y el malestar emocional de la persona.



CONSEJO CLÍNICO:

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

SUI » Panorama breve



EVALUACIÓN

- » Indague si la persona ha intentado un acto médicamente grave de autolesión.
- » Evalúe si existe un riesgo inminente de autolesión/suicidio.
- » Investigue si está presente alguno de los trastornos MNS prioritarios.
- » Determine si hay dolor crónico.
- » Evalúe la gravedad de los síntomas emocionales.



MANEJO

- » **Protocolos de manejo**
 1. Acto médicamente grave de autolesión
 2. Riesgo inminente de autolesión/suicidio
 3. Riesgo de autolesión/suicidio
- » **Tratamiento general e intervenciones psicosociales**



SEGUIMIENTO



SUI 1 » Evaluación

EVALÚE LA POSIBILIDAD DE AUTOLESIÓN/SUICIDIO SI LA PERSONA PRESENTA ALGUNO DE LOS SIGUIENTES SIGNOS Y SÍNTOMAS:

- *Desesperanza y desesperación extremas; pensamientos/planes/actos del presente o pasados de autolesión o suicidio, actos de autolesión con signos de envenenamiento o intoxicación, hemorragia por heridas autoinfligidas, pérdida del conocimiento o letargo extremo*
- *Alguno de los trastornos MNS prioritarios, dolor crónico o alteraciones emocionales graves*

1

¿Ha intentado la persona un acto médicamente grave de autolesión?

Determine si hay evidencias de autolesión o signos y síntomas que requieran tratamiento médico urgente:

- Signos de envenenamiento o Intoxicación
- Sangrado por una herida autoinfligida
- Pérdida del conocimiento
- Letargo extremo

CONSEJO CLÍNICO

Si la persona está médicamente estable, realice el tratamiento apropiado, según sea necesario



NO

SÍ

Se requiere el tratamiento para el acto médicamente grave de autolesión.

» Vaya al **PROTOCOLO 1**

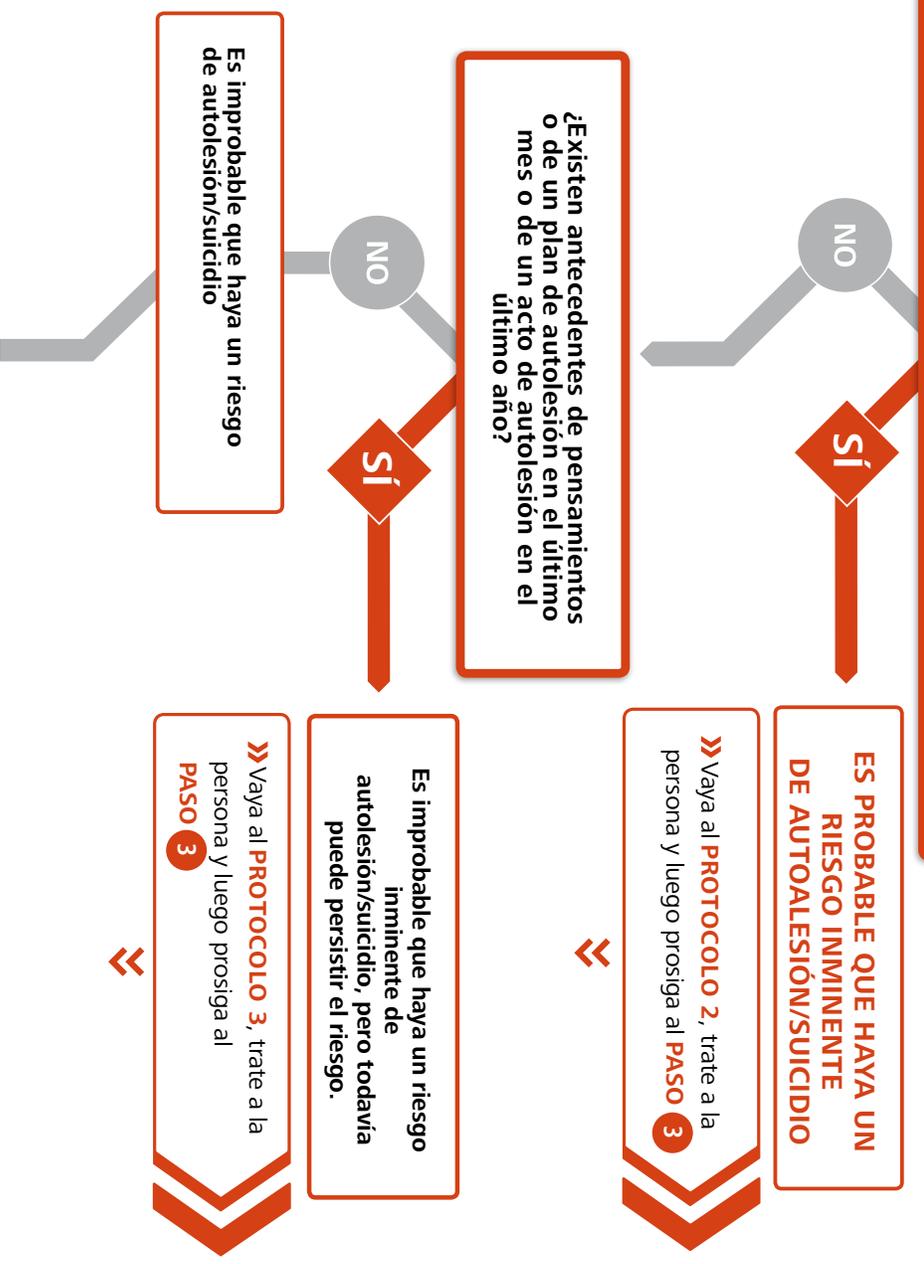
» Vuelva al **PASO 2** una vez que la persona esté médicamente estable.



2 ¿Existe riesgo inminente de autolesión/suicidio?

Pregunte a la persona y a sus cuidadores si observan **ALGUNO** de los siguientes síntomas:

- **Pensamientos** o plan de autolesión/suicidio en la actualidad
- Antecedentes de pensamientos o de un plan de autolesión en el último mes, o de un acto de autolesión en el último año, **en una persona que ahora está extremadamente agitada, violenta, afligida, o no se comunica**



3

¿Tiene la persona trastornos MINS concurrentes?

- Depresión
- Psicosis
- Trastornos por el consumo de

- sustancias
- Epilepsia
- Trastornos mentales y

conductuales del niño y el adolescente



» Trate los trastornos concurrentes.
Vea los módulos pertinentes.

SÍ

NO

4

¿Tiene la persona un dolor crónico?

» Controle el dolor y trate todo trastorno médico pertinente.

SÍ

NO

5

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

— Dificultad para llevar a cabo actividades usuales laborales, escolares, domésticas o sociales

— Automedicación repetida para alteraciones emocionales o síntomas físicos idiópáticos

— Marcada aflicción o búsqueda reiterada de ayuda



» Trate los síntomas emocionales.
» Vaya al módulo »OTR

SÍ

NO

» Vaya a la sección "Seguimiento" del módulo SUI 3

SUI 2 » Manejo

PROTOCOLO

1

Acto médicamente grave de autolesión

- » **En todos los casos:** Coloque a la persona en un entorno seguro y propicio en un establecimiento de salud.
- »  NO deje sola a la persona.
- » Trate médicamente la lesión o la intoxicación.  Si hay intoxicación aguda con plaguicidas, siga las indicaciones de la sección "Tratamiento de la intoxicación con plaguicidas". (2.1)
- » Si se requiere hospitalización, continúe monitoreando estrechamente a la persona para prevenir el suicidio.
- » Cuide a la persona con autolesión. (2.2)
- » Ofrezca y active el apoyo psicosocial. (2.3) 
- » Ofrézcales apoyo a los cuidadores. (2.4)
- » Consulte a un especialista en salud mental, si es factible. 
- » Mantenga contacto regular y **seguimiento** periódico. 

PROTOCOLO

2

Riesgo inminente de autolesión/suicidio

- » Elimine los medios de autolesión/suicidio.
- » Cree un entorno seguro y propicio; si es posible, ofrezca un área tranquila y separada para esperar el tratamiento.
- »  NO deje sola a la persona.
- » Supervise y asigne a un miembro del personal o a un familiar para garantizar la seguridad de la persona en todo momento.
- » Atienda el estado mental y la alteración emocional.
- » Proporcione psicoeducación a la persona y a sus cuidadores. (2.5) 
- » Ofrezca y active el apoyo psicosocial. (2.3) 
- » Ofrézcales apoyo a los cuidadores. (2.4)
- » Consulte a un especialista en salud mental, si es factible. 
- » Mantenga contacto regular y **seguimiento** periódico. 

PROTOCOLO

3

Riesgo de autolesión/suicidio

- » Ofrezca y active el apoyo psicosocial. (2.3) 
- » Consulte a un especialista en salud mental, si es factible. 
- » Mantenga contacto regular y **seguimiento** periódico. 

2.1 Tratamiento de la intoxicación con plaguicidas

- » Si el establecimiento de atención de salud dispone de un conjunto mínimo de capacidades y recursos, trate al paciente usando el documento de la OMS, Clinical Management of Acute Pesticide Intoxication (Manejo clínico de la intoxicación aguda con plaguicidas) http://www.who.int/mental_health/publications/9789241596732/en/, en inglés.

De lo contrario, transfiera a la persona de inmediato a un establecimiento de salud que tenga los siguientes recursos:

- habilidades y conocimientos sobre cómo reanimar a las personas y evaluar para determinar las características clínicas de la intoxicación por plaguicidas;
 - capacidad y conocimientos para tratar las vías respiratorias; en particular, para intubar y prestar apoyo respiratorio hasta que se pueda colocar un respirador;
 - atropina y medios para su administración intravenosa si se presentan signos de intoxicación colinérgica; y
 - diazepam y medios para su administración intravenosa si la persona presenta crisis convulsivas.
- » Considere la posibilidad de administrar carbón activado si la persona está consciente, si da su consentimiento fundamentado y se presenta para la atención una hora después de la intoxicación.
 - » No se recomienda la emesis forzada.
 - » ❌ No se deben dar líquidos por vía oral.

2.2 Atención a la persona con autolesión

- » Coloque a la persona en un entorno seguro y propicio en un establecimiento de salud (❌ no la deje sola). Si la persona debe esperar el tratamiento, ofrezca un ambiente que reduzca al mínimo el malestar; si es posible, colóquela en un área separada y tranquila, bajo supervisión constante y en contacto con un miembro designado del personal o un familiar para garantizar su seguridad en todo momento.
- » Elimine el acceso a medios de autolesión.
- » Consulte a un especialista en salud mental, si es factible. 
- » Movilice a la familia, los amigos y otras personas pertinentes o a los recursos de la comunidad disponibles para supervisar y apoyar a la persona durante el período de riesgo inminente (vea la sección “Ofrezca y active el apoyo psicosocial”). (2.3)
- » Trate a las personas con autolesión con la misma atención, el respeto y la privacidad otorgados a otras personas y sea sensible al sufrimiento emocional asociado con la autolesión.
- » Incluya a los cuidadores si la persona desea su apoyo durante la evaluación y el tratamiento; si es posible, la evaluación psicosocial debe incluir una entrevista personal entre la persona y el trabajador de salud para abordar temas privados.
- » Preste apoyo emocional a los miembros de la familia y los cuidadores, si lo necesitan. (2.4)

- » Vele por la continuidad de la atención.
- » Para la prevención de la autolesión, no se recomienda la hospitalización en servicios no psiquiátricos de un hospital general. Sin embargo, si el ingreso a un hospital general (no psiquiátrico) es necesario para el manejo de las consecuencias médicas de la autolesión, supervise a la persona estrechamente para prevenir otra autolesión mientras está en el hospital.
- » **Si receta medicamentos:**
 - Vea en los módulos pertinentes de la GI-mhGAP las intervenciones farmacológicas para el tratamiento de trastornos concurrentes.
 - Use medicamentos que sean menos peligrosos en caso de una sobredosis intencional.
 - Entregue prescripciones para períodos breves (por ejemplo, para una semana por vez).

INTERVENCIONES PSICOSOCIALES

2.3 Ofrezca y active el apoyo psicosocial

» Brinde apoyo a la persona

- Investigue las razones y las formas para permanecer con vida.
- Concéntrese en los puntos fuertes de la persona y aliéntela a hablar sobre cómo se resolvieron problemas anteriores.
- Si cuenta con recursos humanos suficientes, considere la orientación para la resolución de problemas para ayudar a las personas que han cometido actos de autolesión en el último año. Vaya a “Atención y prácticas esenciales de salud” »APE

» Active el apoyo psicosocial

- Movilice a la familia, los amigos, personas interesadas y otros recursos disponibles para garantizar que se vigila estrechamente a la persona mientras persista el riesgo de autolesión/suicidio.
- Recomiende a la persona y los cuidadores que restrinjan el acceso a medios de autolesión/suicidio (por ejemplo, sustancias plaguicidas o tóxicas, medicamentos de prescripción, armas de fuego, etc.) cuando la persona tiene pensamientos o planes de autolesión/suicidio.
- Optimice el apoyo social de los recursos disponibles en la

comunidad. Estos incluyen recursos informales, como familiares, amigos, conocidos, colegas y líderes religiosos; o recursos formales de la comunidad, si los hay, como los centros de crisis y centros locales de salud mental.

2.4 Apoyo a los cuidadores

- » Informe a los cuidadores y los miembros de la familia que preguntar acerca del suicidio a menudo ayudará a la persona a sentirse aliviada, menos ansiosa y mejor comprendida.
- » Los cuidadores y los familiares de las personas en riesgo de autolesión con frecuencia presentan estrés grave. Présteles apoyo emocional si lo necesitan.
- » Informe a los cuidadores que, aunque puedan sentirse frustrados con la persona, deben evitar manifestar hostilidad y críticas severas hacia la persona vulnerable en riesgo de cometer autolesión/suicidio.

2.5 Psicoeducación

» Mensajes fundamentales para la persona y los cuidadores

- Si tiene pensamientos de autolesión/suicidio, busque ayuda de inmediato recurriendo a un familiar confiable, un amigo o un prestador de atención de salud.
- Está bien hablar del suicidio. Hablar del suicidio no provoca el acto de suicidio.
- Los suicidios son prevenibles.
- Tener un episodio de autolesión/suicidio es un indicador de sufrimiento emocional grave. La persona no ve una opción o una solución. Por consiguiente, es importante hacerle llegar a la persona apoyo inmediato para afrontar los problemas emocionales y los factores estresantes.
- Se deben retirar del hogar los medios de autolesión (por ejemplo, plaguicidas, armas de fuego, medicamentos).
- La red de relaciones sociales, que incluye a la familia y otras personas pertinentes, es importante para proporcionar apoyo social.

SUI 3 » Seguimiento



OTROS PADECIMIENTOS DE SALUD MENTAL IMPORTANTES

Este módulo procura proporcionar orientación básica sobre el manejo de una variedad de afecciones de salud mental no abarcadas en otra parte de esta guía. Algunas de estas afecciones pueden ser similares a la depresión, pero un examen más minucioso permite diferenciarlas de los trastornos cubiertos en esta guía.

Otros padecimientos de salud mental son considerados importantes cuando deterioran el funcionamiento o cuando la persona busca ayuda para tratarlos. Algunas enfermedades de salud mental pueden atribuirse al estrés.

- » No se debe considerar este módulo para las personas que satisfacen los criterios para definir alguno de los trastornos prioritarios abarcados por el mhGAP (excepto la autolección).
- » Este módulo solo debe usarse después de descartar explícitamente la depresión.
- » Se debe usar este módulo cuando se ayuda a adultos. En caso de que la persona sea un niño o adolescente, vaya al módulo » MCON.

OTR » Panorama breve



EVALUACIÓN

- » Descarte causas físicas que explicarían plenamente los síntomas que se manifiestan.
- » Descarte la depresión u otros trastornos MNS.
- » Investigue si la persona está buscando ayuda para aliviar síntomas o tiene considerable dificultades en el funcionamiento diario.
- » Indague si la persona ha estado expuesta a factores estresantes extremos.
- » Evalúe si hay un riesgo inminente de autolesión/suicidio.



MANEJO

- » **Protocolos de manejo**
 1. Otros padecimientos de salud mental importantes
 2. Otros padecimientos de salud mental importantes en personas expuestas a factores estresantes extremos



SEGUIMIENTO

3 ¿Está la persona buscando ayuda para aliviar los síntomas o tiene considerables dificultades en el funcionamiento diario debido a sus síntomas?

» No es necesario ningún tratamiento

NO

SÍ

Es probable que sea **OTRO PADECIMIENTO DE SALUD MENTAL IMPORTANTE**

4

4 **¿Ha estado expuesta la persona a factores estresantes extremos?**
(por ejemplo, violencia física o sexual, accidentes graves, duelo por el fallecimiento de un allegado u otras pérdidas importantes)

NO

SÍ

» Vaya a los **PROTOCOLOS 1 and 2**

» Vaya al **PROTOCOLO 1**

1 **SI HAY RIESGO INMEDIATO DE SUICIDIO, EVALÚE Y TRATE** a la persona antes de proseguir con los protocolos 1 y 2 (Vaya al módulo »SUI).





OTR 2 » Manejo

PROTOCOLO

1

OTROS PADECIMIENTOS DE SALUD MENTAL IMPORTANTES

- » ❌ **NO recete medicamentos ansiolíticos o antidepresivos** (a menos que sea asesorado por un especialista).
- » ❌ **NO aplique inyecciones de vitaminas u otros tratamientos ineficaces.**
- » **En todos los casos, reduzca el estrés y fortalezca los apoyos sociales como se describe en el módulo “Atención y prácticas esenciales de salud” (APE).**
 - Aborde los factores psicosociales estresantes actuales.
 - Fortalezca los apoyos.
 - Enseñe a manejar el estrés, por ejemplo, mediante técnicas de relajación (vea el Cuadro 1 al final del módulo).
- » **Cuando no se identifica ningún trastorno físico que explique plenamente un síntoma somático que se manifiesta, reconozca la realidad de los síntomas y determine explicaciones posibles.**
 - Evite pedir más pruebas de laboratorio u otros estudios a menos que exista una indicación médica clara; por ejemplo, signos vitales anormales.
 - En caso que, de todos modos, se ordene un estudio adicional, reduzca las expectativas poco realistas y dígame a la persona que el resultado previsto probablemente será normal.
- Informe a la persona que no se ha identificado ninguna enfermedad grave. Comuníquese los resultados normales del examen clínico y de las pruebas.
- Si la persona insiste en que se realicen estudios adicionales, considere la posibilidad de decirle que llevar a cabo estudios que no son necesarios puede ser perjudicial para ella porque pueden causar preocupación innecesaria y efectos secundarios.
- Reconozca que los síntomas no son imaginarios y que todavía es importante abordar los síntomas que causan un malestar significativo.
- Pida a la persona su propia explicación de la causa de sus síntomas y pregúntele sobre sus inquietudes. Esto puede dar indicios acerca del origen del malestar, ayudar a establecer una relación de confianza con la persona y aumentar el cumplimiento del régimen terapéutico.
- Explique que el sufrimiento emocional o el estrés a menudo incluyen sensaciones físicas, como dolor de estómago, tensión muscular, etc. Investigue y aborde posibles vínculos entre las emociones o el estrés y los síntomas.
- Promueva la continuación de las actividades diarias (o el retorno gradual a esas actividades).
- Acuérdesse de aplicar la práctica de reducción del estrés y el fortalecimiento del apoyo social. Vaya al módulo **» APE**.

PROTOCOLO

2

OTROS PADECIMIENTOS DE SALUD MENTAL IMPORTANTES EN PERSONAS EXPUESTAS A FACTORES ESTRESANTES EXTREMOS

(por ejemplo, violencia física o sexual, accidentes graves, duelo por el fallecimiento de un allegado u otras pérdidas importantes)

» **En todos los casos, ya sea que la persona presente o no problemas emocionales, físicos o conductuales después de la exposición a un factor en extremo estresante, préstele apoyo según se describe en el PROTOCOLO 1. Escuche atentamente.**

» **❌ NO presione a la persona para que hable del suceso.**

» **Atienda las necesidades sociales de la persona.**

— **Pregunte** a la persona acerca de sus necesidades e inquietudes.

— **Ayude** a la persona a atender sus necesidades básicas, tener acceso a los servicios y conectarse con su familia y otros apoyos sociales.

— **Proteja** a la persona de (mayores) daños, de ser necesario.

— **Alliente** a la persona a que regrese a sus actividades normales anteriores, por ejemplo, escolares o laborales, domésticas y sociales, si es factible y culturalmente apropiado.

» **En el caso de una pérdida importante explique que:**

— Es normal lamentar toda pérdida importante. Uno puede lamentar la pérdida de una persona, un lugar o una propiedad o la pérdida de su propia salud y bienestar. La aflicción tiene efectos tanto mentales como físicos.

— Las personas se aflicten de diferentes maneras. Algunas personas muestran

emociones fuertes mientras que otras no las manifiestan. El llanto no significa que uno es débil. Las personas que no lloran pueden sentir un dolor emocional igualmente profundo, pero tienen otras formas de expresarlo.

— En la mayoría de los casos, la aflicción disminuirá con el transcurso del tiempo. Uno puede pensar que la tristeza, la añoranza o el dolor que siente nunca desaparecerán, pero, en la mayoría de los casos, estos sentimientos se disipan con el transcurso del tiempo. A veces una persona puede sentirse bien durante algún tiempo, luego algo le recuerda la pérdida y pueden sentirse tan mal como al principio. No hay una manera correcta o errónea de sentir aflicción. A veces, quizás uno se sienta muy triste, otras veces, permanezca insensible, y en otros momentos tal vez pueda sentir alegría. Estas experiencias se vuelven generalmente menos intensas y menos frecuentes con el transcurso del tiempo.

» **En caso de la pérdida de un ser querido, aborde la pérdida y brinde apoyo para el ajuste o para procesos de duelo culturalmente apropiados.**

— Pregunte si se han realizado o planeado ceremonias o rituales de duelo. Si no es este el caso, examine los obstáculos y cómo abordarlos.

» **Si se sospecha que existe un trastorno de duelo prolongado, consulte a un especialista para una nueva evaluación y manejo.** 

— La persona puede haber prolongado el trastorno de duelo si los síntomas implican considerables dificultades en el funcionamiento diario **durante al menos 6**

meses e incluyen preocupación grave o nostalgia intensa por la persona difunta, acompañada de un intenso dolor emocional.

» **En el caso de reacciones a la exposición reciente a un suceso potencialmente traumático, explique que:**

— Las personas a menudo tienen reacciones después de sucesos de ese tipo. Las reacciones pueden ser sumamente variables de una persona a otra y cambiar con el transcurso del tiempo.

— Pueden incluir síntomas somáticos como palpitaciones, achaques y dolores, alteraciones gástricas y cefaleas y síntomas emocionales y conductuales como perturbación del sueño, tristeza, ansiedad, irritación y agresión.

— Esos sentimientos se pueden exacerbar o pueden reaparecer cuando se presentan recordatorios del acontecimiento estresante o nuevos factores estresantes.

— En la mayoría de los casos, los síntomas probablemente disminuyan con el transcurso del tiempo, en particular, si la persona descansa o recibe apoyo social y se ocupa de reducir del estrés. Vaya al módulo » **APE**. Vaya al **Cuadro 1**.

» **Si se sospecha que existe un trastorno de estrés postraumático (TEPT), consulte a un especialista para una nueva evaluación y manejo.** 

— Después de un suceso en potencia traumático, tal vez la persona sufra un trastorno por estrés postraumático si los síntomas incluyen considerables dificultades en el funcionamiento diario **por al menos 1 mes** y la recurrencia de sueños atemorizantes, escenas retrospectivas o la intrusión de recuerdos del suceso, acompañados de temor u horror intensos; evitar deliberadamente recordatorios del suceso; inquietud excesiva y estado de alerta a un peligro; o reacción desmesurada a ruidos fuertes o movimientos inesperados.



OTR 3 » Seguimiento

EVALÚE AL PACIENTE PARA DETERMINAR SI HAY MEJORA

¿Está mejorando la persona?

SÍ

NO

- » Continúe con el plan de tratamiento.
- » Efectúe el seguimiento según sea necesario. 

RECOMENDACIONES SOBRE LA FRECUENCIA DE CONTACTO

- » Pídale a la persona que regrese en 2 ó 4 semanas si sus síntomas no mejoran o sí, en cualquier momento, sus síntomas empeoran.



Si la persona no está mejorando o la persona o el cuidador insisten en que se realicen otras investigaciones y tratamiento:

- » Examine los protocolos 1 y 2.
- » Considere la posibilidad de consultar a un especialista. 

CUADRO 1: INSTRUCCIONES PARA LA CAPACITACIÓN EN TÉCNICAS DE RELAJACIÓN

» **Explique lo que hará usted.**

“Voy a enseñarle cómo respirar de una manera que le ayudará a relajar el cuerpo y la mente. Tomará algo de práctica antes de que usted sienta los beneficios totales de esta técnica respiratoria. La razón de que esta estrategia se concentre en la respiración es que, cuando nos sentimos estresados, nuestra respiración se vuelve rápida y poco profunda, lo cual nos hace sentir más tensos. Para empezar a relajarse, usted tiene primero que cambiar su respiración. Antes de comenzar relajaremos el cuerpo”.

» **Comience lentamente los ejercicios de relajación y demuestre cómo respirar.**

“Agite y afloje suavemente los brazos y las piernas. Déjelos blandos y flojos. Haga retroceder los hombros y mueva suavemente la cabeza de un lado a otro. Ahora coloque una mano sobre la barriga y la otra mano sobre la parte superior del tórax. Quiero que se imagine que tiene un globo en su estómago y que, cuando inhale, va a inflar ese globo de tal modo que su estómago se dilatará. Y cuando exhale, también saldrá el aire del globo, y así se aplanará su estómago. Primero observe cómo lo hago. Voy a exhalar primero para sacar todo el aire de mi estómago”. Demuestre cómo respirar desde el estómago; trate de exagerar la dilatación y la contracción de su estómago.

» **Concéntrese en las técnicas de respiración.**

“Trate de respirar desde el estómago conmigo. Recuerde que comenzamos exhalando hasta que alga todo el aire; luego inhale. Si puede, inhale el aire por la nariz y exhálolo por la boca. El segundo paso es desacelerar el ritmo de su respiración. Tome tres segundos para inhalar el aire, dos segundos para retenerlo y tres segundos para exhalarlo. Contaré con usted. Puede cerrar los ojos o mantenerlos abiertos. Lentamente inhale, 1, 2, 3. Retenga, 1, 2. Ahora exhale, 1, 2, 3”. Repita este ejercicio respiratorio durante aproximadamente un minuto, descanse durante un minuto y luego repita el ciclo dos veces más.

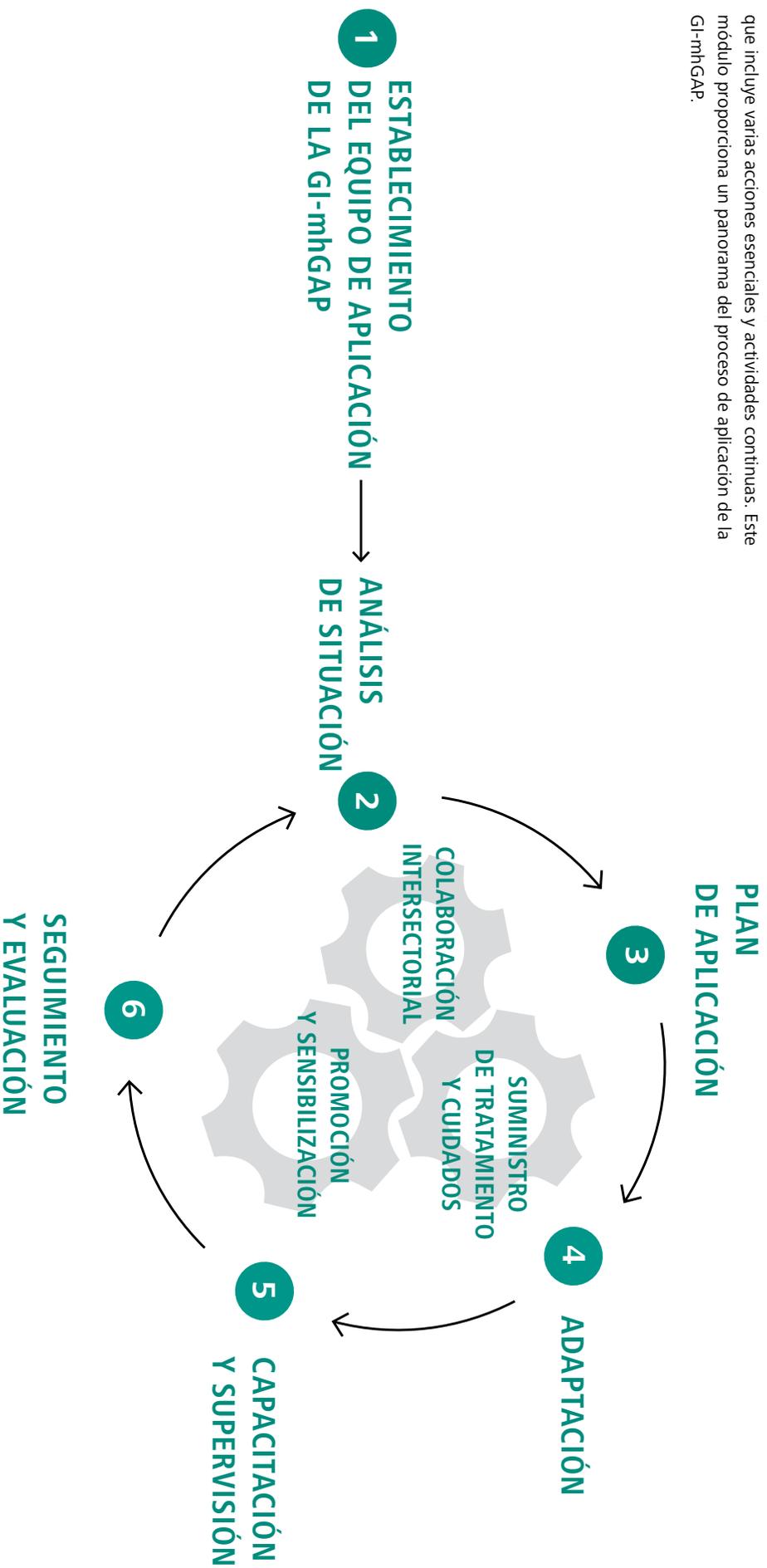
» **Promueva la autopráctica.**

“Trate hacerlo solo durante un minuto. Esto es algo que usted puede practicar por sí solo”.

APLICACIÓN DE LA GI-mhGAP

Proceso de aplicación de la GI-mhGAP

Se recomiendan a los planificadores de programas varias medidas para aplicar esta guía en los entornos de atención de salud no especializada, las cuales se pueden resumir en el diagrama mostrado a continuación, que incluye varias acciones esenciales y actividades continuas. Este módulo proporciona un panorama del proceso de aplicación de la GI-mhGAP.



1 Establecimiento del equipo de aplicación de la GI-mhGAP

- » Puede ser necesario tener uno o más equipos según las zonas o regiones geográficas que se abarcarán.
- » Defina claramente la finalidad y las atribuciones de los equipos de aplicación y elabore un plan de trabajo para cada uno de los miembros del equipo o equipos. Una de las funciones clave de este equipo es supervisar el proceso de aplicación.
- » Aproveche cualquier órgano o grupo existente en lugar de establecer un nuevo, por ejemplo, un comité de salud o un grupo de consulta de la comunidad. A veces hay más de un grupo. La fusión de los grupos o el establecimiento de un grupo nuevo con la participación de los miembros de todos ellos podría ser una solución.
- » Los miembros del equipo de aplicación deben incluir a por lo menos un miembro de cada una de las siguientes categorías: la sociedad civil y los usuarios de los servicios, los formuladores de políticas, los financiadores o donantes reales y potenciales, los directores de programas, los prestadores de servicios, y los responsables de la comunicación.
- » Forme grupos de acción o grupos de trabajo más pequeños para concentrarse en actividades específicas, por ejemplo, un grupo de acción para realizar actividades de capacitación y otro para llevar a cabo actividades de promoción y de sensibilización. Siempre defina claramente las funciones de un grupo de trabajo y la función de cada uno de sus miembros.

2 Análisis de situación

El objetivo principal del análisis de situación es aportar información con respecto a los recursos y las necesidades en cuanto a trastornos MNS para la planificación, la adaptación y el proceso de aplicación. Este proceso incluye estudios teóricos, por ejemplo, comprobar el perfil de país en el Atlas de Salud Mental de la OMS, el informe del Instrumento de Evaluación para Sistemas de Salud Mental (IESM) de la Organización Mundial de la Salud, o evaluaciones ya existentes, y entrevistas y discusiones en grupo con múltiples interesados directos para responder a las siguientes preguntas:

- » ¿Qué tipo de evaluaciones de necesidades y recursos se deben hacer primero? ¿Cuáles ya se conocen?
- » ¿Cuáles son las políticas nacionales concernientes a la salud mental, a las capacidades del personal en el país o la región, y a las organizaciones que prestan servicios de salud mental?
- » ¿Cuáles son los sistemas de creencias y los comportamientos de búsqueda de atención relacionados con la salud mental en el país o la región?
- » ¿Qué barreras potenciales existen en relación con la aplicación de la GI-mhGAP, como la estigmatización y la discriminación de las personas con trastornos MNS, y las prioridades nacionales de salud que sustituyen a los trastornos MNS?

3 Plan de aplicación de la GI-mhGAP

Sobre la base del análisis situacional, elabore un plan para la aplicación de la GI-mhGAP que responda a las siguientes preguntas:

DÓNDE

- » ¿Dónde se aplicará la GI-mhGAP (por ejemplo, en establecimientos, en distritos, en ciudades)?

CUÁNDO

- » ¿Cuándo se ejecutará cada una de las actividades de la GI-mhGAP (por ejemplo, un calendario para la adaptación, la formación de formadores, las actividades de capacitación, la supervisión y las actividades de promoción)?

QUÉ

- » ¿Cuáles son los recursos necesarios y disponibles para la aplicación de la GI-mhGAP, incluidos los recursos financieros y humanos y la infraestructura (por ejemplo, establecimientos, abastecimiento de medicamentos)?

QUIÉN

- » ¿Quiénes se capacitarán y qué conocimientos y aptitudes tendrán ya (por ejemplo, las habilidades y conocimientos que ya tienen las enfermeras y médicos de atención primaria de salud), y quién será responsable de cada actividad (por ejemplo, quién capacitará y supervisará)?

CÓMO

- » ¿Cómo se puede mejorar la comunicación y las vías de derivación de pacientes en los diferentes niveles del sistema al mismo tiempo que se introduce el servicio nuevo?
- » ¿Cómo se pueden recopilar datos sobre las actividades de aplicación de la GI-mhGAP e integrarlos en los indicadores de los sistemas de información sanitaria?

4 Adaptación

La adaptación de la GI-mhGAP es el proceso de decidir acerca de los cambios necesarios en la GI-mhGAP, sus materiales de capacitación, sus herramientas para el seguimiento y la evaluación, y otras herramientas con el fin de que sean adecuados para el contexto particular de un país o un distrito, y de poner en práctica esos cambios.

Finalidad de la adaptación de la GI-mhGAP:

Hacer factible la aplicación de la guía, incluidos sus componentes de evaluación y manejo, en todo el sistema local de salud.

- » Conseguir que la guía sea aceptable en el contexto sociocultural local.
- » Usar términos locales para mejorar la comunicación con los usuarios y los cuidadores.
- » Aclarar las vías/frutas de derivación de pacientes.
- » Elaborar materiales compatibles con las directrices para el tratamiento y las políticas nacionales pertinentes, según proceda.
- » Proporcionar una base para la elaboración de programas de capacitación y herramientas apropiados.
- » Asegurar que los indicadores de la vigilancia y la evaluación concuerdan con los sistemas nacionales de información sanitaria.

Método para la adaptación de la GI-mhGAP:

- » Organice un taller con un grupo de diferentes interesados directos para contextualizar y adaptar la GI-mhGAP, sus materiales didácticos, la vigilancia y la evaluación, y otras herramientas.
- » Incluya a expertos que representen a las disciplinas pertinentes, (por ejemplo, psiquiatría, adicciones, neurología, pediatría, trabajo social y psicología); a personas que representen diferentes niveles de atención general de salud, (por ejemplo, profesionales de salud pública, prestadores de atención primaria de salud, especialistas en medicina familiar, enfermeras, farmacéuticos, profesionales del sistema de información sanitaria); a usuarios de los servicios; y a los formuladores de políticas.
- » Use los análisis situacionales efectuados en las regiones en que se aplicará la GI-mhGAP.
- » Asegúrese que el proceso de adaptación concuerde con los documentos nacionales (por ejemplo, la política nacional de salud, la legislación y los planes nacionales, los protocolos y directrices clínicos usados en los servicios generales de salud y en la atención primaria de salud del país y la lista nacional de medicamentos).

5 Capacitación y supervisión para la aplicación de la GI-mhGAP

Aun aspecto importante de la aplicación de la GI-mhGAP es la capacitación de los prestadores de atención de salud que trabajan en entornos no especializados para suministrar intervenciones como personal de primera línea, junto con el establecimiento de mecanismos para garantizarles apoyo y supervisión continuos. Si bien esta Guía de intervención será utilizada principalmente por no especialistas, se requiere el esfuerzo coordinado de especialistas y expertos en salud pública para garantizar su aplicación óptima.

El objetivo de la capacitación en el uso de la GI-mhGAP es enseñarles a los prestadores de atención de salud no especializada las habilidades y conocimientos necesarios para evaluar y tratar a las personas con trastornos MNS prioritarios. La duración de la capacitación depende de las adaptaciones locales hechas, así como de los conocimientos y aptitudes que ya tienen los prestadores de atención de salud no especializada. Generalmente, este proceso de capacitación toma varios días completos y puede realizarse de manera presencial o en línea, según sea factible.

La estructura de la capacitación puede seguir un plan de secuencia en cadena con dos niveles: un maestro facilitador capacita a los “formadores” que luego capacitan a los prestadores de atención de salud no especializada de primera línea.

Formación de formadores en la aplicación de la GI-mhGAP:

El objetivo es conseguir que los formadores estén capacitados y seguros de su habilidad para capacitar a los prestadores de atención de salud no especializada y servir como recursos de información para dichos prestadores.

Los formadores y los supervisores de la aplicación de la

GI-mhGAP deben tener las siguientes características:

- » Ser especialistas en la atención de trastornos MNS (psiquiatras, enfermeras psiquiátricas, neurólogos, etc.); médicos o enfermeras capacitados y experimentados en el manejo de trastornos MNS usando la GI-mhGAP; o supervisores ya existentes en el sistema general de salud.
- » Tener aptitudes y experiencia clínica en salud mental o en el tratamiento de trastornos MNS.
- » Tener aptitudes y experiencia en relación con los aspectos administrativos de tratar trastornos MNS, incluidos el registro, el seguimiento y la derivación.
- » Ser buenos facilitadores y tener habilidad para solucionar problemas.
- » Estar disponibles para el apoyo y la supervisión, incluidas las visitas periódicas de supervisión.

La agenda de capacitación:

Se espera que los formadores dicten cursos futuros de capacitación en la aplicación de la GI-mhGAP a los prestadores de atención de salud y les brinden apoyo y supervisión. Además de capacitarse en la evaluación y el manejo de personas con trastornos MNS, como se describe en la GI-mhGAP, aprenderán sobre métodos de capacitación, planificación de programas de estudios, métodos de supervisión y garantía de la calidad.

Apoyo y supervisión en la capacitación sobre la GI-mhGAP:

Los participantes del curso de capacitación sobre la GI-mhGAP generalmente son miembros del personal de atención de salud no especializada que trabaja en consultorios u hospitales de nivel primario o secundario del sistema de salud. Requieren ayuda continua para transferir a su práctica clínica lo que han aprendido en la capacitación. La supervisión es vista como parte del proceso continuo de educación requerido para crear prestadores de atención de salud competentes en la aplicación del mhGAP. El apoyo y la supervisión no solo pretenden ayudar a quienes se capacitan para prestar mejor atención de salud mental (supervisión clínica) sino que también brindan apoyo en el entorno de trabajo relacionado con la aplicación de la GI-mhGAP (supervisión administrativa y del programa).

Metas específicas del apoyo y la supervisión:

- » Ayudar en la transferencia a la práctica clínica de las habilidades y los conocimientos obtenidos mediante la capacitación en la aplicación de la GI-mhGAP.
- » Garantizar el suministro adecuado de intervenciones de salud mental de acuerdo con la GI-mhGAP y abordar áreas para el desarrollo de otras habilidades.
- » Identificar y ayudar a resolver los problemas que afectan a quienes se capacitan en la aplicación de la GI-mhGAP al afrontar situaciones clínicas complicadas.
- » Ayudar a motivar a los trabajadores de atención de salud no especializados a que presten atención de buena calidad a las personas con trastornos MNS.

- » Asegurar que se establezcan los registros y procedimientos administrativos necesarios para los trastornos MNS, como la derivación a otros establecimientos de salud y el seguimiento, y que se los integre en los sistemas existentes en los establecimientos de salud locales.

- » Asegurarse de que el suministro de medicamentos, equipo médico y otros sistemas de apoyo a la ejecución de la GI-mhGAP estén en funcionamiento.

- » Demostrar y alentar actitudes libres de prejuicios y respetuosas y un tratamiento ético que promueva y proteja los derechos humanos de las personas con trastornos MNS.

- » Prestar apoyo a los prestadores de atención de salud que sufran estrés.

6 Seguimiento y evaluación

El seguimiento y la evaluación pueden suministrar información acerca de si un programa logra hacer un cambio y a quién beneficia; puede identificar las áreas programáticas que siguen el rumbo previsto o los aspectos de un programa que es preciso ajustar. La información obtenida con el seguimiento y la evaluación puede demostrar a los ejecutores y a los financiadores del programa que sus inversiones están dando resultado. El seguimiento y la evaluación aportan información vital para aprender de experiencias anteriores, mejorar la prestación de los servicios, planificar, asignar recursos y demostrar los resultados como parte de la rendición de cuentas a interesados directos clave. La frase, "lo que se mide se hace," resume la importancia del seguimiento y la evaluación en la planificación y ejecución de los programas.

El seguimiento y la evaluación abarcan la planificación, la coordinación, la recopilación, el análisis y el uso de datos a nivel nacional, distrital y local, incluyendo a los establecimientos de salud y a los facilitadores de la GI-mhGAP, así como a los que reciben la formación y a sus supervisores; por consiguiente, será conveniente que el equipo de aplicación de la GI-mhGAP designe a un coordinador o un subcomité de seguimiento y evaluación para planificar y llevar a cabo esa tarea.

Algunos ejemplos de los indicadores que se pueden usar para vigilar la ejecución de la GI-mhGAP son: los indicadores a nivel de establecimiento, por ejemplo, el número de prestadores de atención de salud no especializada capacitados en el empleo de la GI-mhGAP, el número de visitas de apoyo y supervisión a cada establecimiento de salud que aplique la GI-mhGAP; y los indicadores a nivel del sistema, por ejemplo, el número de establecimientos de salud que usan la GI-mhGAP para evaluar y tratar a personas con trastornos MNS, y el número de establecimientos de salud con un suministro ininterrumpido de medicamentos esenciales para el tratamiento de trastornos MNS.

Asegúrese de que los indicadores formen parte del sistema de información de salud nacional. La recopilación de datos usando indicadores ayudará a vigilar la aplicación de la GI-mhGAP. También ayudará a informar cada dos años sobre la salud mental nacional al Atlas de Salud Mental de la OMS, con el fin de monitorear el progreso en la ejecución del Plan de acción sobre salud mental 2013-2020.

Evalue el proceso de aplicación de la GI-mhGAP, identifique los éxitos y las necesidades de mejoramiento, y actualice el análisis de situación.

Además de las seis acciones descritas anteriormente, hay tres actividades continuas que forman parte esencial de la aplicación de la GI-mhGAP. Las mismas se describen en las secciones que están a continuación.

A. SUMINISTRO DE TRATAMIENTO Y CUIDADOS:

La GI-mhGAP recomienda que algunas intervenciones farmacológicas y psicológicas sean realizadas por los prestadores de atención de salud no especializada. Recomendada, por ejemplo, la orientación para la resolución de problemas y la terapia interpersonal para la depresión en adultos. La OMS ha elaborado intervenciones psicológicas simplificadas. Estas son intervenciones adaptables y su aplicación requiere un grado menor de utilización de recursos humanos especializados. Esto significa que se ha modificado la intervención para usar menos recursos, en comparación con las intervenciones psicológicas convencionales, y que las personas con o sin preparación anterior en la atención de salud mental pueden llevar a cabo eficazmente versiones de baja intensidad de la orientación para la resolución de problemas y la terapia interpersonal siempre que hayan sido capacitadas y sean supervisadas. Los siguientes son ejemplos de manuales de intervenciones psicológicas adaptables de la OMS, que forman

parte del paquete del mhGAP: *Problem Management Plus (PM+)* (Manejo de Problemas Plus); *Group Interpersonal Therapy for Depression* (Terapia interpersonal grupal para la depresión); *Pensamiento Saludable* (para la depresión neonatal); y *Parent Skills Training Package*, para la formación en habilidades para padres. Algunas de estas publicaciones están solo en inglés.

Se pueden usar medicamentos esenciales para tratar los síntomas de trastornos MNS con el fin de acortar el curso de muchos trastornos, reducir la discapacidad y prevenir recaídas. Los medicamentos esenciales forman parte de las listas modelos de medicamentos esenciales de la OMS. El acceso a los medicamentos esenciales es un componente del derecho al "goce del grado máximo de salud que se pueda lograr".

Hay cuatro grupos principales de medicamentos para los trastornos MNS prioritarios mencionados en esta guía:

- » antipsicóticos para los trastornos psicóticos;
- » medicamentos usados para los trastornos del estado de ánimo (depresivo o bipolar);
- » anticonvulsivos o antiepilépticos, y
- » medicamentos empleados para el tratamiento de la intoxicación con sustancias, y de la abstinencia o la dependencia de sustancias.

Las experiencias en muchos países demuestran que las mejoras en el suministro y el uso de medicamentos son posibles. El acceso de las poblaciones a los medicamentos esenciales es determinado por (i) una selección racional de medicamentos; (ii) conseguir que los precios sean asequibles; (iii) garantizar el financiamiento sostenible; y (iv) disponer de sistemas fiables de salud y de distribución de medicamentos.

B. PROMOCIÓN Y SENSIBILIZACIÓN:

La promoción de la salud mental utiliza información de manera deliberada y estratégica para influir en otros a fin de producir un cambio. Incluye la promoción de las necesidades y los derechos de las personas con trastornos mentales, así como los de la población en general. La promoción es distinta de la educación. La educación informa y ayuda a generar la comprensión de un problema. La promoción, por su parte, busca persuadir. Esto se hace mediante solicitudes y demandas de acciones específicas. Un principio básico es que la promoción solo es eficaz cuando se le pide al público destinatario que haga algo. La movilización de las personas significa pedirles que formen parte de la solución.

Ejemplos de medidas de promoción

Medidas de promoción en la población en general:

- » Incluya y movilice a las personas con trastornos MNS y sus cuidadores en las medidas de promoción. Asegúrese de que la comunidad tenga contacto social directo y positivo con las personas con trastornos MNS.
 - » Use los medios de difusión para aumentar la conciencia acerca de los problemas de salud mental, por ejemplo, mediante anuncios públicos, artículos en revistas y anuncios en los centros de salud, y al mismo tiempo subraye la necesidad de la notificación responsable, en particular con respecto al suicidio.
 - » Proporcione educación acerca de problemas de salud mental en los lugares públicos (por ejemplo, escuelas, centros de atención de salud).
 - » Celebre actos públicos y conferencias sobre temas de salud mental.
- » **Medidas de promoción con trabajadores de salud en general y con trabajadores de salud mental:**
 - » Promueva la comprensión de la importancia de la atención en las comunidades, la participación comunitaria y los derechos humanos de las personas afectadas por trastornos MNS.
 - » Brinde capacitación y apoyo adecuados para el personal de salud mental y para el personal en general.

C. COLABORACIÓN INTERSECTORIAL Y FORMACIÓN DE REDES:

La aplicación de la GI-mhGAP requiere la colaboración entre diversos sectores e interesados directos, como los siguientes:

- » **Servicios de salud y prestadores de atención especializada y no especializada:** por ejemplo, psicólogos, agentes de salud de la comunidad, asistentes sociales, prestadores de servicios de hospitalización o ambulatorios.
 - » **Usuarios de los servicios:** por ejemplo, grupos o individuos que padecen el mismo trastorno, miembros de la familia con el mismo trastorno o que cuidan a alguien con el mismo trastorno (después de obtener el consentimiento de todos los involucrados).
 - » **Familiares y amigos:** Identifique las actividades sociales previas de la persona que, si se reinician, podían prestar apoyo psicológico y social directo o indirecto (por ejemplo, reuniones de familia, salidas con amigos, vistas a vecinos, actividades sociales en el lugar de trabajo, deportes, actividades de la comunidad) y aliente a la persona a que reanude esas actividades.
 - » **Apoyos comunitarios informales:** por ejemplo, grupos espirituales, grupos de ahorro, grupos recreativos, grupos de mujeres, grupos de apoyo a los jóvenes, grupos culturales, grupos de apoyo mutuo, líneas telefónicas de ayuda.
- » **Educación y empleo:** por ejemplo, las escuelas, la educación, los programas que generen ingresos o de formación vocacional. En concreto, programas de prevención de suicidios en entornos escolares que incluyan capacitación para la sensibilización sobre la salud mental y capacitación en habilidades para reducir los intentos de suicidio y las defunciones por suicidio en estudiantes adolescentes.
 - » **Organizaciones no gubernamentales:** por ejemplo, apoyo jurídico, servicios de protección del menor, programas para combatir la violencia de género o programas de apoyo psicosocial.
 - » **Servicios y prestaciones gubernamentales:** por ejemplo, sistemas públicos de justicia, servicios de bienestar infantil, pensiones, prestaciones por discapacidad, descuentos en el transporte público.
- Para facilitar la colaboración eficaz entre estos grupos, es importante lo siguiente:**
- » Asegúrese de que los miembros del equipo de aplicación de la GI-mhGAP tengan **papeles y funciones bien definidos.**
 - » **Prepare una lista de recursos y prestaciones** para ayudar al personal de atención de salud no especializado a establecer conexiones importantes para las personas con trastornos prioritarios del mhGAP, sus cuidadores y otros familiares, mediante la **recopilación de información obtenida en el análisis de situación y la actualización periódica de la lista sobre la base de nueva información.**

GLOSARIO

TÉRMINO	DEFINICIÓN
Abceso espinal	Una afección de la médula espinal, causada por una infección generada por una fuente bacteriana, vírica o fúngica. Este trastorno se caracteriza por una acumulación focal de material purulento dentro de la médula espinal. Puede presentarse con fiebre, dolor de espalda y deficiencias neurológicas. Se produce la transmisión mediante la propagación hematogena del agente infeccioso.
Acatisia	Sensación subjetiva de desasosiego, a menudo acompañada de movimientos excesivos observables (por ejemplo, mover nerviosamente las piernas, balancearse constantemente de un pie al otro, caminar de un lado a otro, no poder permanecer quieto sentado o de pie).
Accidente cerebrovascular	Trastorno súbito de la función cerebral atribuible a una vasculopatía, principalmente trombosis, hemorragia o embolia.
Accidente isquémico transitorio	Episodio transitorio de disfunción neurológica focal aguda causado por la isquemia focal del cerebro o la retina, sin infarto agudo comprobado en el área clínicamente pertinente del cerebro. Los síntomas deben desaparecer completamente en un plazo de 24 horas.
Ainesia	Ausencia o falta de movimientos voluntarios. Dificultad para iniciar movimientos o cambiar de un patrón motor a otro, que se asocia con la enfermedad de Parkinson.
Activación conductual	Tratamiento psicológico que se concentra en mejorar el estado de ánimo mediante la reanudación de actividades con una finalidad definida y de las que antes se disfrutaba, pese al ánimo deprimido. Puede ser usada como un tratamiento independiente o como componente de la terapia cognitivo conductual.
Actividades de la vida diaria (AVD)	Un concepto de funcionamiento - las actividades de la vida diaria son actividades básicas necesarias para la vida independiente, como comer, bañarse y usar el inodoro. Este concepto tiene varias herramientas de evaluación para determinar la capacidad de la persona de realizar la actividad con o sin asistencia.
Agitación	Inquietud marcada y actividad motora excesiva, acompañadas de ansiedad.
Agranulocitosis	Trastorno sanguíneo en el cual hay una ausencia de granulocitos (un tipo de leucocito). Es un trastorno agudo que incluye leucopenia grave y peligrosa, también conocida como agranulocitosis secundaria inducida por medicamentos.

TÉRMINO	DEFINICIÓN
Aislamiento social	Incapacidad de una persona de emprender actividades o interacciones apropiadas para su edad con sus compañeros o familiares.
Alucinación	Percepción falsa de la realidad: ver, oír, sentir, oler o saborear cosas inexistentes.
Alzheimer, enfermedad de	Enfermedad cerebral degenerativa primaria de etiología desconocida, que en la mayoría de los casos presenta características neuropatológicas y neuroquímicas. El trastorno es de aparición insidiosa y se desarrolla de manera lenta pero sostenida durante un lapso de varios años.
Cuidado de relevo	Suministro de atención temporal de salud a una persona normalmente asistida en su casa.
Ataques	Término coloquial para las convulsiones. Vea convulsión .
Ataxia	Deficiencia de la coordinación muscular. Las personas con ataxia tienen problemas con la coordinación porque están afectadas partes del sistema nervioso que controlan el movimiento y el equilibrio. La ataxia puede afectar a los dedos, las manos, los brazos, las piernas, el cuerpo, el habla y los movimientos oculares.
Autismo, trastornos del espectro autista	Término general que abarca alteraciones como el autismo, el trastorno desintegrativo infantil y el síndrome de Asperger.
Autolesión	Envenenamiento o traumatismo autoinfligido, con o sin intención de quitarse la vida, y que no siempre es mortal.
Autonomía	Capacidad percibida de controlar, afrontar y tomar decisiones personales sobre cómo vivir diariamente, conforme a las propias reglas y preferencias.
Capacitación en técnicas de relajación	Capacitación en técnicas tales como ejercicios respiratorios para producir la respuesta de relajación.
Cognitivo	Adjetivo aplicable a los procesos mentales asociados con el pensamiento, tales como el raciocinio, la memoria, el juicio, la resolución de problemas y la planificación.
Comorbilidad, trastornos concomitantes	Términos usados para referirse a enfermedades o trastornos que existen simultáneamente.

TÉRMINO	DEFINICIÓN
Comportamiento desinhibido, falta de inhibiciones	Falta de restricción que se manifiesta en el desdén hacia las convenciones sociales, en la impulsividad y la deficiente evaluación de los riesgos. Puede afectar a los aspectos motores, emocionales, cognitivos y de percepción del funcionamiento de la persona.
Comportamiento desorganizado	Comportamiento, como la postura, la forma de caminar y otras actividades, que es impredecible o no tiene un objetivo claro (por ejemplo, gritarles a desconocidos en la calle).
Comportamiento confrontacional	Comportamiento marcadamente desafiante, desobediente, provocativo o rencoroso, que se puede manifestar como estado de ánimo irritable o enojo persistente y predominante, a menudo acompañado por explosiones severas de mal genio o un comportamiento porfiado, polémico y desafiante.
Confidencialidad	Término que significa que se protege la privacidad en el contexto de la comunicación privilegiada (como a las consultas de médicos y pacientes) y los expedientes médicos.
Confusión, estado de confusión	Estado de deterioro de la conciencia asociado con enfermedad cerebral orgánica aguda o crónica. Clínicamente se caracteriza por la desorientación, la lentitud de los procesos mentales con asociación deficiente de las ideas, apatía, falta de iniciativa, fatiga y déficit de atención. En los estados de confusión leves, el examen puede generar respuestas y comportamientos racionales, pero los grados más severos del trastorno vuelven a la persona incapaz de mantener el contacto con el entorno.
Consentimiento fundamentado	Proceso por el cual el prestador de atención de salud revela información apropiada a una persona que luego puede elegir voluntariamente aceptar o rechazar una alternativa. El consentimiento fundamentado incluye una discusión de los siguientes elementos: la naturaleza de la decisión o procedimiento; las opciones razonables para la intervención propuesta; los riesgos, los beneficios y las incertidumbres relacionadas con cada opción; la evaluación de la comprensión de la persona y la aceptación de la intervención por la persona.
Convulsión, movimiento convulsivo	Trastornos clínicos o subclínicos de la función cortical debidos a descargas eléctricas anormales, súbitas, excesivas, y desorganizadas de las neuronas cerebrales (véase crisis convulsiva). Las manifestaciones clínicas incluyen fenómenos motores, sensoriales y psíquicos anormales.
Crisis convulsiva	Episodio de disfunción cerebral debida a alteraciones de la función cortical que dan como resultado la descarga súbita, anormal, excesiva y desorganizada de neuronas cerebrales. Las manifestaciones clínicas incluyen fenómenos motores, sensoriales y psíquicos anormales.
Deambulación	Las personas que padecen demencia sienten el deseo de caminar sin rumbo determinado y en algunos casos salen de sus hogares. A menudo pueden experimentar desorientación y tal vez se pierdan.

TÉRMINO	DEFINICIÓN
Déficits focales	Signos neurológicos que son fenómenos o respuestas corporales observables que sugieren la localización de una lesión del sistema nervioso relativamente circunscrita.
Delirio	Estado mental fluctuante y pasajero caracterizado por un déficit de la atención (por ejemplo, menor capacidad para dirigir, enfocar, fijar y desviar la atención) y de la percepción (por ejemplo, menor orientación hacia el medio circundante) que se produce en poco tiempo y tiende a fluctuar en el transcurso del día. Se acompaña de (otros) trastornos de la percepción, la memoria, el pensamiento, las emociones o las funciones psicomotoras. Puede obedecer a causas orgánicas agudas, tales como infecciones, efectos de medicamentos, anomalías metabólicas, intoxicación con sustancias o abstinencia de las mismas.
Delirio, idea delirante	Creencia fija que contradice la evidencia disponible. No puede ser cambiada por un análisis racional y no es aceptada por otros miembros de la cultura o la subcultura de la persona (no es un aspecto de la fe religiosa).
Depresión respiratoria	Respiración demasiado lenta que ocasiona insuficiencia de oxígeno. Son causas comunes los traumatismos cerebrales y la intoxicación (por ejemplo, por benzodiazepinas).
Desintoxicación	Proceso mediante el cual la persona es apartada de los efectos de una sustancia psicoactiva. También se refiere a un procedimiento clínico donde el proceso de suspensión de la sustancia se lleva a cabo de una manera segura y eficaz, de tal manera que se reduzcan al mínimo los síntomas de abstinencia.
Dificultad para articular palabras	Habla ininteligible.
Discapacidad	Toda restricción o carencia (resultante de una deficiencia) de la capacidad de realizar una actividad en forma o dentro de los límites que se consideran normales para un ser humano. El término discapacidad refleja las consecuencias de la deficiencia en cuanto al desempeño funcional y la actividad de la persona.
Discinesia tardía	Distonia caracterizada por retorcimiento y espasmos musculares sostenidos que afectan a regiones de la cabeza, el cuello y, ocasionalmente, la espalda. Tal vez no mejoré después de suspender el medicamento antipsicótico.
Distonia	Contracción muscular sostenida o movimientos involuntarios que pueden conducir a una postura anormal fija. Vea discinesia tardía .
Distracción fácil	Dificultad para concentrarse en las tareas; la atención es desviada fácilmente por estímulos externos.
Duelo	Proceso de pérdida, aflicción y recuperación, generalmente asociado con la muerte de un allegado.

TÉRMINO	DEFINICIÓN
Eclampsia	Trastorno que afecta a las embarazadas, caracterizado por crisis convulsivas de reciente aparición en el embarazo. El trastorno a menudo se asocia con hipertensión inducida por el embarazo, convulsiones, ansiedad, dolor epigástrico, cefalea grave, visión borrosa, proteinuria y edema, que pueden presentarse durante el embarazo, el parto o el puerperio.
Efectos o sintomas secundarios extrapiramidales	Movimientos musculares anormales, casi siempre causados por medicamentos antipsicóticos. Puede haber temblores musculares, rigidez, espasmos o acatisia.
Efectos secundarios anticolinérgicos	Los medicamentos anticolinérgicos bloquean los efectos de la acetilcolina en los receptores muscarínicos. Los efectos anticolinérgicos incluyen sequedad de la boca, micción frecuente o retención urinaria, palpitaciones y taquicardia sinusal.
Encefalopatía hepática	Estado mental anormal en el que se producen somnolencia, confusión o coma a causa de una disfunción hepática.
Enfermedad hemorrágica del recién nacido por deficiencia de vitamina K	La carencia de vitamina K puede causar hemorragia grave en los bebés recién nacidos, generalmente inmediatamente después del nacimiento, pero a veces hasta los 6 meses de edad. El sangrado puede ser cutáneo, gastrointestinal, intracranial o de las mucosas. La ingesta materna de medicamentos antiépilepticos es una de sus causas.
Estado de ánimo elevado	Estado de ánimo positivo normalmente caracterizado por una mayor energía y autoestima, que puede ser exagerado en comparación con las circunstancias de la vida de la persona.
Estado mental alterado	Perturbación del estado mental o de la conciencia que no llega a la inconsciencia y que a menudo es inducida por la ingesta de sustancias o por otras afecciones mentales o neurológicas. La confusión y la desorientación son ejemplos del estado mental alterado. Vea delirio y estado de confusión .
Estigma, estigmatización	Marca distintiva que establece una demarcación entre la persona estigmatizada y otros individuos que atribuyen características negativas a esa persona. El estigma asociado con las enfermedades mentales a menudo conduce a la exclusión y la discriminación sociales y crea una carga más para la persona afectada.
Exantema maculopapular	Exantema que consta de máculas (áreas circunscritas de piel planas e impalpables, o áreas de piel de color alterado, por ejemplo, pecas) y pápulas (manchas pequeñas que sobresalen en la piel, a menudo en forma de cúpula y con menos de 5mm de diámetro).

TÉRMINO	DEFINICIÓN
Feocromocitoma	Tumor neuroendocrino de la médula de las glándulas suprarrenales que causa síntomas (principalmente cefaleas, palpitaciones y sudor excesivo) y signos (principalmente hipertensión, pérdida de peso y diabetes) que reflejan los efectos de la epinefrina y la norepinefrina en los receptores alfa y beta adrenérgicos.
Formación en habilidades para padres	Un conjunto de programas de tratamiento que busca cambiar los comportamientos de la crianza y fortalecer la confianza en la adopción de estrategias eficaces de crianza. Incluye enseñar a los padres habilidades para la comunicación emocional y la interacción positiva entre padres e hijos, y métodos de refuerzo positivo para mejorar el comportamiento y el funcionamiento de los niños y los adolescentes.
Grupo de ahorro	Una actividad de ahorro en la cual la persona pobre puede acumular una gran cantidad de dinero rápidamente al mancomunar sus ahorros en un fondo común, que luego puede ser usado por el grupo o por un miembro del grupo para una inversión productiva.
Hipersensibilidad, reacción de	Las reacciones de hipersensibilidad son los efectos adversos de las formas farmacéuticas (incluidos medicamentos y excipientes activos) que clínicamente se asemejan a la alergia. Pertenecen al grupo de reacciones adversas a los medicamentos de tipo B, que son definidas por la OMS como respuestas impredecibles, nocivas y no intencionales, independientes de la dosis, a un medicamento tomado en una dosis normalmente usada en los seres humanos. Abarcan muchos fenotipos clínicos diferentes, con aparición y gravedad variables.
Hipotensión ortostática	Descenso brusco de la presión arterial que puede producirse cuando uno se sienta o se pone de pie después de haber estado acostado. Generalmente provoca una sensación de desvanecimiento o mareo. No hay peligro de muerte.
Irritabilidad, estado de ánimo irritable	Estado de ánimo caracterizado por molestarse fácilmente y enfadarse en forma desmedida si se tienen en cuenta las circunstancias.
Irritación meningea	Irritación de las capas del tejido que cubren el cerebro y médula espinal, generalmente causado por una infección.
Medicina tradicional	Sistema de modalidades de tratamiento basadas en los conocimientos autóctonos sobre curación que existen en las diferentes culturas.
Meningitis	Enfermedad de las meninges (las membranas que recubren el cerebro y la médula espinal) generalmente causada por una infección generada por una fuente bacteriana, vírica, fúngica o parasitaria.

TÉRMINO	DEFINICIÓN
Miastenia gravis	Trastorno de la transmisión neuromuscular caracterizado por la debilidad y fatigabilidad de los músculos craneales y esqueléticos. Las manifestaciones clínicas pueden incluir diplopía y ptosis fluctuantes, y debilidad y fatiga de los músculos faciales, bulbares, respiratorios y proximales de los miembros.
Movimientos convulsivos	Vea convulsión .
Necrólisis epidérmica tóxica	Descamación cutánea potencialmente mortal que suele ser una reacción al uso de un medicamento o a una infección. Se asemeja al síndrome de Stevens-Johnson, pero es más grave.
Neuroinfección	Infección del cerebro, la médula espinal o ambos.
Nevo aráneo	Un conglomerado de diminutos vasos sanguíneos rojos visibles bajo la piel, que normalmente aparecen durante el embarazo o como un síntoma de ciertas enfermedades (por ejemplo, cirrosis o acné rosácea).
Orientación o terapia familiar	Orientación que implica generalmente más de seis sesiones planificadas durante varios meses. Se debe suministrar a una familia o un grupo de familias y debe incluir a las personas con enfermedades mentales, si es posible. Tiene funciones de apoyo y educativas o de tratamiento. A menudo incluye la solución negociada de problemas o el trabajo de manejo de crisis.
Orientación para la resolución de problemas	Tratamiento psicológico que incluye el uso sistemático de técnicas de determinación y resolución de problemas a lo largo de varias sesiones.
Pensamiento desorganizado/desordenado	Alteración en el proceso del pensamiento asociativo que se manifiesta normalmente en el habla, en la cual la persona se desplaza repentinamente de un tema a otro no relacionado o mínimamente relacionado con el primero. La persona no da ninguna indicación de estar consciente de la desconexión o falta de lógica de su pensamiento.
Pensamientos desenfrenados	Pensamientos rápidos con movimientos tangenciales de una idea a la siguiente, a menudo asociados con manía u otras enfermedades mentales.
Pensamientos o ideación suicida	Pensamientos, ideas o meditación acerca de la posibilidad de acabar con la propia vida, que abarcan desde pensar que uno estaría mejor muerto a la formulación de planes complicados.
Polineuropatía	Desorden y alteración funcional de los nervios periféricos. Puede manifestarse como adormecimiento de las extremidades, parestesia (sensación de hormigueo y pinchazos), debilidad de los miembros o enación de los músculos y pérdida de los reflejos de los tendones profundos.

TÉRMINO	DEFINICIÓN
Politerapia	Desorden y alteración funcional de los nervios periféricos. Puede manifestarse como adormecimiento de las extremidades, parestesia (sensación de hormigueo y pinchazos), debilidad de los miembros o enación de los músculos y pérdida de los reflejos de los tendones profundos.
Politerapia	Administración de más de un medicamento al mismo tiempo para la misma afección.
Porfiria	Las porfirias constituyen un grupo de enfermedades caracterizadas por manifestaciones neurovisceral e intermitentes, lesiones cutáneas o mediante la combinación de ambas. Los signos clínicos de la enfermedad aparecen generalmente en la edad adulta, pero algunas porfirias afectan a los niños. La neurotoxicidad directa o indirecta puede causar manifestaciones neurológicas.
Privacidad	El estado de estar exento de intrusión no autorizada. Por ejemplo, la privacidad personal en actividades de la vida diaria (por ejemplo, para pacientes en establecimientos residenciales) o en los registros confidenciales de salud.
Productos herbarios	Una variedad de medicamentos populares, cuya eficacia en muchos casos fue descubierta empíricamente hace siglos y que son partes de plantas o se derivan de ellas. En muchas culturas, el conocimiento de la eficacia de los remedios herbarios se preserva cuidadosamente y se transmite por tradición oral de una generación a la siguiente.
Prolongación del intervalo QT	Un posible efecto secundario de repolarización miocárdica ventricular inducido por la medicación, que se caracteriza por un intervalo QT prolongado en el electrocardiograma (ECG) y que puede conducir a arritmias ventriculares sintomáticas y a un mayor riesgo de muerte súbita de origen cardíaco.
Prurito	Comezón; sensación intensa que produce el deseo de frotar o rascar la piel para aliviarse.
Psicoeducación	Proceso de enseñar a las personas con trastornos MNS y a miembros de su familia y sus cuidadores acerca de la naturaleza de la enfermedad, incluidas sus causas probables, su progresión, las consecuencias, el pronóstico, el tratamiento y las opciones.
Terapia cognitivo conductual (TCC)	Tratamiento psicológico que combina componentes cognitivos (orientados a cambiar el modo de pensar mediante, por ejemplo, la detección y corrección de pensamientos negativos infundados) y componentes conductuales (orientados a cambiar la manera de obrar mediante, por ejemplo, la prestación de ayuda a la persona para que emprenda actividades más satisfactorias).
Terapia interpersonal (TIP)	Tratamiento psicológico que se centra en la conexión entre los síntomas depresivos y los problemas interpersonales, especialmente aquellos que incluyen aflicción, conflictos, cambios de vida y aislamiento social.
Rabieta	Una explosión emocional de un niño o de una persona con trastornos emocionales.

TÉRMINO	DEFINICIÓN
Reacción idiosincrática	Respuesta individual, impredecible y no dependiente de la dosis a cualquier sustancia; somnolencia o euforia, sofocación, espasmos carpopedales, apnea, etc.
Recaida	Regreso al consumo de alcohol u otras drogas después de un período de abstinencia, a menudo acompañado por el restablecimiento de los síntomas de dependencia. También se usa el término para indicar el retorno de los síntomas de un trastorno MINS después de un período de recuperación.
Red de relaciones sociales	Un concepto de la sociología analítica que se refiere a las características de los vínculos sociales entre las personas como un medio para comprender su comportamiento, en lugar de centrarse en los atributos de los individuos.
Rigidez	Resistencia de un miembro al movimiento pasivo, que perdura durante todo el movimiento. Es un síntoma de parkinsonismo.
Pseudodemencia	Trastorno que se asemeja a la demencia pero no debido a una enfermedad orgánica cerebral y en potencia reversible mediante tratamiento; se puede manifestar como síntomas de depresión en algunos adultos mayores.
Síndrome de abstinencia neonatal	La exposición intrauterina a drogas adictivas puede causar síntomas de abstinencia neonatal, que son generalmente neurológicos y que impiden la función autónoma normal. El cuadro clínico de la abstinencia es variable y depende de varios factores, como el tipo y la dosis de la droga usada y la velocidad de metabolización y excreción de la madre y el lactante.
Síndrome de alcoholismo fetal	El síndrome de alcoholismo fetal es un síndrome de malformación causado por el consumo materno de bebidas alcohólicas durante el embarazo. Se caracteriza por la deficiencia del crecimiento prenatal o postnatal y un conglomerado singular de anomalías faciales menores que se presentan en todos los grupos étnicos; es identificable al nacer y no disminuye con la edad. Los niños afectados presentan graves anomalías del sistema nervioso central, como microcefalia, deficiencia cognitiva y conductual (discapacidad intelectual, déficit en el funcionamiento cognitivo en general, en el aprendizaje y el lenguaje, en las funciones ejecutivas y el procesamiento visual y espacial, en la memoria y la atención).
Síndrome de la serotonina	Caracterizado por un exceso de serotonina en el sistema nervioso central, asociado con el uso de diversos agentes, como los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (SRSS). El síndrome de la serotonina puede provocar rigidez muscular, mioclonos, agitación, confusión, hiperreflexia así como síntomas disautonómicos, con un riesgo de choque con baja resistencia vascular periférica, crisis convulsivas, coma, rabdomiolisis o coagulación intravasculuar diseminada.

TÉRMINO	DEFINICIÓN
Síndrome neuroleptico maligno	Afección poco frecuente pero potencialmente mortal causada por medicamentos antipsicóticos. Se caracteriza por fiebre, delirio, rigidez muscular e hipertensión arterial.
Sobreexcitación	Descarga autonómica intensa y prolongada acompañada por un estado de alerta y vigilancia petrificadas ante los estímulos ambientales. Esas respuestas se ven con mayor frecuencia en los trastornos de estrés posttraumático y a menudo se asocian con el uso o la abstinencia de sustancias psicoactivas.
Status epilepticus	Definido como 5 minutos o más de continua actividad convulsiva clínica o electrográfica o de crisis convulsivas recurrentes sin recuperación no convulsiva (volver al punto inicial) entre las crisis convulsivas; puede ser convulsivo o no convulsivo.
Stevens-Johnson, síndrome de	Afección de la piel potencialmente mortal caracterizada por la presencia de descamación, úlceras, ampollas y costras sumamente dolorosas donde hay tejidos mucocutáneos, como en la boca, los labios, la garganta, la lengua, los ojos y los genitales, en ocasiones acompañadas de fiebre. La causa más común es una reacción grave a un medicamento, sobre todo un antiepiléptico.
Temblo	Sacudidas o estremecimientos, generalmente de los dedos, que son una oscilación involuntaria de una parte del cuerpo.
Terapia de manejo de contingencias	Método estructurado de premiar ciertos comportamientos deseados, como asistir para recibir tratamiento y evitar el consumo de sustancias psicoactivas nocivas. Las recompensas por los comportamientos deseados se reducen con el transcurso del tiempo a medida que se convierten en recompensas naturales establecidas.
Terapia de refuerzo motivacional	Terapia estructurada (durante 4 o menos sesiones) para ayudar a las personas con trastornos por el consumo de sustancias. Incluye un enfoque de motivación del cambio usando técnicas de la entrevista motivacional, es decir, hacer participar a la persona en un análisis de su consumo de sustancias psicoactivas que incluya las ventajas y los inconvenientes percibidos en relación con los propios valores de la persona, evitando discutir con la persona si hay resistencia y alentando a la persona a decidir por sí misma cuál puede ser su meta.
Terapia ocupacional	Terapia orientada a ayudar a las personas a aumentar su independencia en las actividades de la vida diaria mediante la rehabilitación, los ejercicios y el uso de dispositivos de asistencia para personas discapacitadas. Además, esa terapia ofrece actividades para promover el crecimiento, la realización personal y la autoestima.
Trombocitopenia	Número anormalmente bajo de plaquetas en la sangre. Esta enfermedad se puede presentar con aumento de la aparición de equimosis o con hemorragias. Se confirma el trastorno mediante la detección de la disminución del número de plaquetas en una muestra de sangre.

Los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias (MNS) son muy comunes y representan una sustancial carga de enfermedad y discapacidad a nivel mundial. Para cerrar la brecha entre los recursos disponibles y la considerable necesidad de servicios, la Organización Mundial de la Salud lanzó el Programa de acción mundial para superar las brechas en salud mental (mhGAP). El objetivo del mhGAP es aumentar la atención y los servicios usando intervenciones basadas en datos científicos para prevenir y tratar los trastornos MNS prioritarios. En el año 2010, se publicó en inglés la versión 1.0 de la Guía de Intervención mhGAP (GI-mhGAP) para los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias en el nivel de atención de la salud no especializada (GI-mhGAP) como una herramienta técnica sencilla con el propósito de facilitar el manejo integrado de trastornos MNS prioritarios aplicando protocolos para la toma de decisiones clínicas.

Con su utilización en más de 90 países, la versión 1.0 de la GI-mhGAP ha tenido un éxito generalizado. Nos complace presentar la versión 2.0 de la GI-mhGAP, con actualizaciones que incorporan una orientación nueva basada en datos científicos, una mayor facilidad de uso y secciones nuevas para ampliar su utilización por los prestadores de atención de salud y los directores de programas.

Esperamos que esta guía siga proporcionando la hoja de ruta para brindar atención y servicios a las personas con trastornos MNS en todo el mundo y nos acerque a la meta de la cobertura universal de salud.

La versión 2.0 de la GI-mhGAP incluye las siguientes secciones:

- » **Atención y prácticas esenciales de salud**
- » **Esquema principal**
- » **Depresión**
- » **Psicosis**
- » **Epilepsia**
- » **Trastornos mentales y conductuales del niño y el adolescente**
- » **Demencia**
- » **Trastornos por el consumo de sustancias**
- » **Autolesión/Suicidio**
- » **Otros padecimientos de salud mental importantes**
- » **Aplicación de la GI-mhGAP**

Para más información, diríjase a:

Departamento de Salud Mental
y Abuso de Sustancias
Organización Mundial de la Salud
Avenue Appia 20
CH-1211 Geneva 27
Suiza

Correo electrónico: mhgap-info@who.int
Sitio web: www.who.int/mental_health/mhgap.

