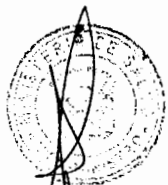




P. Mazzetti S.

Resolución Ministerial



J.C. Del Carmen S.

Lima, 18... de... Julio..... del... 2006

Visto el Expediente N° 06-052096, que contiene el MEMORÁNDUM N° 2218-2006-DGSP/MINSA de la Dirección General de Salud de las Personas;

CONSIDERANDO:

Que, por Resolución Ministerial N°422-2005/MINSA, de fecha 1° de junio del 2005, se aprobó la N T N°027 MINSA/DGSP-V. 01: "Norma Técnica para la Elaboración de Guías de Práctica Clínica", cuya finalidad es estandarizar la elaboración de Guías de Práctica Clínica, de acuerdo a los criterios internacionalmente aceptados que respondan a las prioridades sanitarias nacionales y/o regionales, buscando el máximo beneficio y mínimo riesgo a los usuarios y, el uso racional de recursos en las instituciones del Sector Salud;

Que, en aplicación de la mencionada normatividad, la Dirección General de Salud de las Personas, a través de la Dirección de Salud Mental, ha elaborado las Guías de Práctica Clínica sobre algunas patologías más frecuentes en salud mental y psiquiatría que se atienden en los establecimientos de salud;

Estando a lo propuesto por la Dirección General de Salud de las Personas y, con la visación de la Oficina General de Asesoría Jurídica;

Con la visación del Viceministro de Salud; y,

De conformidad con lo establecido en el literal l) del Artículo 8° de la Ley 27657 – Ley del Ministerio de Salud:

SE RESUELVE:

Artículo 1° Aprobar las siguientes Guías de Práctica Clínica en Salud Mental y Psiquiatría, que en número de tres (03) forman parte de la presente Resolución Ministerial:



D. Céspedes M.



A.M. Hidalgo S.


J.C. Del Corral S.

1. Guía de Práctica Clínica en Depresión.
2. Guía de Práctica Clínica en Conducta Suicida.
3. Guía de Práctica Clínica en Trastornos Mentales y del Comportamiento debidos al Consumo de Sustancias Psicotropas.


L.F. Podesta D.

Artículo 2º La Dirección General de Salud de las Personas, a través de la Dirección de Salud Mental, se encargará de la implementación, difusión, monitoreo y revisión periódica de las citadas Guías de Práctica Clínica.


D. Céspedes M.

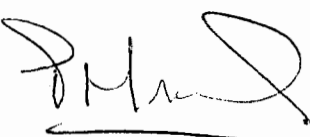
Artículo 3º Las Direcciones de Salud y Direcciones Regionales de Salud a nivel nacional, a través de sus Direcciones de Salud de las Personas, son responsables de la implementación, difusión, supervisión y aplicación de las mencionadas Guías de Práctica Clínica, en sus respectivos ámbitos jurisdiccionales.

Artículo 4º La Oficina General de Comunicaciones, publicará las referidas Guías de Práctica Clínica en el portal del Internet del Ministerio de Salud.


A.M. Hoigado S.

Regístrese, comuníquese y publíquese




Pilar MAZZETTI SOLER
Ministra de Salud

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA EN DEPRESIÓN

I. NOMBRE Y CÓDIGO



H. Mazzetti S.



J.C. De la Cruz S.

La depresión se encuentra clasificada en la CIE-10 dentro de los TRASTORNOS DEL HUMOR (AFECTIVOS) F30-39.¹

La guía hará referencia principalmente a los episodios depresivos F32, que a su vez comprenden:

- F32.0 Episodio depresivo leve
 - F32.00 sin síntomas somáticos
 - F32.01 con síntomas somáticos
- F32.1 Episodio depresivo moderado
 - F32.10 sin síntomas somáticos
 - F32.11 con síntomas somáticos
- F32.2 Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos
- F32.3 Episodio depresivo con síntomas psicóticos
- F32.8 Otros episodios depresivos
- F32.9 Episodio depresivo sin especificación

II. DEFINICIÓN

1. Definición



A.M. H.

La depresión es un trastorno mental caracterizado fundamentalmente por humor depresivo, pérdida de la capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas (anhedonia), cansancio o fatiga, que empobrece la calidad de vida y genera dificultades en el entorno familiar, laboral y social de quienes la sufren.

2. Etiología



D. Céspedes P.

La depresión es un trastorno de etiología no conocida. Se ha demostrado la naturaleza biológica con carga hereditaria, sin mediar estresores descompensadores en algunos grupos de pacientes, existiendo evidencia de alteraciones en los neurotransmisores cerebrales serotonina, noradrenalina y dopamina principalmente, como factores predisponentes.

Como factores determinantes están los aspectos relacionados con la incorporación de figuras significativas en la niñez dentro o fuera de la familia, existiendo factores desencadenantes que producen un quiebre emocional, los más comunes: maltrato persistente, abuso sexual, pérdida de un ser emocionalmente cercano, pérdidas materiales, entre otros.

3. Fisiopatología²



L.E. PODESTÀ G.

Se ha formulado que distintas circunstancias de naturaleza fisiológica pueden influir sobre los pacientes y, a través de la modificación del funcionalismo neurofisiológico y bioquímico, son capaces de determinar cambios que darán lugar a la manifestación de síntomas depresivos. De hecho, existe un volumen importante de hallazgos que han sido implicados en la fisiopatología de la depresión. Sin embargo, al igual que ocurre con el tema de la etiopatogenia, no hay una definición clara de la situación.

Durante las tres últimas décadas se ha prestado una importante atención al estudio de los aspectos biológicos de la depresión como:



- La presencia de un patrón distintivo de síntomas y signos (alteraciones del sueño, apetito, disminución de la libido, etc.) que sugieren que estos síntomas neurovegetativos pueden ser debidos a una alteración de la función en el cortex prefrontal, diencefalo, y del sistema límbico.
- La respuesta a los tratamientos somáticos tales como antidepresivos y terapia electroconvulsiva, así como las observaciones de que la depresión puede ser también inducida como efecto secundario por ingesta de medicaciones.

De todos modos, conviene señalar que la identificación de una alteración biológica no prueba necesariamente que exista una relación causal con la depresión.

4. Aspectos epidemiológicos

Una de cada cinco personas sufrirá de depresión en algún momento de su vida y en el Perú se calcula que un 12% aproximadamente la sufre. Según la Asociación Psiquiátrica Americana, el 15% de las personas que la sufren intentan el suicidio. La prevalencia de los trastornos depresivos en los establecimientos de salud del MINSA fue de 4.8% en 1997 y de 5.1% en 1998, cifras que están muy por debajo a lo registrado a nivel mundial.

Los estudios epidemiológicos de la salud mental realizados por el Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado – Hideyo Noguchi", reportan que la prevalencia de vida de trastornos mentales según la CIE-10 respecto al episodio depresivo registró en Lima y Callao 18.2% (2002); en la Sierra 16.2% (2003) y en la Selva 21.4% (2004).³

III. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS

1. Estilos de vida.

La carencia de estabilidad y/o afectividad puede desencadenar la aparición de la depresión, en la infancia o en la adolescencia. Una familia coherente y comunicativa minimiza los factores de riesgo, mientras que las familias rígidas maximizan estos factores.

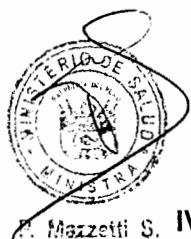
Entre estas últimas figuran los casos de inestabilidad emocional de los padres, especialmente de la madre, ya que la depresión materna es un elemento determinante para la depresión del niño, así como también las familias con continuos problemas y discusiones, y las familias separadas, aunque en este caso los niños tienden a asumir esta nueva situación al cabo de un año, si sus padres mantienen una buena relación tras la separación.

Una sólida red de soporte social es importante para la prevención y recuperación de la depresión, por consiguiente el soporte de la familia y amigos ha de ser saludable y positivo. Un estudio de mujeres deprimidas demostró, sin embargo, que los padres tanto sobreprotectores como muy distantes estaban asociados a una recuperación lenta de la depresión. Los estudios indican que las personas con creencias religiosas tienen un menor riesgo de depresión. Por tanto, las fuentes menos estructuradas como la meditación u otros métodos de autorrealización espiritual constituyen parte de esta red de soporte social para la depresión.

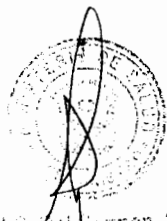
2. Factores hereditarios.

Existe un mayor riesgo de padecer depresión clínica cuando hay una historia familiar de la enfermedad, lo que indicaría una predisposición biológica, riesgo algo mayor para las personas con trastorno bipolar.

Sin embargo, no todas las personas que tienen una historia familiar tendrán la enfermedad, si tenemos en cuenta que la depresión grave también puede ocurrir en personas sin antecedentes familiares de este tipo, lo que sugiere que existen factores adicionales causales de depresión, ya sean factores bioquímicos, o ambientales que producen estrés, y otros factores psicosociales.



P. Mazzetti S. IV. CUADRO CLÍNICO



J. del Horno S.



A. M. Holgado S.



D. Céspedes M.



L. E. Podesta G.

1. Grupos de signos y síntomas relacionados con la depresión

Tristeza patológica: Se diferencia de la tristeza como estado de ánimo "normal", cuando alcanza un nivel tal que interfiere negativamente en la vida cotidiana, tanto en lo social como en lo familiar y sexual, presentándose sin motivo aparente o tras un acontecimiento significativo; como una sensación muy profunda en la que el paciente se siente como si hubiera perdido el placer de vivir, con graves dificultades para brindar amor o afecto, lo cual aumenta sus sentimientos de culpa.

Desgano y anhedonia: el sujeto se torna apático, "sin ganas de vivir" y nada le procura placer.

Ansiedad: es la acompañante habitual del deprimido, que experimenta una extraña desazón, como un trasfondo constante. Cuando la ansiedad prima en el cuadro clínico, estamos frente a una depresión ansiosa. Por el contrario, cuando predomina la inhibición, se trata de una depresión inhibida y quienes la padecen son personas malhumoradas, irritables y agresivas.

Insomnio: al paciente le cuesta conciliar el sueño y, además, se despierta temprano y malhumorado. En algunos casos, que constituyen minoría, puede presentarse la hipersomnia (exceso de horas de sueño).

Alteraciones del pensamiento: imagina tener enfermedades de todo tipo; surgen ideas derrotistas, fuertes sentimientos de culpa, obsesiones. El pensamiento sigue un curso lento y monocorde, la memoria se debilita y la distracción se torna frecuente.

Alteraciones somáticas: por lo común surgen dolores crónicos o erráticos así como constipación y sudoración nocturna. Se experimenta una persistente sensación de fatiga o cansancio.

Alteraciones del comportamiento: el paciente tiene la sensación de vivir arrinconado, rumiando sus sinsabores. Puede estar quieto, de manos cruzadas, o explotar en violentas crisis de angustia o en ataques de llanto por motivos insignificantes. Le resulta difícil tomar decisiones y disminuye su rendimiento en el trabajo.

Modificaciones del apetito y del peso: la mayoría de los pacientes pierde el apetito y, en consecuencia, provoca la disminución de peso.

Pérdida del placer: en lo sexual, se llega a la impotencia en el hombre o a la frigidez en la mujer; también disminuye y tiende a desaparecer el disfrute en el trabajo, el deporte, los juegos y otras actividades que anteriormente le eran gratificantes.

Culpa excesiva: siente con exceso la carga de una culpa inexistente, lo cual puede llevar a delusiones.

Pensamiento suicida: los pacientes presentan una preocupación exagerada por la muerte y alimentan sentimientos autodestructivos.

Disminución de la energía: se produce un cansancio injustificado, a veces con variaciones durante el día, muy a menudo más acentuado por la mañana. Las



personas afectadas suelen sentirse más fatigadas por la mañana que por la tarde.

2. Interacción cronológica y características asociadas



F. Mazzetti S.

Los **niños y adolescentes** pueden tener dificultad en describir e identificar sus emociones y sentimientos. Muchas veces no saben cómo comunicarse con palabras y muestran sus emociones en su comportamiento. Para diagnosticar depresión en niños son necesarias la presencia de estados de ánimo caracterizados por la tristeza, retraimiento o irritabilidad, y al menos tres de los siguientes síntomas: falta de apetito y pérdida de peso, o aumento del apetito y ganancia de peso; falta de energía; hiperactividad o retraimiento; pérdida de interés por actividades usuales; tendencia constante a descalificarse ("soy tonto, no sirvo"); disminución de la concentración y pensamientos recurrentes de muerte y suicidio. Si estos síntomas duran por al menos dos semanas, podemos estar en presencia de una depresión infantil.

Es un trastorno que cuando se presenta durante los años de la adolescencia se caracteriza por sentimientos persistentes de tristeza, desánimo, pérdida de la autoestima y ausencia de interés en las actividades usuales.



J. O'Donnell S.

En el **adulto** la depresión algunas veces presenta una causa aparente y otras no. El ánimo depresivo puede surgir como reacción ante una enfermedad física, ante el fallecimiento de un ser querido, como consecuencia de estar sometido a un estrés continuado o sobrecargado de trabajo, o secundaria al hecho de estar desempleado o de tener problemas económicos, de vivienda o en las relaciones con los demás, pero a diferencia de lo que ocurre en la depresión, la reacción es mucho menos intensa y de corta duración.



A.M. Holgado S.

Los **adultos mayores** tienen mayor tendencia a presentar síntomas melancólicos, como: pérdida del placer en todas o casi todas las cosas, falta de reactividad a estímulos placenteros, empeoramiento del humor, alteraciones psicomotrices, anorexia, pérdida de peso, agitación, sentimientos de culpa excesivos o inapropiados. Los adultos mayores tienen más probabilidades que la gente joven de presentar, ideas delirantes del tipo de culpabilidad, nihilismo (negación de toda creencia), persecución, celos y melancolía. El suicidio está muy ligado en esta época con la depresión geriátrica.



D. Corpeles M.

3. DEPRESION ASOCIADA A OTRAS ENFERMEDADES

Enfermedad de Alzheimer: Es una demencia que produce una alteración neurodegenerativa que suele aparecer a partir de los 65 años, aunque también puede presentarse en personas más jóvenes. El 10 % de los enfermos de Alzheimer padecen depresión mayor. Entre un 30% y 40% pueden sufrir depresiones de menor gravedad o ciertos síntomas depresivos. La depresión incrementa el deterioro de las capacidades mentales. La depresión es un mal común entre los que padecen de demencia. En las fases iniciales de la enfermedad de Alzheimer la depresión reduce la capacidad de pensar con claridad y de llevar a cabo las tareas de cada día. También aumenta la posibilidad de que se produzcan cambios en el comportamiento, tales como inquietud y agresión.

Los adultos de edad avanzada que padecen Alzheimer y depresión juntas, suelen mostrar signos de mejoría lenta cuando se le administran medicamentos antidepresivos.



L.E. PODESTA G.

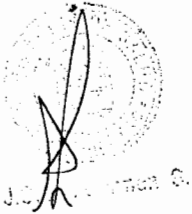


Diabetes: Las personas que padecen diabetes son dos veces más propensas a sufrir depresión, según señalan los investigadores en la revista Diabetes Care. Mientras la depresión afecta en la población general entre 10% y 25% de mujeres y 5% a 12% de varones, entre diabéticos esta cifra aumenta hasta 33%. Si bien cualquier enfermedad crónica incrementa el riesgo de depresión, la correlación con diabetes es particularmente fuerte debido a las numerosas complicaciones de este padecimiento, así como a los cambios en el estilo de vida que tienen que hacer quienes la padecen.



P. Mazzetti S.

Cáncer: La depresión es una afección comórbida, un síndrome incapacitante que afecta aproximadamente del 15% al 25% de los pacientes con cáncer.⁴ Un elemento crítico en el tratamiento del paciente es el poder reconocer los índices presentes de depresión para poder establecer el grado apropiado de intervención, que podría abarcar desde una consejería leve, a grupos de apoyo, medicación o psicoterapia.⁵



J. R. ...

Infarto de miocardio: La aparición de un evento coronario agudo conlleva efectos devastadores sobre el estado de ánimo de las personas que lo sufren, debido a que las personas que sufren un infarto suelen ser personas que hasta ese momento se consideraban sanas, y a partir de ese momento se encuentran sometidos a una terapia médica muy agresiva. Esto hace que frecuentemente estos pacientes presenten trastornos depresivos de diversos grados.



A.M. Holgado S.

HIV/AIDS: Casi el 85% de los individuos infectados por HIV exhiben algún síntoma de depresión durante el curso de su enfermedad. El diagnóstico de depresión en la enfermedad por HIV puede ser complicado por factores como: tristeza apropiada en relación con una enfermedad que amenaza la vida, aflicción aguda y duelos múltiples, u otras reacciones psicológicas. Existen otros diagnósticos que también deben ser considerados, como: depresión debida a una enfermedad médica general, a abuso de sustancias o a medicación relacionada al HIV, sepsis secundaria a infección oportunista, neoplasias sistémicas, o complicaciones a nivel del SNC.

La ideación suicida en el contexto de enfermedad por HIV no debería considerarse una reacción normal o comprensible a tener una enfermedad fatal y estigmatizante. Clínicamente, debería ser vista como un signo de enfermedad depresiva.⁶



D. Céspedes M.

V. DIAGNÓSTICO

1. Criterios de diagnóstico

Las pautas diagnósticas de acuerdo a la Clasificación Internacional de Enfermedades – Décima Versión de la O. M. S. (C.I.E.-10)

a) Síntomas del Episodio depresivo:

- Humor depresivo
- Pérdida de la capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas (anhedonia)
- Disminución de la vitalidad con relación al nivel de actividad y cansancio exagerado
- Pérdida de la confianza en si mismo y sentimientos de inferioridad
- Pensamientos de culpa y de ser inútil



E. PODESTA G.

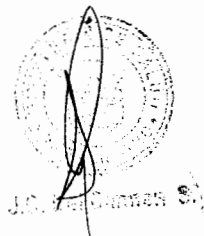


Ministerio de Salud
Dirección de Salud Mental

- Trastornos de sueño (insomnio o hipersomnia)
- Trastornos del apetito (anorexia o hiperorexia)
- Pensamientos y actos suicidas.



P. Mazzetti S.



J.C. ...



A.M. Holgado S.



D. Cárdenas R.



L.E. PODESTA G.



b) Para el diagnóstico del episodio depresivo se requiere de una duración de dos semanas; aunque períodos más cortos pueden ser aceptados si los síntomas son excepcionalmente graves o de comienzo brusco.

c) Reconocimiento y diagnóstico de la depresión de niños/adolescentes. En los niños, estos síntomas clásicos a menudo pueden confundirse con otros problemas de conducta o físicos, características como las que aparecen en el cuadro adjunto. Al menos cinco de estos síntomas deben estar presentes en tanto interfieran con la vida diaria por un período mínimo de dos semanas.

COMO SE PUEDE OBSERVAR EN LOS JÓVENES:

Estado de ánimo irritable o malhumorado, preocupación con letras nihilistas de canciones.
Pérdida del interés en los deportes, video juegos, y en actividades con amigos.
Fracaso en el aumento de peso como normalmente se espera, anorexia o bulimia; quejas frecuentes sobre enfermedades físicas, por ejemplo dolor de cabeza o de estómago
Mirar la televisión hasta altas horas de la noche, negación a levantarse para asistir a la escuela por la mañana
Hablar acerca de huir de casa o realizar esfuerzos para huir
Aburrimiento persistente
Comportamiento opuesto y/o negativo
Bajo rendimiento en la escuela, frecuentes faltas
Ideas o comportamientos suicidas recurrentes

El diagnóstico de la depresión u otros desórdenes psiquiátricos sólo debe realizarse en el contexto de un examen médico completo para identificar y/o eliminar alguna comorbidad y/o condiciones psiquiátricas o somáticas que puedan crear confusiones. Muchos jóvenes con depresión tienen algún otro trastorno psiquiátrico.

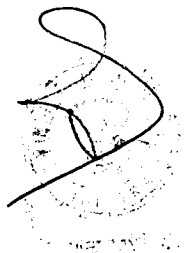
d) Muchos ancianos que están deprimidos pueden quejarse de síntomas físicos (dolores) u otros estados anímicos (confusión, agitación, ansiedad e irritabilidad) relacionados con la depresión en lugar de quejarse de la depresión.

A menudo no pueden o no quieren expresar sus sentimientos o incluso no son conscientes de que están deprimidos.

Sus síntomas a menudo son ignorados o confundidos con otras afecciones propias de los ancianos, como el Alzheimer o la Enfermedad de Parkinson, la demencia, alteraciones tiroideas, artritis, embolia cerebral, cáncer, enfermedades cardíacas y otras alteraciones crónicas.

En el anexo N° 1 podemos apreciar los criterios de clasificación de la CIE-10 OMS

2. Diagnóstico diferencial



Se debe diferenciar la depresión clínica, que es lo suficientemente grave e incapacitante para requerir intervención, de la tristeza o angustia, que forman parte normal de la experiencia humana. La disfunción social u ocupacional, o un nivel elevado de angustia distinguen la depresión de la tristeza transitoria, que es una consecuencia de la vida normal.

En personas con tristeza los niveles de angustia y funcionalidad son proporcionales al evento vital desencadenante. Entre la información de importancia que distinguen la depresión, se incluyen: haber sufrido un episodio depresivo previo o intento de suicidio; una historia familiar de alteraciones del comportamiento; ausencia de apoyo social; haber atravesado situaciones de la vida estresantes; abuso del alcohol u otras sustancias adictivas y la concurrencia de enfermedad crónica, dolor o discapacidad.

Trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo: Surge desencadenado por un estrés claramente identificable que ha tenido lugar en las últimas semanas. La reacción desaparece bien por desaparecer el suceso desencadenante o por alcanzar el paciente un nuevo nivel adaptativo en su funcionamiento.

Duelo no complicado: Se trata de una reacción normal frente a una pérdida afectiva. A veces pueden aparecer síntomas semejantes a la depresión mayor, principalmente ideas de culpa (centradas en no haber hecho lo suficiente por la persona fallecida; nunca tienen características delirantes). También ideas de muerte, más como deseo de reunirse con la persona fallecida que como deseo de quitarse la vida. Sólo si se prolonga un tiempo superior a seis meses o alcanza una intensidad invalidante se considera que se ha complicado con depresión y se tratará como tal.

Una variedad de enfermedades y condiciones pueden tener semejanza con un trastorno depresivo:

Farmacológicas

Uso de corticosteroides; anticonceptivos; reserpina; α -metildopa; anticolinesterasas; insecticidas; abstinencia anfetamínica; cimetidina; indometacina; fenotiazinas; talio; mercurio; cicloserina; vincristina; vinblastina

Infecciosas

SIDA; neumonía viral; hepatitis viral; mononucleosis infecciosa; tuberculosis

Endocrinas

Hipo-hipertiroidismo; hiperparatiroidismo; postparto; Enfermedad de Cushing (hiperadrenalismo); Enfermedad de Addison (insuficiencia adrenal), diabetes mellitus

Inmunológica

Inmunológicas

LES; artritis reumatoidea

Neurológica

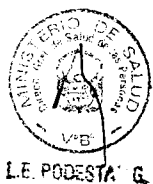
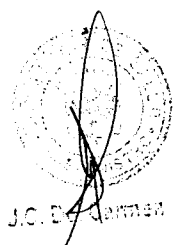
Esclerosis múltiple; Enfermedad de Parkinson; trauma encefalocraneano; crisis convulsivas parciales complejas (epilepsia del lóbulo temporal); tumores cerebrales; enfermedad cerebrovascular; demencia; apnea del sueño

Nutricional

Deficiencias vitamínicas (B_{12} , C, ácido fólico, niacina, tiamina)

Neoplásica

Cáncer de cabeza de páncreas; carcinomatosis diseminada



VI. EXÁMENES AUXILIARES⁷

AYUDAS DIAGNÓSTICAS

En nuestro medio no se dispone de pruebas de laboratorio ni marcadores biológicos que puedan utilizarse como medio para la detección rutinaria para diagnosticar la depresión.

El diagnóstico de la depresión es fundamentalmente clínico. Existen sin embargo dos tipos de ayuda diagnóstica:⁸

1. Escalas auxiliares para evaluar la gravedad inicial y la evolución del tratamiento.
 2. Exámenes de laboratorio para confirmar el diagnóstico.
 3. Pruebas psicológicas.
- Ninguna de estas ayudas es indispensable.

La más conocida de las escalas es la Escala de la Depresión de Hamilton. No es diagnóstica; consta de 17 ítems que se califican numéricamente. Valora inicialmente la gravedad del cuadro y es útil como criterio objetivo para evaluar el progreso del tratamiento.

Si bien existen varias pruebas paraclínicas las dos más útiles son:

- Prueba de supresión de la dexametasona (TDM) (versión abreviada). Consiste en la determinación de los niveles de cortisol basal seguida de la administración de 2 mg de dexametasona alrededor de las 12 m. Al día siguiente se cuantifican nuevamente los niveles de cortisol plasmático a las 7 a.m. y las 4 p.m. En condiciones fisiológicas la presencia de la dexametasona en el organismo induce una reducción significativa en los niveles de cortisol. En caso de no hacerlo, la prueba se considera positiva (tanto el TDM como algunas condiciones de la corteza suprarrenal producen este efecto).

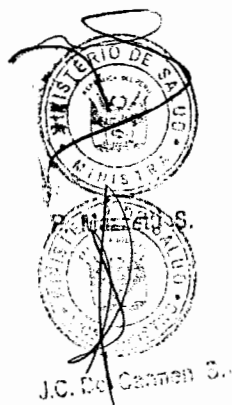
- La tomografía cerebral por emisión de fotón simple (conocida por su sigla en inglés: SPECT). Este examen de medicina nuclear consiste en la evaluación cuantitativa del flujo sanguíneo cerebral.

Para el primer nivel de atención se dispone de diversas escalas de autoevaluación, que realiza el propio paciente o el personal de los establecimientos de salud, entre ellas contamos con la Escala de Salud Personal (ESP) que fue validada y evaluada en población peruana que identifica un trastorno mental a determinar. Asimismo se cuenta con el Cuestionario de Autoaplicación (Self Report Question – SRQ) (Ver Anexo 2) que permite identificar grupos de signos y síntomas presentes y que si sumado un puntaje, que indica el cuestionario, deberá ser evaluado por el médico del establecimiento, quien confirmará o no la probabilidad diagnóstica, entre ellas el de depresión.

VII. MANEJO SEGÚN NIVEL DE COMPLEJIDAD Y CAPACIDAD RESOLUTIVA

Medidas generales y preventivas

La depresión afecta a entre un 5% y un 9% de la población adulta que acude a la consulta médica y casi la mitad de estos casos no son detectados ni tratados. Los factores de riesgo para la depresión incluyen el sexo femenino, historia familiar de depresión, situación de desempleo y enfermedad crónica.



Las medidas generales para la prevención de la depresión toman las siguientes orientaciones:

a.- En la educación familiar y escolar

- la prevención de las violencias y agentes estresores y la falsa maduración precoz
- el aporte al niño de un nivel de autoestima familiar y escolar adecuado
- el aprendizaje del autocontrol

b.- En la política social

- la defensa de los grupos de población con alto índice de malestar
- la extensión del apoyo social informativo y emocional a toda la población, en particular a los grupos de familias densos y con limitadas oportunidades educativas.

c.- En la acción sanitaria

- la facilitación de una calidad de vida suficiente a los enfermos somáticos crónicos
- la supresión del consumo de alcohol y otras drogas

d.- En el trabajo

- la organización empresarial con un suficiente grado de intercomunicación personal a todos los niveles



P. Mazzetti S.



J.C. Velazquez S.

Medidas individuales preventivas

El desenvolvimiento adecuado ante el stress es muy importante, tanto que en la depresión situacional se puede utilizar como el referente selectivo de máximo riesgo depresivo el índice de vulnerabilidad de la personalidad en relación con el estrés, conjugándose dos variables: el individuo y el ambiente.

La dedicación de un tiempo suficiente a la *relación social* para poder construir un soporte sociofamiliar, que sirva de amortiguador a los factores psicosociales determinantes de depresión es una actividad que siempre debe ser considerada. Esta especie de amortiguador brinda al sujeto apoyo social de tipo emocional, instrumental e informativo. Aquí nos referimos sobre todo al apoyo emocional, capaz de contrarrestar la sensación de soledad. La orientación preventiva idónea de este tipo de intervención se evidenciará por el cultivo de una verdadera comunicación con los familiares, los amigos y los compañeros, que debería ser estructurada como vínculo confidencial al menos con relación a dos personas.

La práctica sistemática de un grado de *ejercicio físico* suficiente para prevenir la depresión va desde una actividad deportiva hasta contentarse con un paseo acelerado o el andar rápido en los ratos de ocio, medida esta última recomendable a quienes no disponen de preparación para el deporte o que están afectados por algún proceso de debilidad física.

Este plan de movimientos activos toma un sentido antidepresivo cuando se practica al menos con una frecuencia de tres o cuatro veces a la semana con una duración entre veinte y cuarenta minutos. Sus efectos beneficiosos antidepresivos son múltiples: la elevación de la autoestima, el refuerzo positivo de la imagen corporal, la estimulación de la capacidad de autocontrol, la oxigenación de todo el organismo, la mejora de la circulación en el sistema nervioso central, el incremento de las tasas cerebrales de noradrenalina y otros neurotransmisores y el aumento plasmático del colesterol bueno (HDL).

La eficacia antidepresiva del plan de movimientos o ejercicios deportivos se potencia cuando su desarrollo se produce al aire libre (actividad física aeróbica) y en presencia de la luz natural. Para los más recalcitrantes a abandonar el



A. M. Holgado S.



D. Céspedes M.



L.E. PODESTA G.



sedentarismo se les puede recomendar el ir andando al trabajo, el aparcarse distanciados del lugar de destino, el renunciar al uso de ascensor y el pasear cuando se tengan ganas.

Dentro del *estilo de vida regular* aquí indicado, hay que respetar como un hábito saludable el mantenimiento fijo de la hora de acostarse, como un hábito, lo que supone una medida de prevención importante para la preservación del ritmo sueño/vigilia. La preferencia por acostarse más bien temprano y levantarse también temprano conduce al adelantamiento de la presentación del sueño lento, con lo que se facilita su sincronización con el sueño rápido, a la par que se evita la desincronización causada por la presentación precoz del sueño rápido, el marcador biológico más constante en el síndrome depresivo. Las comidas regladas por una dieta normocalórica no dejan de ser operativas en la prevención de la depresión, en parte directamente y en parte al evitar el sobrepeso, terreno muy favorable para la incidencia de la depresión.

La *autoprotección contra las enfermedades orgánicas* toma aquí un especial énfasis en las cuatro clases de procesos somáticos más propensos a complicarse con un estado depresivo: los sumamente graves, los crónicos y debilitantes, los extremadamente dolorosos y los cerebrales. Debe conocerse además que el efecto depresógeno producido por el trastorno somático en sí es a menudo potenciado por el influjo de los medicamentos empleados y mucho más por el consumo de alcohol u otras drogas y por la limitación psicosocial impuesta por la dolencia somática en forma de estrés, aislamiento, inactividad y brusco cambio en los hábitos de vida, elementos que deben evitarse en la medida de lo posible.

Niveles de Atención por complejidad

Según la realidad nacional de los niveles de atención por complejidad, en esta Guía se denomina al nivel I-1 al establecimiento sin personal médico, a los niveles I, (2, 3, 4) y II-1 a los establecimientos con personal médico que no es psiquiatra; nivel II-2 y III-1 con servicio de psiquiatría.

NIVEL I-1

Objetivos:

Promoción de estilos de vida saludables y prevención de manejo del estrés.
Identificación precoz de casos de depresión aplicando escala de auto-aplicación, validada en nuestro país⁹:

Referencia de casos a niveles de mayor complejidad

Motivación a quienes se haya encontrado valores que ameritan atención médica, asistan al establecimiento de referencia.

Control de los casos referidos por el nivel superior.

Dar consejería individual y grupal.

Dar charlas informativas y educativas

Psicoeducación

Apoyo social y familiar (entrevista familiar, contacto con grupos comunitarios, derivación a instituciones comunitarias, derivación a organizaciones comunales)

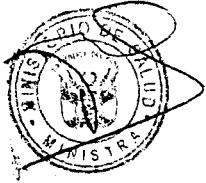
Trabajo en habilidades sociales con niños y adolescentes

Enseñanza de pautas de crianza a padres de familia

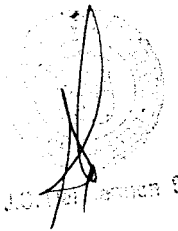
Prevención del maltrato

Modalidades de Atención: no médica

Criterios de referencia: identificación del problema y derivación a niveles I-2, I-3, I-4, II-1, II-2, y III-1. Pacientes con ideación suicida deben ser derivados a establecimientos con psiquiatra y servicio de hospitalización o instituciones especializadas; priorizando accesibilidad geográfica de atención médica.



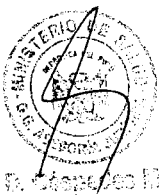
P. Mazzetti S.



J. C. ...



A.M. Holgado S.



R. ...



L.E. ...



(Seguir flujograma)

NIVEL I (2,3,4) II-1

Objetivos:

Detección precoz de casos
Explicar naturaleza del problema a familiares
Dar a apoyo psicoterapéutico
Promover actividad física
Hacer énfasis en lo positivo
Manejo individual y grupal de casos de depresión.
Referencia de casos más severos a niveles de mayor complejidad
Programa de reducción de daños
Psicoeducación

Apoyo social y familiar (entrevista familiar, contacto con grupos comunitarios, derivación a instituciones comunitarias, derivación a organizaciones comunales)
Trabajo en habilidades sociales con niños y adolescentes
Enseñanza de pautas de crianza a padres de familia
Prevención del maltrato

Responsabilidad del médico

Obtener historia
Realizar examen
Identificar síntomas principales.
En el caso de depresión evaluar ideación suicida, síntomas somáticos semiológicamente incongruentes con patología médica o recurrente.
Conocer antecedentes de otros episodios y cómo fueron tratados en el paciente o en familiares consanguíneos.
Revisar estresores precipitantes previos y actuales.
Determinar enfermedades previas y concomitantes así como medicación que recibe.
Establecer el nivel de funcionamiento previo y actual.
Evaluar soporte social.

Examen Físico: Descartar causas de naturaleza médica no psiquiátrica que puedan generar síntomas depresivos, tales como endocrinopatías (hipotiroidismo, enfermedad de Addison), enfermedades infecciosas (mononucleosis, brucelosis), entre otras.

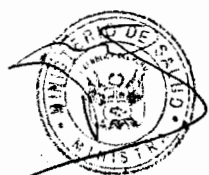
Es importante para tomar decisiones terapéuticas y evaluar la respuesta clínica aplicar la Escala de valoración de Hamilton para depresión de 17 ítems¹⁰ con el siguiente umbral: (Ver Anexo 3).

Muy severo	:	> de 23 puntos
Severo	:	19-22 puntos
Moderado	:	14-18 puntos
Leve	:	8-13 puntos
Normal	:	7 ó < puntos

Tratamiento Médico

Este procedimiento es aplicable a población igual o mayor de 15 años tanto en establecimientos de salud del primer como de segundo nivel de atención:

Se propone el uso de los **inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (IRSS)** por carecer de efectos sobre la recaptación de noradrenalina y sobre receptores colinérgicos, histaminérgicos y adrenérgicos, por lo cual son mejor tolerados y facilitan el cumplimiento del tratamiento a largo plazo. Además por tener una cinética lineal pueden administrarse de inicio en la dosis terapéutica y mantenerse con una toma única diaria. No poseen efectos cardiotóxicos ni



P. Mazzetti S.



J.C. Pineda S.



A.M. Holgado S.



D. Céspedes M.



L.E. Podesta C.



disminuyen el umbral convulsivo. No se han registrado casos letales por sobredosis con monodroga. Así mismo se ha tenido en cuenta la accesibilidad económica del usuario.

Plan A para depresión:

1. Iniciar con Fluoxetina: 1 tableta de 20 mg por las mañanas en forma diaria.
2. Si en la cuarta semana la puntuación del Hamilton no mejoró a 13 o menos, incrementar 1 tableta de Fluoxetina 20 mg al mediodía.
3. Si en la sexta semana la puntuación del Hamilton no mejora a 13 o menos, derivarlo al Servicio de Psiquiatría o a un Centro Especializado.
4. Si la respuesta es favorable, mantener el tratamiento por 24 meses con controles cada mes durante el primer semestre y luego al noveno mes, al año, al año y medio y a los dos años de iniciado el tratamiento.
5. Al cabo de dos años, evaluar condiciones del paciente a fin de continuar o suspender gradualmente el tratamiento. Las consideraciones actuales de la Asociación Psiquiátrica Norteamericana (A.P.A.) para mantener o retirar el tratamiento son las siguientes: Primer y segundo episodio de depresión: retiro gradual de medicación. Tercer episodio de depresión o ser mayor de 45 años: considerar mantener tratamiento de por vida.

Si la ansiedad y el insomnio no mejoran con la administración matutina o aparece acatisia, se recomendaría su cambio. Si éste se hace de un inhibidor de la recaptación de la serotonina (IRSS) a otro IRSS no es necesario el período libre de droga antes de medicar con el siguiente antidepresivo (*wash out*).

Plan B para depresión:

1. Iniciar con Sertralina a la dosis recomendada de 50 mg/día. Debe ser administrada una vez al día y en la mañana.
2. Si en la sexta semana no se advierte modificación en la puntuación del Hamilton para depresión a 13 o menos, transferirlo al Servicio de Psiquiatría o a un centro especializado.

Los IRSS pueden ser asociados a ansiolíticos durante las dos primeras semanas de tratamiento, cuando la depresión se acompaña de manifestaciones de ansiedad de moderada intensidad.

Podría considerarse en este caso el empleo de Clonazepan en dosis de 2 mg/ día como promedio, en dosis fraccionada mañana y noche o sólo por la noche.

Criterio de referencia

Depresión muy severa o severa de acuerdo a la puntuación de la Escala de Hamilton para depresión o paciente con riesgo suicida: transferencia a Hospital con Servicio de Psiquiatría o a un centro especializado.

Si el paciente presenta un estresor de difícil solución a corto plazo considerar psicoterapia de apoyo una sesión semanal por 8 semanas para manejo del conflicto por los médicos tratantes o psicólogo de acuerdo a las pautas enseñadas en el curso inicial de capacitación.

Si los conflictos persisten derivarlo al Servicio de Psiquiatría o a un Centro Especializado.

(Seguir flujograma)

NIVEL II-2 III-1



P. Mazzetti S.



1214 Corner 3.



A. M. Holgado S.



D. Céspedes 13.



LE PODESTÀ DI...



Objetivos:

Atención de pacientes que eventualmente requieran de hospitalización por no presentar respuesta satisfactoria en el tratamiento ambulatorio.

Tratamiento médico integral de otros trastornos concomitantes.

Atención de conductas suicidas

Aplicación de protocolos de manejo de la depresión.

Tratamiento psicoterapéutico.

Programa de seguimiento.

Generación de redes de soporte.

Generación de redes de derivación, referencia y coordinación con otros equipos terapéuticos

Psicoeducación

Apoyo social y familiar (entrevista familiar, contacto con grupos comunitarios, derivación a instituciones comunitarias, derivación a organizaciones comunales)

Trabajo en habilidades sociales con niños y adolescentes

Enseñanza de pautas de crianza a padres de familia

Prevención del maltrato.

Tratamiento médico

En caso de comorbilidad psiquiátrica: el manejo de los psicofármacos se ajustara al cuadro específico (ejemplo en pacientes con trastornos afectivos, podrán utilizarse estabilizadores del ánimo, sales de litio, antidepresivos y antipsicóticos de preferencia atípicos.

INSTAURACIÓN DEL TRATAMIENTO

1. FASE AGUDA: Se considera fase aguda hasta la remisión de los síntomas (8-12 semanas). Es recomendable iniciar el tratamiento con dosis bajas para minimizar los efectos adversos e ir aumentándolas poco a poco, hasta observar una respuesta adecuada.

En general, las dosis terapéuticas pueden alcanzarse más rápidamente con los IRSS (dosis orientativas de 20-30 mg/día para fluoxetina, paroxetina y citalopram; 100-200 mg/día de fluvoxamina y de 75-150 mg/día para sertralina), que con los antidepresivos tricíclicos (ATC), en los que los aumentos deben ser más graduales, cada 3-7 días hasta alcanzar la dosis de 125-150 mg/día. **Una vez alcanzada la dosis recomendada el efecto tardará al menos 2 semanas en hacerse evidente y no se obtendrán los efectos máximos hasta las 4-6 semanas.**

Es importante hacer un seguimiento del tratamiento en las primeras dos semanas a fin de controlar los efectos secundarios y el riesgo de suicidio. En los casos de falta de respuesta o respuesta parcial, debe revisarse el diagnóstico, la dosis, valorar el grado de cumplimiento y reevaluar el riesgo de suicidio. Una vez alcanzada la dosis terapéutica, si no se observa respuesta después de 4 semanas de tratamiento o sólo es parcial tras 6 semanas, debe valorarse una variación en el tratamiento cambiando a otro antidepresivo de otro grupo o del mismo grupo en el caso de los IRSS, aumentando las dosis o combinando distintos fármacos. Las ventajas de cambiar a otro antidepresivo incluyen la simplicidad de la monoterapia, así como evitar potenciales interacciones fármaco-fármaco.

Generalmente no es necesario suspender un antidepresivo durante un tiempo antes de empezar con otro. Con la mayoría de los fármacos se puede ir retirando el primer fármaco mientras se incorpora el segundo, aunque algunos pacientes pueden presentar efectos adversos en este periodo de solapamiento. Entre los ATC puede hacerse en 2 ó 3 días, en dosis equipotentes (p.ej., cambiar 25 mg de un antidepresivo por otro, administrándolos simultáneamente hasta completar la dosis). Entre ATC e IRSS puede hacerse directamente sin interrupción.








Al cambiar de un ATC o IRSS o mirtazapina a un inhibidor de la monoaminoxidasa (IMAO) es necesario dejar pasar un periodo de lavado de dos semanas, salvo en el caso de fluoxetina que se requieren 5 semanas. Con venlafaxina y nefazodona es suficiente una semana.

Promover paralelamente a lo anterior el apoyo emocional.

2. FASE DE CONTINUACIÓN: Esta fase tiene una duración de 6 meses y su objetivo es prevenir las recaídas.

Más de un tercio de los pacientes con depresión mayor recaen en el primer año tras la remisión inicial, la mayoría de ellos en los 4 primeros meses. **Se debe utilizar la misma dosis de antidepresivo usado en la fase aguda.**

En los pacientes con un solo episodio de depresión se debería utilizar el tratamiento un mínimo de 8-9 meses, 8-12 semanas de la fase aguda más 6 meses de la fase de continuación.

3. FASE DE MANTENIMIENTO: El objetivo de esta fase es prevenir la aparición de recurrencias. Son candidatos a este tratamiento los pacientes que presentan 3 o más episodios de depresión mayor en los últimos 5 años o más de 5 en toda su vida. La duración óptima de esta fase no se conoce, puede ser de 6 meses en adelante, entre 2 y 5 años e incluso algunos pacientes pueden necesitar tratamiento a dosis terapéuticas indefinidamente. **Como en las fases anteriores, las dosis son las mismas a las utilizadas en la fase aguda.** Se recomienda que esta fase se lleve a cabo bajo supervisión de un especialista.

RETIRO DEL TRATAMIENTO

La retirada de los fármacos debe ser lenta y gradual a fin de evitar un síndrome de retirada. Este síndrome puede constar de distintos síntomas en función del grupo de antidepresivo que se haya administrado:

- Los ATC pueden producir síntomas gripales y gastrointestinales, fatiga, ansiedad, agitación, y alteraciones del sueño.
- Con los ISRS los síntomas más frecuentes son mareos, náuseas, letargia, dolor de cabeza (más frecuente con paroxetina). Este síndrome también se ha descrito con venlafaxina.

Cuando el tratamiento ha durado entre 6-8 meses, una posible pauta de retirada puede consistir en ir disminuyendo la dosis de forma gradual, se puede optar por una reducción de un cuarto de la dosis cada 4-6 semanas. Si el síndrome aparece, suele remitir al administrar de nuevo el mismo fármaco y retirarlo más lentamente.

Fluoxetina debido a su vida media prolongada presenta menos capacidad de producir síndrome de retirada. Paroxetina, en cambio, presenta mayor riesgo.

Recientemente la FDA ha realizado una advertencia sobre este hecho, informando sobre la necesidad de retirar paroxetina de forma gradual debido a los problemas que puede ocasionar su retirada.

Hasta un 7% de pacientes pueden presentar alteraciones del sueño, parestesias y vértigos. También hace referencia a casos aislados de agitación, sudoración y náuseas.

Criterios de referencia

Aparición o emergencia de complicaciones psiquiátricas severas.

No respuesta a protocolos de tratamiento para la depresión

Criterios de contrarreferencia



P. Mazzetti S.



J.C. Carrasco S.



A.M. Holgado S.



H. Céspedes M.



L.E. Podesta G.



Remisión de cuadro agudo.
Remisión de ideación suicida.
Respuesta a protocolo de depresión

Nivel III-1 y III-2

Objetivos:

Atención especializada con aplicación de protocolos para pacientes refractarios o de evolución tórpida a tratamientos convencionales
Generar modalidades de atención especializada
Manejo apropiado de interurrencias de la especialidad
Posibilidad de internamiento en ambientes especializados
Servir como centros de referencia para los niveles de menor complejidad.
Proporcionar apoyo y asesoría a otras modalidades terapéuticas.
Investigación de nuevas modalidades de psicoterapia y psicofármaco terapia.

Criterios de contrarreferencia:

Estabilización clínica del paciente
Remisión de riesgos para la integridad del paciente

1. Signos de alarma a ser tomados en cuenta

SOBREDOSIS Y RIESGO DE SUICIDIO En los pacientes con mayor riesgo de suicidio la selección inicial del antidepresivo es un punto de particular importancia. Estudios observacionales sugieren que los ATC más antiguos como amitriptilina son más tóxicos en sobredosis y tienen mayor probabilidad de causar muertes que los ISRS.

Actualmente no hay datos suficientes que relacionen los ISRS con comportamientos suicidas. Además, hay que tener en cuenta que el riesgo de suicidio puede incrementarse en las fases iniciales de tratamiento con cualquier antidepresivo y la sobredosis de cualquiera de estos fármacos puede ser fatal. A este respecto es importante tener precaución con el número de envases prescritos al inicio del tratamiento en algunos pacientes a fin de evitar un intento de suicidio por sobredosis.

2. Criterios de Alta: define los aspectos clínicos y de exámenes auxiliares que permiten garantizar la resolución de la enfermedad del paciente.

Criterios de alta para depresión:

- Dos años después de evidencia clínica de resolución de la crisis.
- Escala de S.R.Q.- 18, puntúa menos de 9.
- Escala de Hamilton para depresión puntúa 7 o menos.

Criterios de seguimiento de control para depresión:

- Menos de dos años después de evidencia clínica de resolución de la crisis.
- Escala de Hamilton para depresión puntúa 13 o menos.

3. Pronóstico

Aproximadamente el 70 por ciento de los pacientes con depresión mayor responden al tratamiento de primera línea con monoterapia farmacológica. Del 30 por ciento restante que no responde al tratamiento inicial, un número importante responde con clases alternativas de antidepresivos.



P. Mazzetti S.



J.C. Pizarro S.



A.M. Holgado S.



D. Céspedes M.



L.E. POZETA G.



Sin embargo, y a pesar de todos estos resultados, también es necesario señalar que existe un importante porcentaje de pacientes que no se beneficia de estos progresos. Los datos de algunos estudios señalan que un alto número de pacientes con depresión de reciente diagnóstico no recibe un tratamiento adecuado en términos de posología y duración, y que muchos casos de los considerados rebeldes son realmente casos de tratamiento inadecuado.



P. Mazzetti S.

Estudios recientes afirman que un 15 por ciento de los pacientes con depresión evolucionan a la cronicidad. No obstante, el tratamiento con psicofármacos y/o psicoterapia, consiguen en la inmensa mayoría de los casos, aliviar parcialmente o en su totalidad los síntomas. Una vez se han superado los síntomas de la depresión convendrá seguir bajo tratamiento antidepresivo el tiempo necesario para evitar posibles recaídas. En algunos casos, el tratamiento deberá prolongarse de por vida.



J.C. Del Carmen S.

La presencia de características psicóticas en el trastorno depresivo mayor refleja una enfermedad severa y es un factor de pronóstico desalentador. Sin embargo, comúnmente se tiene éxito a corto plazo, aunque generalmente es de esperarse una recurrencia de los síntomas.

En términos generales, los síntomas de la depresión tienen una tasa más alta de recurrencia que los de la psicosis y es posible que los pacientes deban tomar medicamentos por mucho tiempo.



A.M. Holgado S.

En los pacientes adolescentes los factores de mal pronóstico, que permitieron identificar los individuos que experimentarían recurrencia de depresión o aparición de otra enfermedad psiquiátrica fueron: género femenino, varios episodios depresivos antes de los 18 años, historia familiar de depresión, rasgos de personalidad limítrofe y, en mujeres, conflictos con los padres. La contribución genética a la depresión del adolescente es del 37%.



D. Céspedes L.

Por el contrario, la historia de un solo episodio depresivo durante la adolescencia, pocos miembros en la familia con depresión mayor, bajos puntajes para trastornos de personalidad límite o antisocial y una visión positiva de la vida eran elementos que identificaban los pacientes con bajo riesgo de recurrencia.



L.E. Podesta G.

La depresión es una enfermedad frecuente entre los adolescentes y tiende a seguir un curso crónico con recaídas en la etapa del adulto joven. Además, con frecuencia se encuentra acompañada por otros trastornos psiquiátricos encabezado por abuso de sustancias psicoactivas. Dada la importancia de esta enfermedad entre las personas jóvenes, resulta de vital importancia que los médicos mejoren su sensibilidad hacia el diagnóstico y motiven a los pacientes para iniciar el tratamiento respectivo.

VIII. COMPLICACIONES

El 15% de los deprimidos termina suicidándose.

Interacciones. La mas severa, pero menos frecuente, corresponde a la administración concomitante de un IMAO con un antidepresivo tricíclico (ATC). El síndrome resultante puede causar toxicidad del SNC severa, con la presencia de hiperpirexia, convulsiones y coma. Aunque se ha usado la asociación en forma

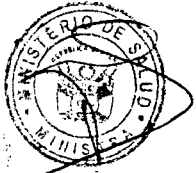
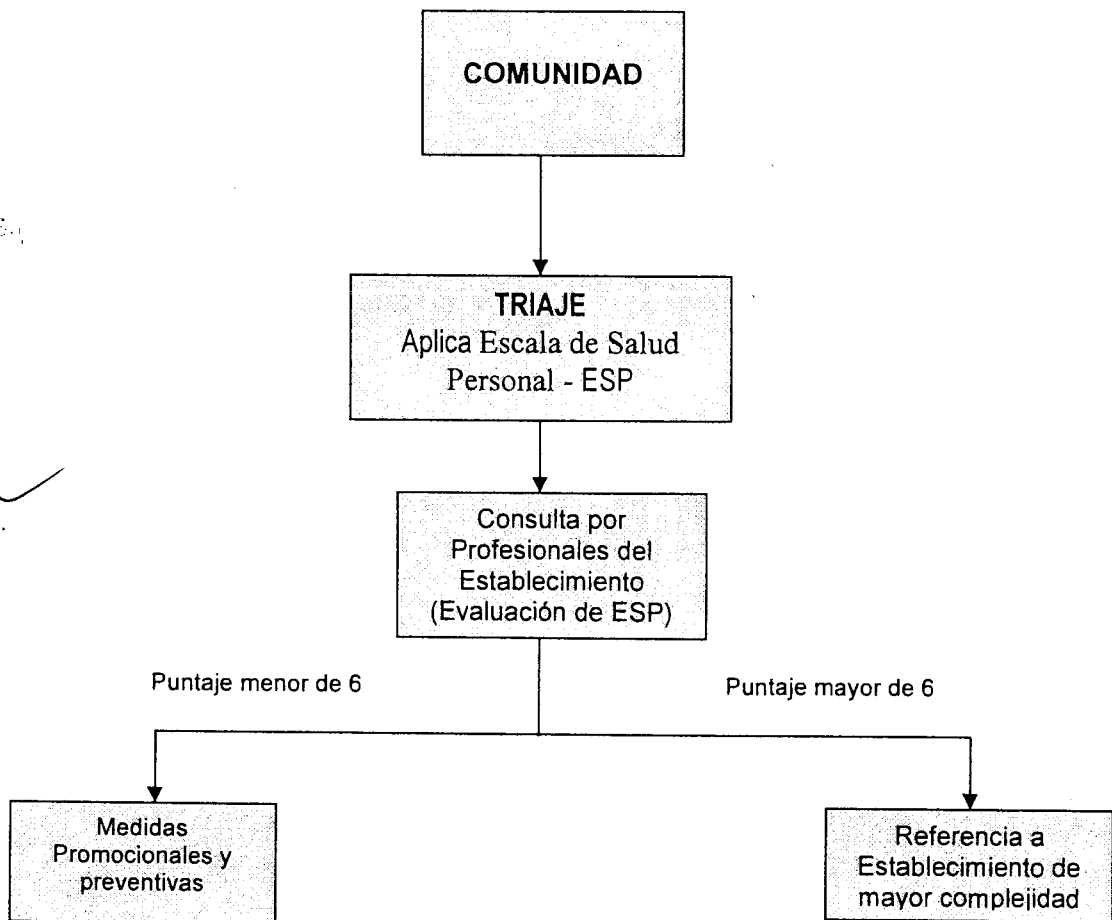


segura, no se recomienda, aunque se ha demostrado que esta terapia es más efectiva que la terapia de antidepresivos tricíclicos solos.

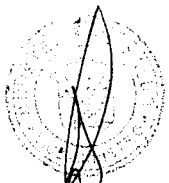
IX. FLUXOGRAMA

Diagrama de flujo que establezca gráficamente los pasos a seguir desde el diagnóstico, el tratamiento hasta el alta del paciente

FLUJOGRAMA DE ATENCIÓN DE PACIENTES CON DEPRESIÓN EN EL NIVEL I 1



P. Mazzetti S.



J.C. Del Carmen S.



A.M. Holgado S.



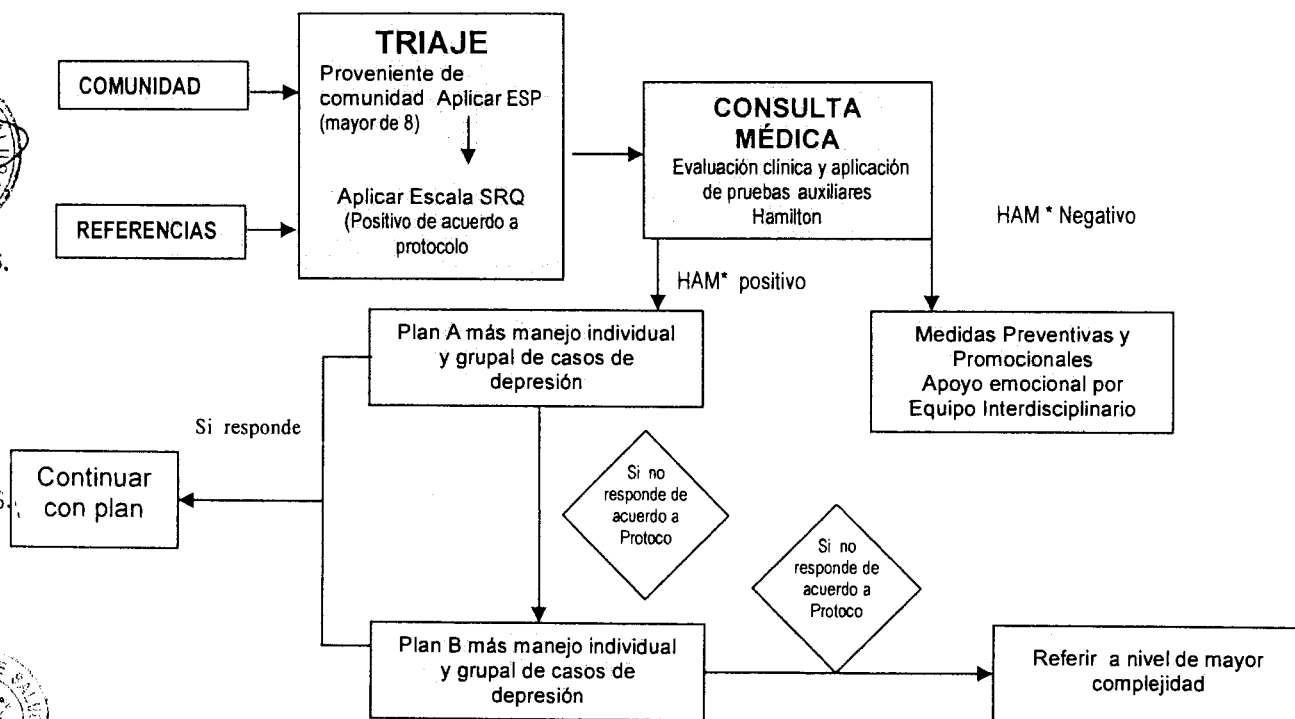
L.E. FODESTA G.



D. Céspedes M.

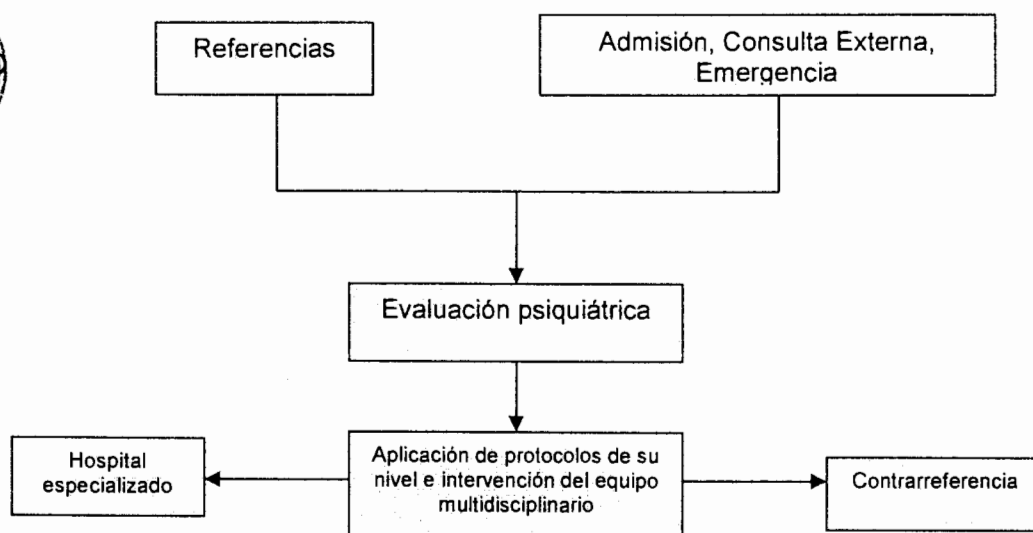


FLUJOGRAMA DE ATENCIÓN DE PACIENTES CON DEPRESIÓN EN EL NIVEL I 2, 3, 4, y II 1

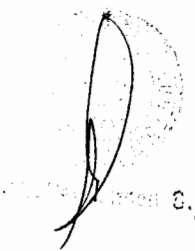


* HAM – Escala de Hamilton para Depresión

FLUJOGRAMA DE ATENCIÓN DE PACIENTES CON DEPRESIÓN EN EL NIVEL II 2




P. Mazzetti S.




D. González M.


L.E. Podesta G.


A.M. Holgado S.



X. ANEXOS

ANEXO N° 1

CRITERIOS DE CLASIFICACIÓN CIE 10 OMS

F32 Episodios depresivos

En los episodios depresivos típicos el enfermo que las padece sufre un humor depresivo, una pérdida de la capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas, una disminución de su vitalidad que lleva a una reducción de su nivel de actividad y a un cansancio exagerado, que aparece incluso tras un esfuerzo mínimo. También son manifestaciones de los episodios depresivos:

- a) La disminución de la atención y concentración.
- b) La pérdida de la confianza en sí mismo y sentimientos de inferioridad.
- c) Las ideas de culpa y de ser inútil (incluso en los episodios leves).
- d) Una perspectiva sombría del futuro.
- e) Los pensamientos y actos suicidas o de autoagresiones.
- f) Los trastornos del sueño.
- g) La pérdida del apetito.

La depresión del estado de ánimo varía escasamente de un día para otro y no suele responder a cambios ambientales, aunque puede presentar variaciones circadianas características. La presentación clínica puede ser distinta en cada episodio y en cada individuo. Las formas atípicas son particularmente frecuentes en la adolescencia. En algunos casos, la ansiedad, el malestar y la agitación psicomotriz pueden predominar sobre la depresión. La alteración del estado de ánimo puede estar enmascarada por otros síntomas, tales como irritabilidad, consumo excesivo de alcohol, comportamiento histriónico, exacerbación de fobias o síntomas obsesivos preexistentes o por preocupaciones hipocondríacas. Para el diagnóstico de episodio depresivo de cualquiera de los tres niveles de gravedad habitualmente se requiere una duración de al menos dos semanas, aunque períodos más cortos pueden ser aceptados si los síntomas son excepcionalmente graves o de comienzo brusco.

Alguno de los síntomas anteriores pueden ser muy destacados y adquirir un significado clínico especial. Los ejemplos más típicos de estos síntomas "somáticos" son: Pérdida del interés o de la capacidad de disfrutar de actividades que anteriormente eran placenteras. Pérdida de reactividad emocional a acontecimientos y circunstancias ambientales placenteras. Despertarse por la mañana dos o más horas antes de lo habitual. Empeoramiento matutino del humor depresivo. Presencia objetiva de inhibición o agitación psicomotrices claras (observadas o referidas por terceras personas). Pérdida marcada de apetito. Pérdida de peso (del orden del 5 % o más del peso corporal en el último mes). Pérdida marcada de la libido. Este síndrome somático habitualmente no se considera presente al menos que cuatro o más de las anteriores características estén definitivamente presentes.

Incluye:

- Episodios aislados de reacción depresiva.
- Depresión psicógena (F32.0, F32.1 ó F32.2).
- Depresión reactiva (F32.0, F32.1 ó F32.2).
- Depresión mayor (sin síntomas psicóticos).

F32.0 Episodio depresivo leve

Pautas para el diagnóstico

Ánimo depresivo, la pérdida de interés y de la capacidad de disfrutar, y el aumento de la fatigabilidad suelen considerarse como los síntomas más típicos de la depresión, y al menos dos de estos tres deben estar presentes para hacer un diagnóstico definitivo, además de al menos dos del resto de los síntomas enumerados anteriormente. Ninguno de



P. Marzetti S.



J.C. Del Carmen S.



A. Gómez M.



L.E. Fdez. S.



A.M. Holgado S.



los síntomas debe estar presente en un grado intenso. El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas.

Un enfermo con un episodio depresivo leve, suele encontrarse afectado por los síntomas y tiene alguna dificultad para llevar a cabo su actividad laboral y social, aunque es probable que no las deje por completo.

Se puede utilizar un quinto carácter para especificar la presencia de síntomas somáticos:

F32.00 Sin síndrome somático

Se satisfacen totalmente las pautas de episodio depresivo leve y están presentes pocos síntomas somáticos o ninguno.

F32.01 Con síndrome somático

Se satisfacen las pautas de episodio depresivo leve y también están presentes cuatro o más de los síntomas somáticos (si están presentes sólo dos o tres, pero son de una gravedad excepcional, puede estar justificado utilizar esta categoría).

F32.1 Episodio depresivo moderado

Pautas para el diagnóstico

Deben estar presentes al menos dos de los tres síntomas más típicos descritos para episodio depresivo leve (F32.0) así como al menos tres (y preferiblemente cuatro) de los demás síntomas. Es probable que varios de los síntomas se presenten en grado intenso, aunque esto no es esencial si son muchos los síntomas presentes. El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas.

Un enfermo con un episodio depresivo moderado suele tener grandes dificultades para poder continuar desarrollando su actividad social, laboral o doméstica.

Se puede utilizar un quinto carácter para especificar la presencia de síndrome somático:

F32.10 Sin síndrome somático

Se satisfacen totalmente las pautas de episodio depresivo moderado y no están presentes síntomas somáticos.

F32.11 Con síndrome somático

Se satisfacen totalmente las pautas de episodio depresivo moderado y están también presentes cuatro o más de los síntomas somáticos (si están presentes sólo dos o tres pero son de una gravedad excepcional, puede estar justificado utilizar esta categoría).

F32.2 Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos

Durante un episodio depresivo grave, el enfermo suele presentar una considerable angustia o agitación, a menos que la inhibición sea una característica marcada. Es probable que la pérdida de estimación de sí mismo, los sentimientos de inutilidad o de culpa sean importantes, y el riesgo de suicidio es importante en los casos particularmente graves. Se presupone que los síntomas somáticos están presentes casi siempre durante un episodio depresivo grave.

Pautas para el diagnóstico

Deben estar presentes los tres síntomas típicos del episodio depresivo leve y moderado, y además por lo menos cuatro de los demás síntomas, los cuales deben ser de intensidad grave. Sin embargo, si están presentes síntomas importantes como la agitación o la inhibición psicomotrices, el enfermo puede estar poco dispuesto o ser incapaz de describir muchos síntomas con detalle. En estos casos está justificada una evaluación global de la gravedad del episodio. El episodio depresivo debe durar normalmente al menos dos semanas, pero si los síntomas son particularmente graves y de inicio muy rápido puede estar justificado hacer el diagnóstico con una duración menor de dos semanas.

Durante un episodio depresivo grave no es probable que el enfermo sea capaz de continuar con su actividad laboral, social o doméstica más allá de un grado muy limitado.

Incluye:

Episodios depresivos aislados de depresión agitada.

Melancolía.

Depresión vital sin síntomas psicóticos.



F32.3 Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos

Episodio depresivo grave que satisface las pautas establecidas en F32.2, y en el cual están presentes además ideas delirantes, alucinaciones o estupor depresivo. Las ideas delirantes suelen incluir temas de pecado, de ruina o de catástrofes inminentes de los que el enfermo se siente responsable. Las alucinaciones auditivas u olfatorias suelen ser en forma de voces difamatorias o acusatorias o de olores a podrido o carne en descomposición. La inhibición psicomotriz grave puede progresar hasta el estupor. Las alucinaciones o ideas delirantes pueden especificarse como congruentes o no congruentes con el estado de ánimo (ver F30.2).

Incluye: Episodios aislados de:
Depresión mayor con síntomas psicóticos.
Depresión psicótica.
Psicosis depresiva psicógena.
Psicosis depresiva reactiva.

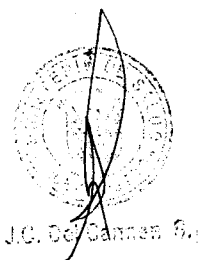


P. Mezzetti S.

F32.8 Otros episodios depresivos

Episodios que no reúnan las características de los episodios depresivos señalados en F32.0-F32.3, pero que por la impresión diagnóstica de conjunto indican que son de naturaleza depresiva. Por ejemplo, mezclas fluctuantes de síntomas depresivos (especialmente de la variedad somática) con otro; síntomas como tensión, preocupación, malestar o mezclas de síntomas depresivos somáticos con dolor persistente o cansancio no debido a causas orgánicas (como los que se observan en ocasiones en los servicios de interconsulta de hospitales generales).

Incluye:
Depresión atípica.
Episodios aislados de depresión "enmascarada" sin especificación.



J.C. De Santis S.

F32.9 Episodio depresivo sin especificación

Incluye:
Depresión sin especificación.
Trastorno depresivo sin especificación.



A.M. Holgado S.



ANEXO 2

ESCALA DE SALUD PERSONAL

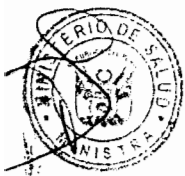
Nombre.....Edad:.....

Sexo.....Grado:.....

Domicilio:.....Fecha.....

Indique con un círculo la frecuencia con la cual ha experimentado lo siguiente durante el MES PASADO (desde hace 4 semanas hasta hoy)

	Nunca	A veces	Siempre
1. ¿Ha tenido dificultades para dormir?			
2. ¿Se ha asustado o alarmado con facilidad?			
3. ¿Se ha sentido nervioso o tenso?			
4. ¿Se ha sentido triste?			
5. ¿Le ha sido difícil disfrutar de sus actividades diarias?			
6. ¿Se ha sentido cansado?			
7. ¿Ha dejado de asistir o hacer su trabajo? (Como trabajador remunerado, estudiante o en casa)			
8. ¿Ha dejado de relacionarse o de llevar a cabo actividades con sus familiares?			
9. ¿Ha dejado de relacionarse con gente de su comunidad?			
10. ¿Ha sentido que tiene problemas emocionales y que requiere de atención profesional?			
PUNTAJE TOTAL			


P. Mazzetti S.


J.C. L. Latorre, G.


D. Céspedes R.


L.E. PODESTA G.


A.M. Holgado S.



**CUESTIONARIO DE SÍNTOMAS:
S.R.Q.-18**

Fecha Entrevistador:.....
 Establecimiento:.....
IDENTIFICACION DEL PACIENTE:
 Nombre del paciente:.....
 Fecha de Nacimiento: Edad: Sexo: M F
 Dirección:.....

Motivo de consulta:

.....



P. Mazzoli S.



J.C. Delgado S.



A. Melgado S.



D. Céspedes M.



L.E. Podesta G.

1. ¿Tiene dolores frecuentes de cabeza?
2. ¿Tiene mal apetito?
3. ¿Duerme mal?
4. ¿Se asusta con facilidad?
5. ¿Sufre temblor en las manos?
6. ¿Se siente nervioso o tenso?
7. ¿Sufre de mala digestión?
8. ¿Es incapaz de pensar con claridad?
9. ¿Se siente triste?
10. ¿Llora Ud. con mucha frecuencia?
11. ¿Tiene dificultad en disfrutar de sus actividades diarias?
12. ¿Tiene dificultad para tomar decisiones?
13. ¿Tiene dificultad en hacer su trabajo? ¿Su trabajo se ha visto afectado?
14. ¿Es incapaz de desempeñar un papel útil en su vida?
15. ¿Ha perdido interés en las cosas?
16. ¿Se siente aburrido?
17. ¿Ha tenido la idea de acabar con su vida?
18. ¿Se siente cansado todo el tiempo?

SI	NO
SI	NO
SI	NO
SI	NO
SI	NO
SI	NO
SI	NO
SI	NO
SI	NO
SI	NO
SI	NO
SI	NO
SI	NO
SI	NO
SI	NO
SI	NO
SI	NO
SI	NO
SI	NO

PUNTUACIÓN DE LAS PREGUNTAS 1 – 18 :



19. ¿Siente Ud. que alguien ha tratado de herirlo en alguna forma?
20. ¿Es Ud. una persona mucho más importante que lo que piensan los demás?
21. ¿Ha notado interferencias o algo raro en su pensamiento?
22. ¿Oye voces sin saber de donde vienen o que otras personas no pueden oír?
23. ¿Ha tenido convulsiones, ataques o caídas al suelo con movimientos de brazos y piernas; con mordedura de la lengua ó pérdida del Conocimiento?
24. ¿Alguna vez le ha parecido a su familia, sus amigos, su médico o su sacerdote que Ud. estaba bebiendo demasiado?
25. ¿Alguna vez ha querido dejar de beber pero no ha podido?
26. ¿Ha tenido alguna vez dificultades en el trabajo o en el estudio causa de la bebida como beber en el trabajo o colegio o faltar a ellos?
27. ¿Ha estado en riñas o lo han detenido estando borracho?
28. ¿Le ha parecido alguna vez que Ud. bebía demasiado?

SI	NO
SI	NO
SI	NO
SI	NO
SI	NO
SI	NO
SI	NO
SI	NO
SI	NO
SI	NO



P. Mazzetti S.

DETERMINACION DE LA PUNTUACIÓN:

El cuestionario tiene varias partes: Las primeras 18 preguntas se refieren a trastornos de leve o moderada intensidad como los depresivos, angustia o ansiosos y otros, nueve o más respuestas positivas en éste grupo determinan que el entrevistado tiene una alta probabilidad de sufrir enfermedad mental, y por lo tanto se le considera un "caso".

Las preguntas 19 a 22 son indicativas de un trastorno psicótico; una sola respuesta positiva entre éstas cuatro determina un "caso".

La respuesta positiva a la pregunta 23 indica alta probabilidad de sufrir un trastorno convulsivo.

Las preguntas 24 a 28 indican problemas relacionados con el consumo del alcohol; la respuesta positiva a una sola de ellas determina que la persona tiene alto riesgo de sufrir alcoholismo.

Cualquiera de estas posibilidades, o una combinación de las tres, indica que efectivamente se trata de un "caso".



D. Céspedes R.



L.E. PODESTA G.



A.M. Holgado S.



ANEXO 3

ESCALA DE HAMILTON PARA DEPRESION

Apellidos y Nombres:.....

H.C.:.....

SÍNTOMA	0 inicio	4 sem.	6 sem.	8 sem.	6 mes	12 mes	18 mes	24 mes
1. Animo deprimido: (tristeza, desesperanza, impotencia, inutilidad) 0 Ausente 1 La sensación está presente pero sólo se manifiesta al preguntársele. 2 La sensación está presente y se manifiesta verbalmente en forma espontánea. 3 La sensación se presenta en forma no verbal, por ejemplo a través de la expresión facial, postura, voz y tendencia al llanto. 4 El paciente reporta estas sensaciones virtualmente en su comunicación espontánea verbal y no verbal.								
2. Sentimientos de culpa 0 Ausentes. 1 Auto-reproche, siente que ha causado el fracaso de los demás. 2 Ideas de culpa o rumiación respecto a errores pasados o actos pecaminosos. 3 La presente enfermedad es un castigo. Delusiones de culpa. 4 Escucha voces acusatorias o que lo denuncian o experiencias alucinatorias visuales amenazantes.								
3. Suicidio 0 Ausente. 1 Siente que la vida no vale la pena. 2 Deseos de estar muerto o cualquier pensamiento de posible muerte de sí mismo. 3 Gesto o ideas suicidas. 4 Intentos suicidas (cualquier intento serio debe ser valorado como 4).								
4. Insomnio de conciliación 0 No hay dificultad para conciliar el sueño. 1 Quejas de dificultad ocasional para conciliar el sueño. Por ejemplo, más de ½ hora. 2 Quejas de que todas las noches tiene dificultad para conciliar el sueño.								
5. Insomnio de medio sueño 0 No hay dificultad. 1 El paciente se queja de haberse desvelado o estar alterado durante la noche. 2 Se despierta durante la noche, cualquier levantarse de la cama salvo para evacuar.								
6. Insomnio tardío 0 No hay dificultad. 1 Se despierta en horas muy temprano de la mañana pero nuevamente se duerme. 2 Es incapaz de volver a dormirse nuevamente si se levanta de la cama.								
7. Trabajo y actividades 0 No hay dificultad. 1 Pensamientos y sensación de incapacidad, fatiga o debilidad relacionada con las actividades, el trabajo o las distracciones. 2 Pérdida de interés en las actividades, distracciones o trabajo, tanto si ésta es reportada directamente por el paciente o indirectamente por descuidos, indecisión o vacilación. 3 Disminución en el tiempo presente dedicado a actividades o disminución en la productividad. En el hospital se valorará 3 si el paciente no emplea por lo menos 3 horas al día en actividades (trabajo hospitalario o entrenamiento), excluyendo actividades domésticas (desaliño personal). 4 Suspense el trabajo debido a la enfermedad actual. En el hospital se valorará 4 si el paciente no participa excluyendo las actividades domésticas. Si el paciente realiza de manera deficiente sus actividades domésticas (aliño personal) sin asistencia.								
8. Retardo: (lentitud en el pensamiento y el habla, disminución de la capacidad de concentración, actividad motora disminuida). 0 Habla y pensamientos normales. 1 Discreto retardo durante la entrevista. 2 Retardo obvio durante la entrevista. 3 Entrevista dificultosa. 4 Estupor completo.								
9. Agitación 0 Ninguna. 1 Juega con las manos, cabello, etc. 2 Se frota las manos, las uñas, se jala el cabello, se muerde los labios.								



P. Mazzeiti S.



D. Céspedes M.



L.E. PODESTÀ G.



A.M. Holgado S.



Apellidos y

Nombres:.....H.C.:.....

SÍNTOMA	0 Inicio	4 sem.	6 sem.	8 sem.	6 mes	12 mes	18 mes	24 mes
10. Ansiedad psíquica 0 No hay dificultad. 1 Tensión subjetiva e irritabilidad. 2 Se preocupa por asuntos menores. 3 Apparente actitud aprehensiva en el rostro o en el habla. 4 Temores expresados sin preguntárselo.								
11. Ansiedad somática: (componentes fisiológicos De la ansiedad: <u>gastrointestinales</u> – sequedad de boca, gases, indigestión, diarrea, retortijones, eructos; <u>cardiovasculares</u> – palpitaciones, cefalea; <u>respiratorios</u> – hiperventilación, suspiros; <u>frecuencia urinaria</u> , sudoración). 0 Ausente. 1 Mediano. 2 Moderado. 3 Severo. 4 Incapacitante.								
12. Síntomas somáticos gastrointestinales 0 Ninguno. 1 Pérdida del apetito pero el sujeto se alimenta sin deseos. Sensación de pesadez en el abdomen. Dificultad para alimentarse sin ver la urgencia del mismo. Se requiere de laxantes o medicación para el intestino o los síntomas gastrointestinales.								
13. Síntomas somáticos generales 0 Ninguno. 1 Pesadez en los miembros, la espalda o cabeza; dolores de espalda, cefalea; dolores musculares o pérdida de energía o fatiga. 2 Cualquier síntoma claro se evalúa como 2.								
14. Síntomas genitales: (pérdida de libido, Alteraciones menstruales, no determinado) 0 Ausentes. 1 Moderado. 2 Severo.								
15. Hipocondría 0 No está presente. 1 Preocupación por el propio cuerpo. 2 Preocupación por la salud. 3 Quejas constantes, búsqueda de ayuda, etc. 4 Delusiones hipocondríacas.								
16. Pérdida de peso A. Cuando se evalúa por historia: 0 No hay pérdida de peso. 1 Probable pérdida de peso asociada a la enfermedad actual. 2 Definitiva pérdida de peso (de acuerdo con el paciente). B. En evaluaciones semanales por el psiquiatra en la sala, cuando los cambios de peso actuales son ponderados: 0 Menos de ½ Kg. De peso perdido en una semana. 1 Más de ½ Kg. De peso perdido en una semana. 2 Más de 1 Kg. De peso perdido en una semana.								
17. Introspección 0 Reconocerse estar deprimido y enfermo. 1 Reconocerse enfermedad pero atribuirlo a causas tales como: mala alimentación, clima, exceso de trabajo, virus, necesidad de descanso, etc. 2 Negarse estar enfermo del todo.								
Puntaje Total:								

Calificación de la depresión de acuerdo al puntaje total:

0 – 7 Normal.

8 – 13 Leve.

14 – 18 Moderado.

19 – 22 Severo.

23 ó > Muy severo

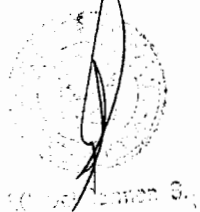
M. Holgado S.

X. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ¹ Organización Mundial de la Salud (1992). CIE – 10 Trastornos Mentales y del Comportamiento: Descripciones Clínicas y Pautas para el Diagnóstico. Madrid: Meditor.1992.
2. ² Programa Anual 2000-2001 de Formación continuada acreditada para Médicos de Atención Primaria Fisiopatología de la depresión
<http://www.medynet.com/elmedico/aula/tema19/depresion3.htm> 7-07-06
3. ³ Epidemiología de la Salud mental en el Perú. Instituto Nacional de Salud mental "Honorio Delgado – Hideyo Noguchi" - <http://www.minsa.gob.pe/iesmhdhn/oeaide.htm> 7-07-06
4. ⁴ Henriksson M, Isometsä E, Hietanen PS Mental disorders in cancer suicides. 1995
5. ⁵ Lloyd-Williams M, Friedman T. Depression in paliative care patients-a prospective study. Eur J Cancer Care 2001
6. ⁶ Manejo psiquiátrico de la infección por HIV y del SIDA. Fuente: www.mednet.org.uy/spu/revista/jun2002/02_to.pdf.
7. ⁷ Dr Rozados Laboratorio bioquímico (general, neuroquímicos, neuroendocrinos)
http://www.depresion.psicomag.com/laborat_bioq.php . 7-07-06
8. ⁸ Javier León, MD Sección de Psiquiatría Fundación Santa Fe de Bogotá :
http://www.fepafem.org.ve/Guias_de_Urgencias/Alteraciones_psiquiatricas/Depresion.pdf
9. ⁹ Véliz, José (1996) Validez y Confiabilidad del Cuestionario de Auto-reportaje de Síntomas (S.R.Q.) en personal de Sanidad de la Policía Nacional. Tesis de Maestría en Medicina de la Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima – Perú.
10. ¹⁰ Novara J.; Sotillo C.; Warthon D. (1985) Estandarización de las Escalas de Beck, Hamilton y Zung para depresión en Lima Metropolitana. Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado – Hideyo Noguchi". Lima – Perú.



P. Mazzetti S.



D. Caspeada M.



L.E. PODESTA G.



A.M. Holgado S.



GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA EN CONDUCTA SUICIDA

I. NOMBRE Y CÓDIGO

SUICIDIO Y LESIONES INTENCIONALMENTE AUTOINFLINGIDAS (CAPÍTULO XX: X60 al X84) CIE -10 (1)

II. DEFINICIÓN

1. Definición

CONDUCTA SUICIDA.- "es una condición clínica que se define como el desarrollo del pensamiento suicida pudiendo llegar hasta el acto suicida consumado. Se puede originar esta conducta en función a una decisión voluntaria, motivos inconscientes, en estados psicopatológicos que cursan con alteraciones del afecto, del pensamiento, de la conciencia y de los impulsos "(2)

2. Etiología

La conducta suicida en sí, no es una patología, sino que puede estar inscrita en una serie de enfermedades emocionales, siendo la principal el trastorno depresivo, y por lo tanto no responde a una sola etiología. Se enumeran las teorías propuestas:

Teoría Neurobiológica

Una disminución en la acción de la serotonina, 5HT, está implicada en conductas depresivas, agresivas, y de trastornos del control de los impulsos, asociados a los suicidios violentos o agresivos. Asimismo, la conducta suicida se asocia con una disminución en los niveles serotoninérgicos de la corteza ventral pre-frontal. Igualmente, se encontró niveles bajos de serotonina (5-HT) y su metabolito principal, ácido 5-hidróxiindolacético (5-HIAA) en cerebros post-mortem.

También se ha señalado la falta de procesamiento adecuado en la corteza prefrontal del cerebro de la que depende la toma de decisiones, y que se vería debilitada por los estados depresivos, abuso de alcohol o sustancias psicoactivas u otros estados psicopatológicos.

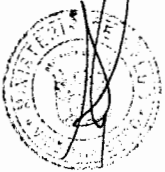
En sujetos con intento de suicidio la reducción de los niveles de 5-HIAA en el LCR se correlacionó con el diagnóstico psiquiátrico y la letalidad del intento. (4)

Estudios sugieren que existe una asociación entre alteraciones del eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal y suicidio. Las primeras observaciones fueron hechas por Bunney y Fawcett (1965) quienes encontraron una elevada excreción urinaria de 17-hidroxycorticosteroides en víctimas de intentos de suicidio y suicidios consumados. También han sido informadas elevaciones de cortisol en sangre en suicidas e incluso valores arriba de 20 mg/dl podrían tomarse como marcador biológico de alto riesgo de suicidio.

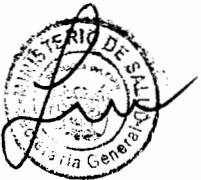
Los niveles de colesterol sanguíneo, fundamentalmente la hipocolesterolemia (menor de 160 mg/dl), ha venido siendo estudiado en numerosos países, como un factor que puede estar relacionado con el metabolismo del triptófano, precursor de la serotonina, sin que se encuentre correlación en todas la series estudiadas, pero por la sencillez y economía es una factor a considerar.(30)(31)



Mazzetti S.



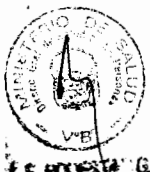
J.C. Del Carmen S.



Mazzetti S.



Mazzetti S.



Mazzetti S.



Aspectos Genéticos

Ciertas investigaciones sugieren una tasa elevada de concordancia de suicidio en gemelos idénticos. En un estudio danés sobre gemelos monocigóticos se observó que en 20% de los casos en los que un hermano se suicidaba, el otro fallecía de la misma manera.

En estudios locales se encontró que familiares del grado de intentadores de suicidio habían cometido suicidio (26.7 %).(16)

Estudios sobre adopción realizados en Dinamarca muestran un mayor número de suicidios en familiares de personas suicidas comparadas con familiares de los controles.



P. Mazzetti S.

Teorías Psicológicas

En las teorías cognitivas, Aaron Beck ha examinado la función de los estados emocionales como la desesperanza y el desamparo en la patogenia de la depresión y el suicidio. Este autor ha relacionado la "triada negativa" de la depresión con el suicidio basándose en que el pensamiento del individuo se deforma cuando la víctima se encuentra deprimida; de esta manera adquiere una opinión negativa de sí mismo, del futuro y del mundo. De manera que la idea de suicidio represente una mejoría respecto a la situación actual.



J.C. Del Carmen S.

En la teoría psicoanalítica, Sigmund Freud (1917), fue el primero en ofrecer explicaciones psicológicas al suicidio, quien postulaba que los motivos del acto eran intrapsíquicos, vinculándolas al instinto de muerte y a la pulsión suicida con cargas tanáticas dirigidas contra el propio yo, donde no siempre la persona es consciente de sus actos. Así sus mecanismos de defensa (negación) son una forma de huir de la vida (de sus problemas) optando así por el suicidio.



A.M. Holgado S.

Recientemente se viene estudiando la conducta impulsiva que sobrepasa los umbrales del procesamiento o ejecución a nivel de la corteza pre-frontal del cerebro, frente a ciertos estresores en determinados casos.

Teoría de la Crisis

La conducta suicida es una situación crítica en la cual existe una pérdida temporal del equilibrio psíquico, principalmente por la incapacidad de manejar situaciones dolorosas y amenazantes, por colapso de los recursos adaptativos de la persona.

La Teoría de la Crisis aparece a raíz de los suicidios durante la guerra mundial, a inicios del '60 el movimiento de prevención del suicidio creció con rapidez en los Estados Unidos, al apoyarse en parte sobre la teoría de la crisis de Kaplan.



L. Céspedes M.



L.E. Podesta S.

3. Aspectos epidemiológicos

Se estima que la tasa de suicidio mundial es aproximadamente de 15 por 100,000 habitantes según OMS del año 2002. Los países de América Latina con mayor prevalencia de suicidio son Cuba con 11 por 100,000 y Puerto Rico con 10 por 100,000 habitantes.(1)(6)

El MINSA en el año 2000 reporta 228 suicidios consumados, de los cuales el 63% eran varones. En el Estudio Epidemiológico de Salud Mental en Lima Metropolitana y Callao en el año 2002 realizado por el Instituto Especializado de Salud Mental "Honorio Delgado-Hideyo Noguchi", en lo referente a la prevalencia



de pensamiento suicida es de 30.3% con predominio del sexo femenino. La prevalencia de conductas suicidas con referencia al intento es 5.2% con predominio del sexo femenino.(11)

En el estudio Epidemiológico de Salud Mental realizado en la sierra peruana en el año 2003 por el IESM "H.D-HN", encontramos que la prevalencia anual de deseos de morir está en 34.2%, y la prevalencia del intento suicida esta en 2.9%.(12)

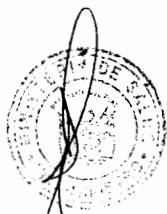
En análogo estudio en la selva del Perú, 2004 no se observa mayor diferencia en cuanto a los porcentajes de los estudios anteriores.(13)

Pasan del pensamiento a la concreción suicida en un 34% y de la planificación al intento en 72%, según investigaciones foráneas.(7).



P. Mazzetti S.

III. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS



J.C. Del Carmen S.

- Género: Los intentos de suicidio son más frecuentes en las mujeres en relación de 3 : 1 mientras que el suicidio consumado es más frecuente en los varones, en general, en la misma relación. (6)
- Edad: En referencia a los suicidios consumados, cerca de la mitad están entre 18 a 33 años. Existe una tendencia a nivel mundial del aumento de las tasas de suicidio en niños y adolescentes, las cuales se han triplicado en relación a la década anterior. También se aprecia un aumento de estas tasas en las población de la tercera edad. (6)(27)
- Estado Civil: Los solteros constituyen el mayor grupo de riesgo en suicidio consumado e intento de suicidio. En el Programa de Prevención de Suicidio (PPS) del Instituto Especializado de Salud Mental "Honorio Delgado-Hideoy Noguchi" se encontró que el 62.2% pacientes con intento de suicidio eran solteros.(17)
- Ocupación: Los desocupados constituyen el grupo de riesgo más relevante. Se ha visto un incremento de conductas suicidas violentas en militares, policías y vigilantes de seguridad, así como sus familiares, ya que cuentan con mayor disponibilidad de medios letales.(18)
- Condiciones Socioeconómicas: Es mayor en el estrato social bajo, relacionándose con la frustración y carencias. El hecho de vivir solo es otro elemento de importancia.
- Antecedentes Familiares de Enfermedad Mental: La depresión constituye el trastorno mental más frecuentemente encontrado en los familiares de pacientes suicidas, seguido de dependencia a alcohol y drogas, y esquizofrenia.(8)(32)(15)(18)
- Antecedentes Familiares de Conducta Suicida: Los antecedentes de intento de suicidio en familiares de primer grado es 10.4%, predominando aquel de los hermanos con 50%; y los familiares de segundo grado 7.5% de acuerdo a los datos encontrados en el Programa de Prevención de Suicidio (PPS) del IESM "HD-HN", 2003.(15)
- Enfermedades Física y/o Mentales: En estudios post mortem se muestra que entre 25% a 75% de suicidios consumados padecían algún tipo de afección somática. Entre la patologías presentes tenemos SIDA, cáncer, enfermedades del SNC, cardiovasculares y otras. En relación a los trastorno mentales y los intentos de suicidio, encontramos que la depresión es hallada en un 75% de los pacientes, trastorno borderline de la personalidad 37.3% y alcohol y dependencia de drogas con 21.7%, los trastorno de adaptación con 23.2%, trastornos de la conducta alimentaria en un 15 % (Bulimia Nervosa), de acuerdo a la fuente anteriormente citada.(15)(22)(25)(29).



A.M. H. H. S.



L. E. PODESTA' G.



L.E. PODESTA' G.



- Consumo de Alcohol y Sustancias Psicoactivas: Existen estudio en que se encuentra que el riesgo de suicidio en alcohólicos es de 60 a 120 veces mayor en alcohólicos que en la población general.
- Antecedente de Maltrato Físico, Sexual y Psicológico: Son factores directamente vinculados las conductas suicidas, ya sea como antecedentes o recientes.(26)(28)
- Conflictos Familiares y/o Pareja: Se les considera los estresores psicosociales más fuertemente vinculados con la conducta suicida.
- Pérdida Parental: Se ha encontrado que las mujeres son más vulnerables a pérdidas parentales tempranas, con relación al intento suicida, según los estudios realizados por el PPS del IESM"HD-HN", 2003.(15)
- Carencia de Soporte Socio-Familiar: La conducta suicida se presenta con mayor frecuencia en la población con déficit en el soporte sociofamiliar. Anticona y col. Epidemiología de la conducta suicida en el Hospital Victor Larco Herrera (1999).
- Intentos Suicidas Previo: Es el indicador mas importante del riesgo de suicidio consumado, todo intento de suicidio previo se debe tomar seriamente con factor predictor independientemente de su letalidad. Se ha encontrado su presencia en 47.9% de los pacientes atendidos como intentos suicidas.(14) (15)(22)(26)
- Problemas de Identidad Sexual: Estudios publicados encuentran evidencias que en personas que tienen atracción por el mismo sexo presentan un incremento en los grados de auto agresión. (29)
- La difusión mediática alarmista o distorsionada puede influir en las personas proclives, ya sea en el método o en algún otro aspecto. El uso inapropiado de la tecnología, como por ejemplo el Internet viene siendo otro factor de importancia (31)



P. Mazzetti S.



J.C. Del Carmen S.



A. Pineda S.

IV. CUADRO CLÍNICO

Datos Clínicos

- Pensamiento: Presenta un compromiso de los valores existenciales. Desde cuestionamiento de la existencia hasta el pensamiento conviccional de autodestrucción.
- Afectividad: ánimo depresivo con sensación de vacío y desesperanza.
- Lenguaje: Expresión verbal o no verbal del cuestionamiento de la existencia.
- Impulsividad : Carencia del control de los impulsos.
- Los mensajes suicidas verbales o escritos efectuados a los familiares.
- Las circunstancias, fechas u horas de ocurrencia tienen el respectivo significado.



D. Céspedes M.

Examen físico

Evaluar las funciones vitales; en caso de envenenamiento, el paciente puede presentar vómitos, convulsiones, desvanecimiento, dolores abdominales que requieren urgente atención.



L.E. RODRIGUEZ G.

Si se trata de una sobredosis de medicamentos ya sea tranquilizantes o antidepresivos, el paciente puede cursar con somnolencia, sedación, sopor, disartria, dificultad para caminar, desmayo, etc.

En cuanto a las heridas con arma blanca, estas son inferidas principalmente en los antebrazos y en el abdomen debiendo considerarse la profundidad y el tipo de arma.

Otros métodos como el lanzamiento desde altura pueden tener repercusiones de fracturas o lesiones de consideraciones sobre todo en los miembros inferiores.



Especial interés tendrá que ponerse en los intentos suicidas por ahorcamiento para auxiliar oportunamente al paciente.

V. DIAGNÓSTICO

1. Criterio de Diagnóstico

La conducta suicida es caracterizada por un espectro clínico que abarca desde ideas suicidas vagas hasta el suicidio consumado. Los pensamientos suicidas son más frecuentes que los intentos de suicidio o suicidios consumados. La conducta suicida debe ser explorada en todos los pacientes que presentan episodio depresivo, crisis de angustia, episodios psicóticos agudos, conducta impulsiva y consumo de sustancias psicoactivas y enfermedades terminales como, cáncer, HIV, SIDA, neurológicas (hemiplejía, cuadriplejía), delirium tremens o condiciones como el embarazo no deseado, etc.

INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN: Se cuenta con escalas o instrumentos como la Escala de Ideación Suicida SSI, y de Intencionalidad Suicida de Beck, así como la Escala de Evaluación de Riesgo Suicida de Pierce, o Escala de Hamilton de la Depresión (33)(34)(35)

Criterios de Severidad

Relacionados con:

Método Utilizado: Se considera de alta letalidad: Armas de fuego, sustancias cáusticas, ahorcamiento.

Planificación del Acto Suicida: Plan activo, determinante.

Persistencia del Pensamiento Suicida: Reiterativo.

Alucinaciones Auditivas Comandatorias de Autoeliminación: Voces que ordenan que se elimine.

Trastornos Psiquiátricos Mayores: Como por ejemplo Depresión Mayor, Esquizofrenia Paranoide, Trastorno de Estrés Post Traumático, Trastorno por Abuso de sustancias psicoactivas y alcohol, Ludopatía, Trastorno de la Conducta alimentaria, etc.

2. Diagnóstico Diferencial

Intoxicaciones accidentales, alérgicas, por inhalación de gases o accidentes laborales, de tránsito o fortuitos, ahogamiento, caídas de altura, quemaduras, heridas de bala, fracturas, etc.

VI. EXÁMENES AUXILIARES

1. De Patología Clínica

Dosaje de Carbamatos y órgano fosforados, Cocaína, Marihuana, Benzodiazepinas, Fenilciclidina y Éxtasis y otros de acuerdo a clínica.

Test de Embarazo en mujeres en edad fértil.

Elisa para HIV o exámenes similares.

Dosaje de Colesterol Total Sanguíneo, significativo cuando es menor de 160 mg/dl. Otros exámenes de acuerdo a cuadro clínico

2. De Imágenes

De acuerdo al cuadro clínico.

3.- Exámenes especializados complementarios

Evaluaciones de pruebas psicológicas.
Estudio social.

VII. MANEJO SEGÚN NIVEL DE COMPLEJIDAD Y CAPACIDAD RESOLUTIVA



1. Medidas generales y preventivas: de acuerdo al cuadro clínico y nivel de atención incluye:

P. Mazzetti S. -

En caso de envenenamiento por carbamatos u órganos fosforados, sofocación, ahogamiento, fractura, herida, etc. se usará el protocolo de atención del MINSA para este tipo de pacientes.

Considerar la valoración de la severidad del riesgo suicida, conocer la situación que lo llevó al paciente a la conducta suicida para intentar resolverla lo más pronto posible.

J.C. Del Corral G.

Movilización de los grupos de apoyo familiar, amical o social, si es necesario se harán las respectivas visitas domiciliarias.



Participación organizada de todo el equipo de salud (médicos, psicólogos, enfermeras, técnicos), donde luego de resolver el daño físico se procederá a la intervención en crisis y/o consejería (tanto al paciente como a la familia), donde se favorece la expresión emocional del paciente, se brindan alternativas de solución a su problemática y se refuerzan los logros obtenidos. Este punto no sólo es con el paciente que ha intentado suicidarse sino con aquel que tiene una ideación suicida.

Según sea el caso, antes, durante o después se realizará el examen mental y/o evaluación psicológica. Para identificar o descartar patología psiquiátrica o fuerte evento estresante.

Si es necesario se procederá a la hospitalización

Evolucionar en la Historia Clínica el procedimiento realizado

Derivar según cuadro clínico y nivel de atención.



2. Terapéutica:

El tratamiento requiere un enfoque profesional multidisciplinario integral que incluye la evaluación del paciente y su condición inmediata así como su entorno más cercano. Está conformado por:

a) Tratamiento psiquiátrico, médico y/o quirúrgico de acuerdo al cuadro clínico y nivel de atención incluye:

- Evaluación Médica y/o Psiquiátrica (examen físico y mental)
- Estabilización del paciente y/o atención de complicaciones médicas-quirúrgicas.
- Inter consulta a la especialidad médico-quirúrgica.

b) Intervenciones especializadas adicionales en crisis, de carácter multidisciplinario según el caso y nivel de atención (*)

- Intervención psicoterapéutica individual y familiar correspondiente.
- Intervención social.
- Evaluación Psicológica (Aplicación Pruebas psicológicas)



(*) La opinión legal y la intervención policial no son intervenciones terapéuticas pero refuerzan y apoyan el tratamiento.

2.1 Por niveles de atención

Nivel I-1:



P. Mazzetti S.

Objetivos: primeros auxilios, referencia, educación sanitaria, información, educación y comunicación al paciente en aspectos de la continuidad de la atención médica

Modalidad de atención: atención no médica.

Criterios de referencia: Identificación del problema y derivación a niveles I-2, I-3, I-4, II-1, II-2, y III-1 priorizando accesibilidad geográfica de emergencia médica

Nivel I-2, I-3, I-4, II-1:



C. Delgado S.

Objetivos: atención de emergencia del intento de suicidio, seguimiento e intervención por el equipo multidisciplinario de Salud Mental No Médico.

Modalidad de atención: Intervención Médica de emergencia y seguimiento, además de la intervención del equipo multidisciplinario de Salud Mental No Médico.

Criterios de referencia: evaluación psiquiátrica nivel II-2, III-1 según accesibilidad geográfica y/o gravedad del cuadro clínico asociado.

Nivel II-2, III-1:



A. Alcázar S.

Objetivos: Atención de emergencia médico-quirúrgico del Intento de suicidio, evaluación médico psiquiátrica, hospitalización, intervención especializada adicional, intervención del equipo multidisciplinario de crisis del paciente con intento de suicidio, capacitación a equipos multidisciplinarios de crisis.

Modalidad de atención: Evaluación médica psiquiátrica e investigación, atención de complicaciones médico quirúrgicas en pacientes con intento de suicidio, intervención especializada adicional.

Criterios de referencia y contrarreferencia: transferir a nivel III-2 a pacientes con intento de suicidio con alto riesgo de severidad de acuerdo a evaluación psiquiátrica.

Nivel III-2:



E. Podesta G.

Objetivos: Resolución del problema de alta complejidad del paciente con intento de suicidio, capacitación a equipos multidisciplinarios de crisis.

Modalidad de atención: Evaluación médica psiquiátrica e investigación, intervención especializada adicional.

Criterios de contrarreferencia: Luego de la resolución de la crisis del intento de suicidio se contrarefiere a niveles inferiores con la hoja respectiva y si se presentaran complicaciones médico quirúrgico se derivará al nivel III-1.

3. Efectos adversos o colaterales del tratamiento y su manejo

De acuerdo a psicofármacos de tipo ansiolítico, antipsicóticos y anticonvulsivantes.

4. Criterios de Alta:



E. Podesta G.

Según la evaluación psiquiátrica se darán cuando el paciente esté estabilizado del cuadro clínico de ingreso y se haya reforzado su repertorio psicológico que le permita un manejo

más adecuado de la situación que lo llevó a la conducta suicida. Es útil la intervención de un equipo multidisciplinario que trabaje con el paciente y con la familia las recomendaciones pertinentes.
En caso de duda se puede establecer junta médica.

5. Pronóstico: De acuerdo a cada situación estudiada.



P. Mazzei S.

VIII. COMPLICACIONES

Interconsultas a especialidades médico quirúrgicas de acuerdo a cuadro clínico.

Infecciones sobre agregadas
Paro cardio-respiratorio
Estados comatosos
Esofagitis cáustica, Úlceras gastrointestinales
Vómitos y aspiraciones
Reacciones alérgicas
Efectos colaterales de los fármacos
Dificultades socio familiares
Iatrogenias



A.M. Holgado S.

IX. CRITERIOS DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA

Relacionado a la derivación de centros especializados, como por ejemplo en el caso que necesite alguna intervención quirúrgica y/o atención en salud mental.

La derivación o referencia a centros de mayor complejidad debe darse cuando resulta insuficiente la atención brindada, para lo cual se utilizará los medios disponibles en el centro de origen, como por ejemplo, aviso telefónico, radio, ambulancia, camilla, etc., con el propósito de evacuar lo más rápido posible al paciente que requiera atención. Es conveniente agregar una hoja de derivación que contenga los datos precisos que debe conocer el equipo de guardia de referencia e inclusive brindar acompañamiento con un familiar o si el caso lo amerita de un miembro de la Policía Nacional del Perú (PNP).



L. Casperzo M.

X. FLUXOGRAMA



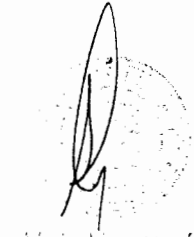
L.E. PODESTA G.



**FLUXOGRAMA DE ATENCIÓN DEL PACIENTE CON
INTENTO DE SUICIDIO EN NIVELES I-2, I-3, I-4, II-1**



P. Mazzetti S.



A.M. del Campo S.



A.M. del Campo S.



D. Céspedes M.



L.E. PODESTA G.



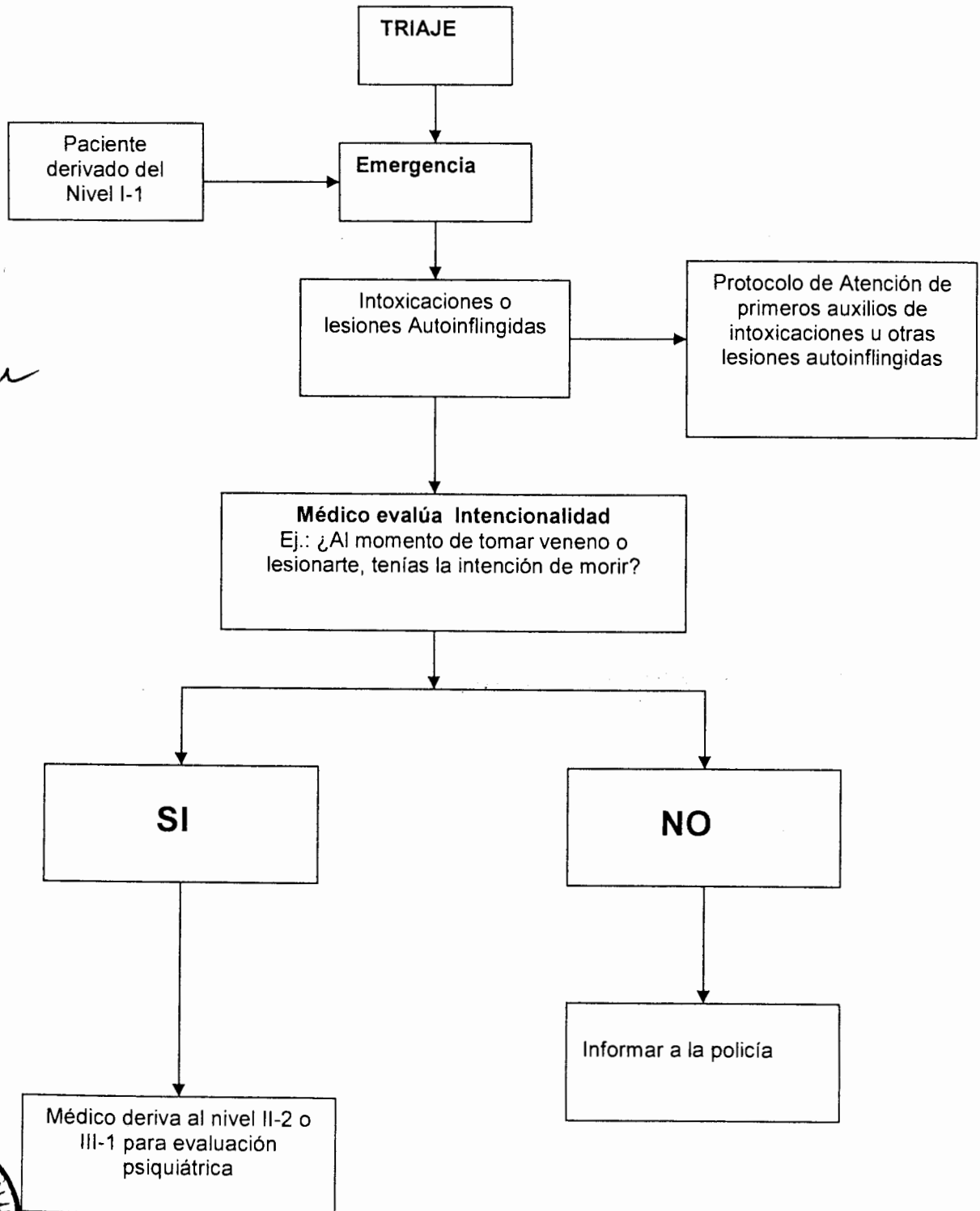
TRIAJE

Ideación suicida,
Intoxicación o lesiones
Autoinflingidas

Protocolo de atención de
primeros auxilios de
intoxicaciones u otras lesiones
autoinflingidas

Referir a nivel de mayor nivel (Nivel I-2, I-3,
I-4, II-1, II-2 o III-1) de acuerdo a
accesibilidad geográfica y complejidad.

FLUXOGRAMA DE ATENCIÓN DEL PACIENTE CON INTENTO DE SUICIDIO EN NIVELES I-2, I-3, I-4, II-1



FLUXOGRAMA DE ATENCIÓN DEL PACIENTE CON INTENTO DE SUICIDIO EN NIVELES II-2 y III-1

TRIAJE

Paciente derivado del Nivel I, II-1

Emergencia
Fluxograma de atención del paciente con intento de suicidio en niveles I-2, I-3, I-4,

Psiquiatra evalúa criterios de severidad

Hospitalización breve

Derivar a nivel III-2 u hospital psiquiátrico

Intervención en crisis del Equipo multidisciplinario de salud Mental

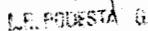
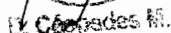
Protocolo de atención de complicaciones médico quirúrgicas del paciente con intento de suicidio

Evaluación psiquiátrica

Consulta externa de psiquiatría del nivel II-2 y II-3

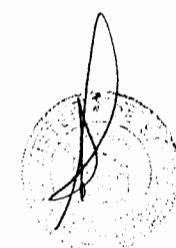
Contrarreferencia a niveles I-4 o II-1

FLUXOGRAMA DE INTERVENCIÓN EN CRISIS DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE SALUD MENTAL



XI. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1.- Organización Mundial de la Salud-OMS Informe Mundial sobre la violencia y la Salud, Oct. 2000.
- 2.- Durkheim E., 1897 El Suicidio, Buenos Aires
- 3.- Sarrò B., 1984: Concepto de suicidio y tentativa de suicidio Rev.Psiq.Psicol Med (Barcelona España; 16 (8): 512-516.
- 4.- Mann J. A current perspective of Suicide and Attempted suicide. Ann Inter Med 2002, 136: 302-311.
- 5.- Moussaoui D., JLLópez Ibor et al, 1999, Depresión in General practice, WPA Bulletin on Depresión.
- 6.- Angst J., Sartorius N, 2001, Suicide-The Differences in Age and Gender, Internat Clinical Psychopharmacol., Vol 16 (2).
- 7.- Ladame F. Laederach J. et al, 1998, La Depresión y el suicidio antes de los 20 años, Neuropsy, Jan, pp.41-46.
- 8.- Kruger H., 1998, Atención médica y prevención de depresión en un hospital nacional Diagnóstico : 37 (3)174-182.
- 9.- MINSA Estadísticas e Indicadores Básicos de Salud, 2003. Perú.
- 10.- Instituto Especializado de Salud Mental H.Delgado- H.Noguchi Oficina de Estadística e Informática, Programa de Prevención del Suicidio. Cifra de Suicidios 2002, Lima Perú.
- 11.- Estudio Epidemiológico de Salud Mental en Lima Metropolitana, IESM H.Delgado- H.Noguchi Capítulo sobre Suicidio. 2002 , Ed. Especial de Anales de Salud Mental, 2003, Lima-Perú.
- 12.- Estudio Epidemiológico de Salud Mental de la Sierra Peruana. IESM .H.Delgado- H.Noguchi, 2003, Ed. Especial de Anales de Salud Mental 2004, Lima Perú.
- 13.- Estudio Epidemiológico de Salud Mental en la Selva Peruana. Anales de Salud Mental, 2005, Ed. Especial , Lima Perú.
- 14.- MINSA, Protocolo Integral para la atención de la conducta Suicida, 2004. Cuaderno de Trabajo-
- 15.- Vásquez F. y cols. El Panorama de los suicidios en el Perú durante el año 2003. Programa de Prevención del Suicidio IESM H.Delgado-H.Noguchi, Lima Perú.
- 16.- Vasquez F., Coronado O, Morocho V, Salgado V., 2002, A contribution to genetic factor in suicidality base don family history, American Journal of Medical Genetics, Vol 114, Number 7 pp 776.
- 17.- Vasquez F. y cols. El perfil del intentador de suicidio atendido en el IESM H.Delgado- H.Noguchi 2003, Rev de Neuro-Psiquiat.68 (1-2) 2005..Lima-Perú.
- 18.- Vásquez F. y cols. Análisis de la conducta suicida en el Perú año 2004. .Rev Española , Ed. Especial Centenario JJ López Ibor, Abril 2006, España.
- 19.- Pinto-Samanez F, Sal y Rosas H, Vega-Dienstmaier J, 2002, Intentos de suicidio en el hospital Hipólito Unanue de Tacna: algunas características epidemiológicas. XVII Congreso Peruano de Psiquiatría , APP, Lima Perú.
- 20.- Abbot J. et al .1995. Domestic violence against women. Incidence and prevalence in an Emergency department population JAMA 273: 1763-1767.
- 21.- Morton E. et al. 1998. Partner homicide-suicide involving female homicide victims: a population study in North Carolina, 1988-1992. Violence Vict. 13: 91-106
- 22.- Nordstrom P. et al 1995 Survival Analysis of suicide risk after attempted suicide. Act Psychiatr Scand 91: 336-340.
- 23.- Rihner Z. 1996 Strategies of suicide prevention: focus on health care. J.Affect Disord 39: 83-91.
- 24.- Bruce M.L Pearson JL. 1999, Designing an intervention to prevent suicide- PROSPECT (Prevention of suicide in primary care elderly: collaborative trial) Dialogues Clin Neurosci 1: 100-112.
- 25.- Duberstein PR et al. 1997 Personality disorders and completed suicide- a methodological and conceptual review. Clin Psycholog Sci Pract 4 : 359-376.



J.C. Del Carmen S.



- 26.-Lin E, von Korff M. Et al 1989 Identifying suicide potential in primary care.J.Gen Inter Med 4 : 1-6.
- 27.-Pearson J. et al-1996 Suicide and Ageing. International Perspectives.New York:Springer Publishing Co.
- 28.-Kaplan S, Pelcovitz D, et al.1997, Adolescent Physical Abuse and Suicide attempts, J.Am. Acad Child Adoles.Psychiatry; 36 (6): 799-808.
- 29.-Isometsä E. Henriksson M, et al ,1996, Suicide among subjects with Personality Disorders, Am.J.Psychiatry, 153 (5): 667-673.
- 30.- Galli E. et al , 1996 , Biological Markers in Suicide: One applied to Medical Practice. Psychiatry Biol.,4(4): 219-226.
- 31- Mann J., 1997. The Psychiatric Clinics of North America Vol. 20 Number 3 ; Saunders.
- 32.- Rojtemberg S., 2001, Depresión: una introducción a su estudio. Edit Buenos Aires.
- 33.- Beck A, Kovacs A, Assessment of suicidal intent: The scale for suicide ideation. 1979, J.Consult Clin Psychol, 47: 343-352.
- 34.- Beck A., Schuyler D., Development of suicidal intent scales; The prediction of suicide, 1974 Charles Press; 45-46
- 35.- Hamilton M, 1960 A rating scale for depression.J Neurol Neurosug Psychiatry: 23; 56-62



Mazzetti S.

J.C. López

XII. ANEXOS

Anexo N° 1

Definiciones Operacionales



D. Céspedes M.



L.E. PODESTA G.



ANEXO 1

DEFINICIONES OPERACIONALES

Ideación suicida: Se denomina así en sentido general, al conjunto de pensamientos que expresan un deseo o intencionalidad de morir u otras vivencias psicológicas suicidas, tal como la fantasía o prefiguración de la propia muerte. Sinónimo de pensamiento suicida

Intento de suicidio: Es el concepto general que sirve para designar a todo acto que busque la muerte propia, inclusive de manera manipulatoria, y del cual se sobrevive

Suicidio consumado: acto por el cual el paciente logra su cometido de auto eliminarse

Ambulatorio: Manejo y tratamiento efectuadas en la consulta externa, incluyendo exámenes auxiliares, rehabilitación y tratamiento especializado.

Emergencia: Manejo y tratamiento efectuadas en el servicios de emergencia, incluyendo el manejo prehospitalario.

Examen físico y Primeros auxilios en caso necesario (lavado gástrico, suturas, desintoxicación, etc.)

Hospitalización breve en sala de observación por un período de 24 a 72 horas, dependiendo del caso.

Hospitalización: Manejo y tratamiento efectuadas en los servicios de hospitalización, incluyendo Cuidados Intensivos, Anestesiología y otros de apoyo médico especializado.

La hospitalización varía de acuerdo a la complejidad del caso.

Las intervenciones dependen de la variedad del cuadro clínico y el manejo responde a la necesidad del caso.

Domiciliario: Manejo y tratamiento efectuada en el domicilio del paciente, entendiéndola como extensión de la atención hospitalaria. A través del servicio social o equipo interdisciplinario de emergencia

Tratamiento Medico/quirúrgico: actividad médica propiamente dicha para limitar ó revertir el daño, la participación de otros médicos involucra opinión y sugerencias, y el manejo conjunto.

Tratamiento psiquiátrico convencional: Actividades terapéuticas generales y básicas que resuelven el daño de manera general y responden a la mayoría de necesidades de tratamiento.

Tratamiento psiquiátrico alternativo: Actividades terapéuticas alternativas que responden en aquellas situaciones terapéuticas que no pudieran resolverse por el tratamiento convencional. Incluye Electroterapia, sedación prolongada con supervisión permanente, uso de nuevos fármacos en determinadas situaciones

Intervenciones especializadas adicionales (Tratamiento Coadyuvante): Actividades terapéuticas complementarias al tratamiento convencional tales como Intervención una psicoterapéutica individual y familiar correspondiente, Intervención social, pruebas psicológicas. Incluye: Utilización de servicios de intervención telefónica al paciente y familiares, según Guía de Ayuda Telefónica del Programa Prevención del Suicidio del IESM "HD-HN" (Teléfono 381-3695).



J.C. Maldonado S.



M. G. G. G.



D. C. C. C.



L. E. E. E.



Educación Sanitaria: Relacionadas a las actividades de información, educación, comunicación y consejería al paciente y la familia o persona responsable.

Información, Educación y Comunicación al paciente en aspectos de la continuidad de la atención médica: Sensibilizar al paciente y crear mayor grado de conciencia de la "dualidad" cuerpo-mente del ser humano y de la importancia del tratamiento integral, dirigido no sólo al paciente sino también a los familiares.

Información de la importancia del tratamiento integral: de los trastornos del sistema nervioso, digestivo, cardio-respiratorio, entre otros. Informar acerca del cumplimiento estricto tratamiento farmacológico, así como de los efectos colaterales. Reforzar la asertividad de los pacientes para afrontar los problemas cotidianos.



P. Marzotti S.

Consejería Integral: Consejería multidisciplinaria que de manera integral este relacionada a aspectos preventivos (primaria, secundaria y terciaria) según la gravedad y disfuncionalidad de órganos y sistemas del paciente.

Se dará de acuerdo al nivel de promoción, prevención y tratamiento de la conducta suicida de manera integral. Estará dirigido para los pacientes, familiares y comunidad en general, a nivel individual y/o grupal. Campañas masivas dirigidas a la comunidad y a grupos de riesgo.

J.C. Del Carmen S.

Coordinación con las diferentes instituciones comunitarias como por ejemplo: club de madres, comedores populares, municipalidades, iglesia, bomberos, policía, etc.



R. A. ...



D. Céspedes R.



L.E. PODESTA G.



GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA EN
TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO
DEBIDOS AL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOTROPAS



I. NOMBRE Y CÓDIGO:

TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL
CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOTROPAS. CIE 10: DEL F10 AL F19

II. DEFINICIÓN

1. Los trastornos mentales y del comportamiento debido al consumo de sustancias psicotropas^{1,2} son un conjunto de eventos psicopatológicos iniciados con la intoxicación aguda y sus diferentes manifestaciones, y que de modo progresivo pueden concluir en la adicción o dependencia, incluyendo por tanto expresiones características para cada tipo de sustancia psicotropa en lo concerniente a los cuadros clínicos de la intoxicación aguda, crónica y dependencia síndrome de abstinencia e inclusive los trastornos psicóticos inducidos por tales sustancias, así como la comorbilidad médica general, familiar y social relacionadas.

Incluyen:

- F10 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de alcohol.
- F11 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de opioides.
- F12 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de cannabinoides.
- F13 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sedantes o hipnóticos.
- F14 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de cocaína -PBC (derivados de la hoja de coca)*
- F15 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de otros estimulantes (incluyendo la cafeína).
- F16 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de alucinógenos.
- F17 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de tabaco.
- F18 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de disolventes volátiles.
- F19 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de múltiples drogas o de otras sustancias psicotropas.

*No obstante que la CIE 10 solo hace mención a la cocaína, se incluye en este acápite a la pasta básica de cocaína con expresiones clínicas características.



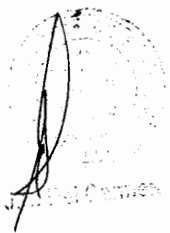
2. Etiología:

Dentro de una concepción etiológica multicausal, se incluyen³:

- Las sustancias psicótropa que actúa principalmente sobre el sistema nervioso central (*), provocando efectos agudos (intoxicación aguda) y crónicos (intoxicación crónica), induciendo en el organismo significativos cambios bioquímicos, fisiológicos y orgánicos.
- Factores propios del consumidor/adicto, entre los cuales pueden citarse predisposición genético/hereditaria (**) y la personalidad pre-mórbida de particular importancia en lo referente a grupos de riesgo (adolescentes y adultos jóvenes).
- b
- Factores ambientales, culturales y sociales, que incluyen la disfuncionalidad familiar, el proceso de aprendizaje social del consumo de sustancias (especialmente de drogas legales) y el incremento de la producción y tráfico de drogas y el deterioro social consecutivo.



R. Mazzetti S.



3. Fisiopatología³:

El consumo de sustancias psicótropas genera cambios en la neurotransmisión cerebral, afectando el sistema límbico, área tegmental ventral y diversas áreas de la corteza, desencadenando síntomas y signos característicos de cada sustancia según sea acción sobre los sistemas dopaminérgico, serotoninérgico, gabaérgico y otros.

En individuos predispuestos, la intoxicación aguda puede ocasionar alteraciones patológicas más severas, generando trastornos psicóticos específicos para cada sustancia y que en algunos casos pueden estar relacionados con comorbilidad. (para el caso de alcohol reviste particular importancia la intoxicación patológica).

La repetición de los fenómenos, de intoxicación aguda, con un acortamiento progresivo de los periodos intercríticos, conduce a nivel neuronal a procesos de neuroadaptación y neurosensibilización que gradualmente generan en el individuo la demanda obsesiva del consumo, no obstante la aparición de problemas comportamentales, familiares, laborales y sociales asociadas a éste.

La presentación del síndrome de abstinencia (como expresión del fenómeno de intoxicación crónica) generará la repetición compulsiva del consumo, constituyendo un cuadro clínico de patología de la voluntad.

Los efectos sobre el SNC descritos, se expresan en modificaciones comportamentales en el individuo, que incluyen el abandono progresivo de sus actividades cotidianas, el protagonismo gradualmente exclusivo que el consumo de la sustancia adquiere para él, su conducta disfuncional en el seno familiar, laboral y social.

*Sin dejar de considerar que actúa sobre todo el organismo.

** Particularmente estudiada para el caso de alcohol.



L.E. PODESTA G.



4. Epidemiología (*)^{4,5}:

- Las sustancias psicotropas de mayor consumo en el país son las de tipo legal: alcohol y tabaco. Para el caso del alcohol, se considera que un 10% de la PEA enfrenta problemas de abuso-dependencia (variable según región, lugar de residencia y estrato socioeconómico).
- Entre las sustancias ilegales, se ha reportado que un alto porcentaje de la población joven consume cannabinoides, y drogas de diseño.
- Entre el 0.5 y 1% de la población presenta problemas relacionados con el abuso/dependencia de PBC – Clorhidrato de cocaína.



III. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS:

1. Medio Ambiente^{3,6}.

Caracterizado por la libre disposición por la población de sustancias psicotropas legales (alcohol-tabaco), y la incentivación al consumo a través de la promoción y propaganda por los medios de información.

En lo concerniente a las sustancias psicotropas ilegales, la organización de la producción y comercialización de ellas ha generado un fenómeno que compromete vastas esferas del ordenamiento social desde el ámbito de la producción, tráfico y consumo.



2. Estilos de vida^{3,6}.

Nuestra sociedad se ha caracterizado por propiciar el consumo de alcohol y tabaco como importantes gratificadores, expresados en el fomento de su utilización como componentes de diversiones y situaciones agradables, habiéndose difundido su uso a edades cada vez más tempranas.



Del mismo modo, se produce una suerte de acostumbramiento social al consumo de sustancias psicotropas ilegales, expresadas en el inicio precoz de su consumo y el crecimiento de la patología asociada al mismo.

3. Factores hereditarios^{3,6}.

Diversos autores han señalado la predisposición genética hereditaria a desarrollar la enfermedad alcohólica, con mayor incidencia en el sexo masculino. Existen fundadas sospechas que tal predisposición hereditaria es igualmente importante en lo concerniente a las sustancias psicotropas ilegales**.

Son de particular importancia los efectos en hijos recién nacidos de consumidoras de sustancias psicotropas, como es el caso de síndrome de abstinencia neonatal en casos de madres alcohólicas, o los reportes de mayor incidencia de peso y talla en hijos de consumidoras, así como de trastornos de conducta en la niñez y la infancia de los mismos.

*Para una amplia revisión de los aspectos epidemiológicos, se pueden consultar los Estudios Epidemiológicos en Lima Metropolitana y Nacional realizados por el IESM HD-HN y los reportes de DEVIDA.

** Lo que da pie al desarrollo de programas de fomento de los mecanismos de resiliencia.



IV. CUADRO CLINICO



P. Mazzetti S.

1. LA INTOXICACIÓN AGUDA^{1,2} por sustancias psicótropas constituye *"...un estado transitorio consecutivo a la ingestión o asimilación de sustancias psicótropas o de alcohol que produce alteraciones del nivel de conciencia, de la cognición, de la percepción, del estado afectivo, del comportamiento o de otras funciones y respuestas fisiológicas o psicológicas ... la intoxicación aguda suele tener una relación estrecha con la dosis de la sustancia ... la recuperación es completa excepto cuando el tejido cerebral esta dañado o surge alguna otra complicación ... los efectos de algunas sustancias como el cannabis y los alucinógenos son particularmente imprevisibles(*)"*.



J.C. Delgado S.

De acuerdo con lo anterior. Deben subrayarse los factores farmacodinámicas y farmacocinéticas que intervienen en la interacción sustancia psicótropa-consumidor, cuyas características son específicas para las diferentes sustancias.



A.M. Holgado S.

2. En lo referente al SÍNDROME DE DEPENDENCIA^{1,2} *"...se trata de un conjunto de manifestaciones fisiológicas, comportamentales y cognoscitivas en el cual el consumo de una droga, o de un tipo de ellas, adquiere la máxima prioridad para el individuo, mayor incluso que cualquier otro tipo de comportamiento de los que en el pasado tuvieron en valor más alto La recaída en el consumo de una sustancia después de un periodo de abstinencia lleva la instauración más rápida del resto de las características del síndrome de lo que sucede en individuos no dependientes (*)"*.



D. Cepeda U.

La historia natural del trastorno se inicia con el primer cuadro de intoxicación aguda del individuo, y progresa gradualmente hacia la dependencia, con un acortamiento de los periodos intercríticos y un incremento de la dosis de consumo en directa asociación con los fenómenos de tolerancia metabólica y neuronal, con sus expresiones comportamentales en el seno de la familia y la sociedad, el abandono de otras fuentes de gratificación y la persistencia del consumo no obstante su consecuencias perjudiciales.



L. Cortés G.

3. EL SÍNDROME DE ABSTINENCIA^{1,2}, es un conjunto de síntomas y signos generados por la suspensión del consumo prolongado de una sustancia. El consumo de la misma no generará los efectos supuestamente gratificantes de la misma, aliviando más bien, los efectos desagradables de su ausencia.

*CIE 10 Trastornos Mentales y del comportamiento- Descripciones Clínicas y Pautas para el diagnóstico. OMS 1992



4. La evolución de los trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicótropas puede graficarse del modo siguiente.

Etapas Características	Experimental u ocasional	Habitual	Adictiva
Frecuencia y modalidad de consumo	• Si encuentra la ocasión consumo • Periodos inter críticos largos	• Busca consumir • Acortamiento de periodos intercríticos	• Necesita consumir • Presencia de tolerancia y síndrome de abstinencia
Características comportamentales	• Justificación del consumo	• Gradual incorporación a la red social de consumo • Problemas familiares y sociales por el consumo	• Derivadas de la necesidad compulsiva de consumo. • Quiebra de reglas y normas de funcionamiento familiar y social

La progresión de una etapa a otra está en estrecha relación con el tipo de droga, los factores biológicos y de personalidad del individuo, así como de los factores ambientales. Asimismo, las características clínicas de la intoxicación aguda, la dependencia y el síndrome de abstinencia dependerán principalmente del tipo de droga, en estrecha relación con los otros factores señalados.

V. DIAGNÓSTICO

INTOXICACIÓN AGUDA (F1X.0)^{1,2}

Corresponde a un conjunto de síntomas y signos desencadenados por el consumo de una sustancia psicótropa y su acción directa principalmente sobre el SNC. Es característico para cada tipo de sustancias y su intensidad disminuye con el tiempo, requiriendo cada vez mayor dosis desapareciendo finalmente el efecto gratificador de la ingestión. Está relacionado con:

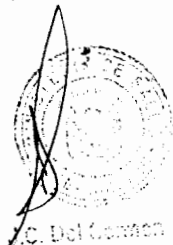
- Dosis de consumo (pudiendo dar efectos diferentes según la dosis, como en el caso del alcohol que varía de efectos estimulantes a depresores).
- Historia previa de consumo
- El contexto social en el que se produce
- El estado orgánico previo
- Para el alcohol, la intoxicación patológica constituye un cuadro agudo de comportamiento violento a bajas dosis.

Diagnóstico Diferencial¹

- Trastornos orgánicos cerebrales agudos (TEC)
- Hipoglicemia



P. Mazzetti S.



J.C. Del Corral S.

SÍNDROME DE DEPENDENCIA (F1X.2)^{1,2}

Se trata de un conjunto de manifestaciones fisiológicas, comportamentales y cognoscitivas que se expresa en:

- Compulsión de consumo.
- Incapacidad para controlar el inicio del consumo o detenerlo.
- Síndrome de abstinencia característico para cada sustancia.
- Tolerancia que lleva al consumo de dosis crecientes (que incluso superan las letales) para producir los efectos deseados.
- Preferir el consumo abandonando otras fuentes de placer
- Consumo persistente aún en presencia de sus consecuencias dañinas en lo orgánico (por ejemplo cirrosis o encefalopatías), familiar o socio laboral.
- Acortamiento del periodo intercrítico (entre consumo y consumo) hasta su virtual desaparición en casos severos.



A.M. Holgado S.

El diagnóstico diferencial¹

Para el caso del síndrome de abstinencia estará en relación a determinar el tipo de sustancia consumida (o grupo de sustancias en el caso de tolerancia cruzada), aún cuando las características son específicas para cada una de ellas. Debe igualmente diferenciarse entre un cuadro de compulsión de consumo por dependencia (en el cual existe deseo de consumo) y un estado de abstinencia generado por usos médicos (como el caso de opiáceos utilizados para calmar el dolor).



D. Céspedes M.

SÍNDROME DE ABSTINENCIA (F1X.3)^{1,2}

- Forma parte de un cuadro de dependencia, constituido por un conjunto de síntomas y signos que se presentan al suspender el consumo prolongado y a dosis altas de una sustancia psicótropa.
- Los síntomas son característicos de cada sustancia pudiendo ser orgánicos (tremor, sudoración, convulsiones, taquicardia, trastornos digestivos) y psicológicos (ansiedad, depresión).
- Pueden aparecer en forma tardía en presencia de estímulos condicionados.



L.E. PODESTA G.

Diagnóstico Diferencial¹

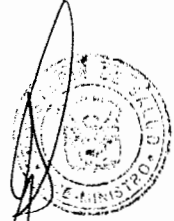
- Trastornos de ansiedad
- Trastornos depresivos
- Trastornos orgánicos que producen temblor o ansiedad.



VI. EXÁMENES AUXILIARES⁶



P. Mazzetti S.



J.C. Del Carmen S.



J.C. Del Carmen S.

* Pruebas sugeridas

- La presencia de metabolitos de las sustancias psicotropas en aliento (alcohol), orina (cocaína, PBC, THC) y sangre (opiáceos, barbitúricos, sedantes, drogas del diseño), es indicativo de intoxicación aguda.
- Perfil hepático (GGTP, TGP, TGO, FA) para determinar (daño y severidad) en los casos de dependencia.
- Neuroimágenes para la detección de secuelas en casos severos de dependencia.
- Exámenes complementarios propios de otras patologías asociadas con el comportamiento del consumidor (ETS, Tuberculosis, etc).
- Evaluaciones de laboratorio de rutina (hemograma, examen de orina, radiografía de tórax)
- Psicometría*:
 - Alcoholismo : test AUDIT, CAGE.
 - Dependencia al tabaco: test de Felgustrom.
 - Abuso de sustancias: entrevista neuropsiquiátrica MINI DSM IV. La Structured Clinical Interview for DSM-IV, Axis I y II Disorders (SCID-I y II)
 - Funcionalidad familiar: APGAR familiar.
 - Depresión y ansiedad: tests de Hamilton.
 - Personalidad: Test de Millon
 - Aspectos cognoscitivos: Test de Matrices de Raven

VII. MANEJO SEGÚN NIVEL DE COMPLEJIDAD Y CAPACIDAD RESOLUTIVA

NIVEL I-1^{7,8}

Objetivos:

- a.- Identificación de casos de uso, abuso y dependencia a través de:
 - Casos directos (pacientes intoxicados)
 - Casos indirectos (por accidentes, maltrato y violencia)
- b.- Promoción y prevención acerca de la problemática derivada del uso de psicotrópicos.
- c.- Motivación de los pacientes para incorporarse al programa.
- d.- Control de los casos referidos por el nivel superior.
- e.- Referencia de casos a niveles de mayor complejidad.
- f.- Programa de Reducción de daños (evitar contagio parenteral, ETS/VIH, tuberculosis, planificación familiar en consumidores, prevención del suicidio y violencia familiar)⁶.

Modalidades de Atención^{7,8}

- Consejería individual y grupal.
- Charlas informativas y psicoeducativas.



NIVEL I (2, 3, 4: profesionales de la salud, sin médico psiquiatra)⁸

Objetivos:

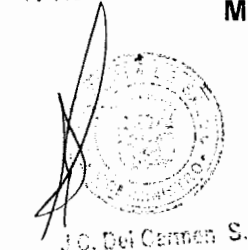
- a.- Detección precoz de casos
- b.- Motivación de pacientes para incorporarse al tratamiento.
- c.- Desintoxicación de casos leves y moderados.
- d.- Manejo individual y grupal de casos de abusadores.
- e.- Referencia de casos de habituación severa a niveles de mayor complejidad.
- f.- Programa de reducción de daños



P. Mazzetti S.

Modalidades

- Utilización de psicofármacos para la desintoxicación de casos leves y moderados: se recomienda el uso de tranquilizantes menores (de preferencia benzodiazepinas de vida media larga).
- Puede utilizarse ocasionalmente tranquilizantes mayores en casos de urgencia, con derivación inmediata a niveles de mayor capacidad resolutive (de preferencia neurolépticos que permitan el control de la agitación psicomotriz o cuadros alucinatorios / psicóticos)
- Se recomienda el manejo de antidepresivos de preferencia Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina ISRS, en casos no complicados que lo requieran.
- Se pueden utilizar medicamentos disuasivos (disulfiram, metronidazol), en los pacientes contrarreferidos de niveles de mayor complejidad.
- Psicoterapia a nivel de consejería individual, grupal y familiar.



J.O. Del Carmen S.



A. Bolgado S.

Criterios de Referencia

- 1.- Pacientes que se complican dentro del proceso terapéutico.
- 2.- Pacientes con múltiples recaídas dentro del proceso terapéutico.
- 3.- Pacientes con comorbilidad psiquiátrica. (por ej. Psicosis)
- 4.- Pacientes con comorbilidad médica no manejable a este nivel (por ej. Cirrosis hepática)
- 5.- Paciente con cuadros adictivos detectados.



L. Céspedes

NIVEL II- 1 (Profesionales de la salud, sin médico psiquiatra)⁸

Objetivos:

- a.- Detección de casos de adicción precoz.
- b.- Implementar programas de motivación.
- c.- Desintoxicación y deshabitación de casos leves, moderados y de poca severidad: (Se recomienda el uso de tranquilizantes mayores y menores, de acuerdo a la capacidad resolutive del establecimiento, con derivación de casos complicados).
- d.- Programa de intervención breve para abusadores (promedio de 3 a 6 con un mínimo de 12 sesiones)
- e.- Control y seguimiento de casos referidos de niveles de mayor complejidad.
- f.- Programa de reducción de daños

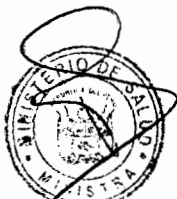


L.E. Podestá G.



Modalidades

- Utilización de psicofármacos^{9,10}; tranquilizantes menores, con monitorización y control permanente mientras dure la atención requerida. El médico evaluará la pertinencia de benzodiazepinas de acuerdo a evaluación de la capacidad metabólica y excretoria del paciente.
- Utilización de tranquilizantes mayores^{9,10} en casos de urgencia, correspondientes a cuadros psicóticos ó embriaguez patológica, sin complicaciones.
- Se recomienda el manejo de antidepresivos^{9,10} de preferencia IRSS, en casos no complicados que lo requieran.
- Se pueden utilizar medicamentos disuasivos^{9,10} (disulfiram, metronidazol), en los pacientes contra referidos de niveles de mayor complejidad.
- Se considera necesario evaluar la pertinencia de utilizar estabilizadores del ánimo (carbamazepina y ácido valproico) a dosis terapéuticas, especialmente en caso de alcoholismo.
- Deberán realizarse evaluaciones de laboratorio necesarias de acuerdo a criterios de monitorización. (función hepática o renal entre otros).
- Psicoterapia individual¹¹.
- Psicoterapia grupal¹¹.
- Psicoterapia familiar¹¹.
- Consejería.



P. Mazzetti S.



J. C. Del Canto S.



J. A. Delgado S.

Criterio de Referencia

- 1.- Paciente con evolución desfavorable.
- 2.- Pacientes con complicaciones asociadas al uso de psicofármacos.
- 3.- Comorbilidad psiquiátrica.
- 4.- Disfuncionalidad familiar severa.

NIVEL II-2 (con Servicio de Psiquiatría)⁸

Objetivos:

- a.- Detección y selección de casos a ser incorporados al programa.
- b.- Programa de motivación para incorporarse al tratamiento¹².
- c.- Programa de desintoxicación y deshabituación con internamiento.
- d.- Programa de tratamiento y rehabilitación para adictos no complicados, en diversas modalidades.
- e.- Programa de seguimiento.



D. Céspedes R.

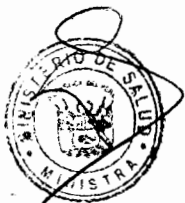


L. E. PODESTÀ G.

Modalidades:

- Manejo psicofarmacológico^{9,13,14}.
 - Para el síndrome de abstinencia, según severidad de éste, se utilizará desde un abordaje psicoterapéutico (por ejemplo técnicas de relajación, bloqueo de pensamiento), hasta el uso de psicofármacos (tranquilizantes mayores y menores)
 - En caso de presentarse apetencia de consumo (craving), podrán utilizarse igualmente técnicas de psicoterapia y psicofármacos (de preferencia combinarlas).
 - En caso de comorbilidad psiquiátrica: el manejo de los psicofármacos se ajustará al cuadro específico (ejemplo en pacientes con trastornos





P. Mazzetti S.



J.C. Del Carmen S.

afectivos, podrán utilizarse estabilizadores del ánimo, sales de litio¹², antidepresivos¹² y antipsicóticos de preferencia atípicos.

- Los casos de alcoholismo pueden ser manejados con naltrexona (se recomienda 50 mg / día), disulfiram¹² (250 a 500 mg / día).
- Los casos de adicción a nicotina pueden manejarse con Bupropion (no se encuentra en petitorio nacional) (150 mg / día) entre otras opciones
- Tratamiento médico integral de otros trastornos concomitantes.
- Psicoterapia individual¹¹ con énfasis en la motivación, áreas de la personalidad comprometidas, y de la conducta adictiva*.
- Psicoterapia grupal¹¹ orientada a la generación de grupos de autoayuda¹³.
- Psicoterapia familiar¹¹
- Generación de redes de soporte social.
- Prevención de recaídas: individual y grupal
- Seguimiento: individual y familiar
- Generación de redes de derivación, referencia y coordinación con otros equipos terapéuticos.
- Los programas serán evaluados con indicadores de proceso, resultado e impacto en forma periódica (se recomienda semestral, anual y al finalizar el mismo).



A. Volgado S.

*Son recomendables los enfoques cognitivo conductual y sistémico^{15,16,17,18,19,20}

Etapas de intervención

1. Desintoxicación¹² y deshabitación.
2. Manejo del síndrome de abstinencia. Ambos de duración variable según tipo de droga y modalidad de consumo.
3. Estabilización y rehabilitación emocional, comportamental y cognitiva (aproximadamente 6 meses).
4. Reinserción socio laboral (de 2 a cuatro meses)²¹
5. Seguimiento (incluye prevención de recaídas) entre dos a 5 años.



D. Céspedes M.

Criterios de Inclusión

- 1.- Pacientes en etapa de abuso y dependencia precoz.
- 2.- Pacientes con motivación al tratamiento^{22,23}.
- 3.- Paciente con residencia permanente en la jurisdicción.
- 4.- Pacientes en condiciones de ser manejados ambulatoriamente.
- 5.- Existencia de redes de apoyo (familiar y social).



E. Rodríguez

Criterios de exclusión y separación.

- 1.- Complicaciones psiquiátricas y médicas severas.
- 2.- Mas de tres recaídas severas durante el tratamiento.
- 3.- Incumplimiento del contrato terapéutico.
- 4.- Conducta delictiva.

Criterios de referencia

- Aparición o emergencia de complicaciones psiquiátricas severas.
- Emergencia de complicaciones medicas severas.



- Si ante las recaídas el equipo terapéutico considera que el paciente debe recibir atención de mayor complejidad. (por ejemplo internamiento prolongado o comunidad terapéutica)
- Comorbilidad psiquiátrica severa limitante (ejemplo Korsakoff alcohólico, psicosis residual)²⁴
- Otros a criterio del equipo multidisciplinario (por ejemplo disfuncionalidad familiar severa, ETS complicada)



P. Mazzetti S.

NIVEL III⁸

Para la atención de trastornos adictivos consideraremos:

- 1.- Hospitales especializados.
- 2.- Institutos especializados.

Objetivos:

- a.- Generar modalidades de atención especializada a la problemática relacionada al consumo de sustancias psicotropas, del más alto nivel terapéutico y de complejidad, para los cuadros adictivos severos con complicaciones y comorbilidad²⁴.
- b.- Servir como centros de referencia para los niveles de menor complejidad.
- c.- Proporcionar apoyo y asesoría a otras modalidades terapéuticas.
- d.- Investigación de nuevas modalidades de psicoterapia y farmacoterapia.



J.C. La Cerna S.

Modalidades

- Internamiento prolongado, bajo la modalidad clínica^{25,26}.
- Internamiento prolongado mediante la modalidad de comunidad terapéutica²⁷.
- Programas de internamiento de modalidad intermedia que asocia tratamiento ambulatorio con internamiento parcial.

Las etapas de intervención, tratamiento y rehabilitación corresponden a:

- Modelo específico adoptado por cada institución.
- Criterios de género, edad, comorbilidad asociada.
- Tipo de sustancia a ser abordada por el programa específico.

Requerimientos

- Equipo inter y multidisciplinario, con entrenamiento y/o especialización en trastornos adictivos.
- Infraestructura:
 - Ambientes de hospitalización adecuados.
 - Ambientes apropiados para psicoterapia, terapia recreativa y terapia ocupacional.
- Equipamiento:
 - Camas clínicas.
 - Laboratorio (con equipamiento para metabolitos de drogas y monitorización)



L.E. FLORESTA G.



- o Servicio de nutrición y apoyo logístico.

CRITERIOS DE ALTA CLÍNICA:

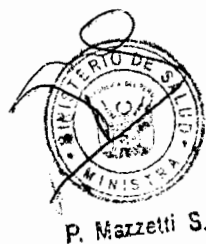
1. Culminar el programa terapéutico
2. Mantenerse en abstinencia entre 2 a 5 años.

CRITERIOS DE ALTA ADMINISTRATIVA:

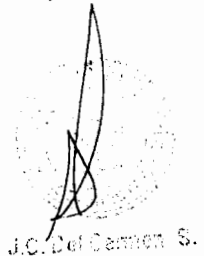
1. Abandono del tratamiento.
2. Incumplimiento del contrato terapéutico
3. Recaídas reiteradas durante el programa de tratamiento.

VIII. COMPLICACIONES

- En el caso de **INTOXICACIÓN SEVERA**^{6,10,14} en sujetos que transportan la cocaína en el estómago (burriers), se realizara el lavado gástrico y se administrara carbón activado. La cirugía inmediata para extraer el material y tratar la necrosis intestinal.
- Enfriamiento externo y paracetamol para reducir la hipertermia.
- Antiarrítmicos vía parenteral o cardioversión.
- Antihipertensivos: Nifedipina (no se encuentra en petitorio nacional) o Captopril, vía sublingual.
- Diazepam vía intravenosa, para la agitación y prevención de convulsiones.
- En síndrome de abstinencia^{10,14} la intoxicación cocaínica asociada al consumo del alcohol genera cuadros de cardiotoxicidad que pueden ser mortales^{6,10,14}.
- Las drogas de diseño generan cuadros severos de deshidratación que pueden ser mortales^{6,14}.
- Se ha reportado complicaciones derivadas de la adulteración de drogas con productos insolubles como talco (trisilicato de magnesio), almidón, yeso, harina o tóxicos como la quinina y la estricnina, que pueden originar granulomatosis pulmonar^{6,10}.
- El uso de inyectables para el consumo de derivados de opio puede ser puerta de ingreso para trastornos sépticos severos y enfermedades transmisibles como hepatitis y HIV^{6,10,14}.
- El delirium tremens constituye complicación severa del síndrome de abstinencia alcohólica¹.
- El síndrome de abstinencia neo natal es una complicación importante en hijos recién nacidos de madres alcohólicas^{3,14}.
- La disminución de peso y talla y sub secuentes trastornos de comportamiento son complicaciones reportadas en hijos de adictas a PBC y cocaína¹⁴.
- Los cuadros severos de violencia y maltrato infantil y familiar, son complicaciones frecuentes asociadas a todas las drogas²⁶.
- Son indicadores indirectos los asociados a accidentes de tránsito, atenciones por causas médicas asociadas a drogas, pérdida de horas de trabajo⁵.
- Nueve de cada 10 casos de cáncer pulmonar están asociados al consumo de tabaco¹⁴.
- Deterioro de las funciones cognitivas asociadas (entre otros) a:
 - Los casos crónicos de alcoholismo derivan en cuadros clínicos de síndrome de Wernike y Korsakoff (este ultimo irreversible)^{3,14}
 - Existen cuadros de infarto cerebral asociados a la intoxicación cocaínica¹⁴



P. Mazzetti S.



J.C. Del Carmen S.



A.M. Holgado S.



D. Céspedes M.



J.E. Podesta G.



- Comorbilidad
- Disfunción y/o pérdida laboral, académica, familiar.



P. Marzetti S.

IX. CRITERIOS DE REFERENCIA Y CONTRA REFERENCIA

Criterios de referencia: Están contemplados en cada uno de los Niveles de Atención.

Criterios de contra referencia:

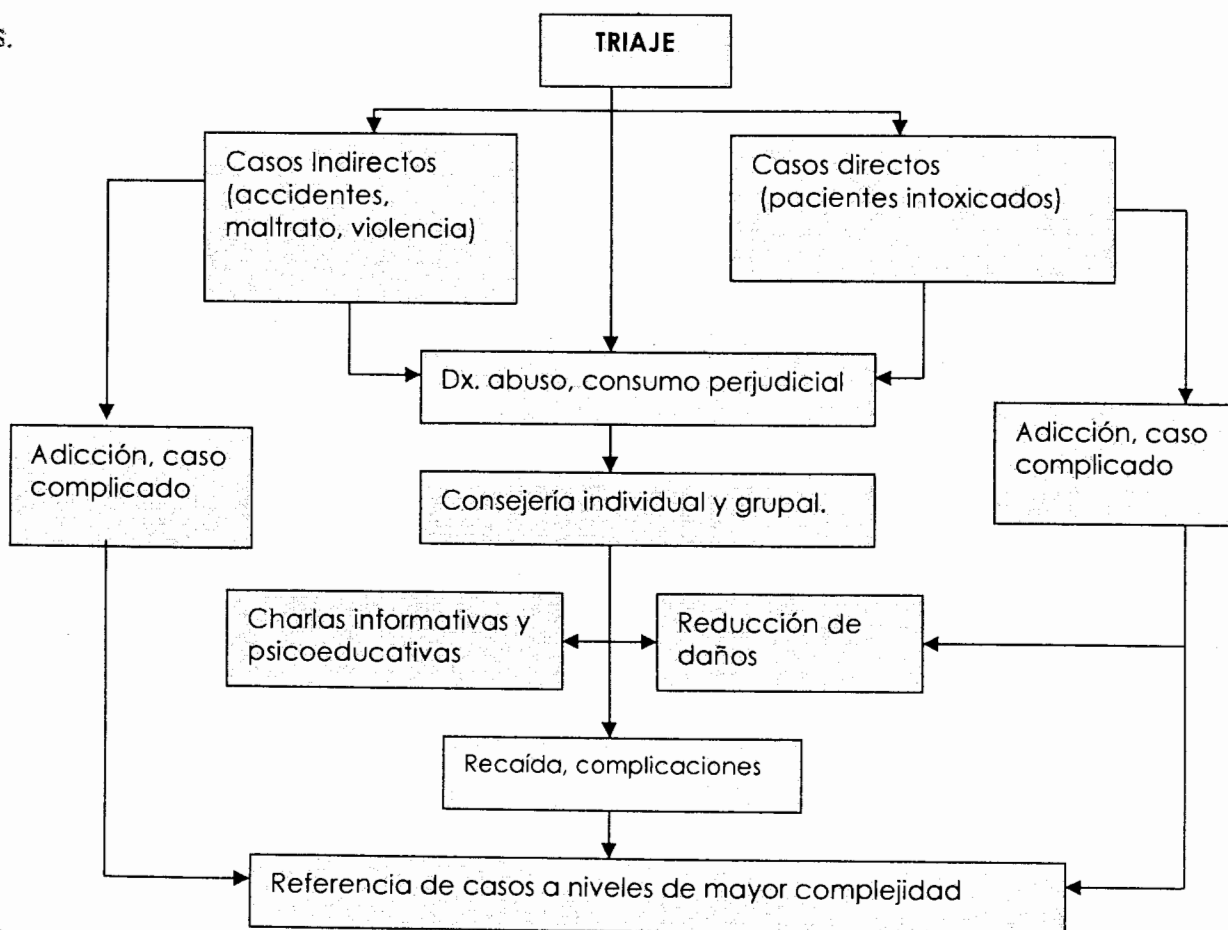
1. Haber concluido el programa terapéutico en el nivel correspondiente.
2. El problema que origino su referencia a nivel superior haya sido resuelto.
3. Accesibilidad geográfica.
4. Casos de seguimiento pertinentes de ser manejados en un nivel de menor complejidad.



J.J. Del Carmen S.

X. FLUXOGRAMA POR NIVELES DE ATENCIÓN Y RESOLUCIÓN.

Nivel I-1 (Personal de salud, sin médico)



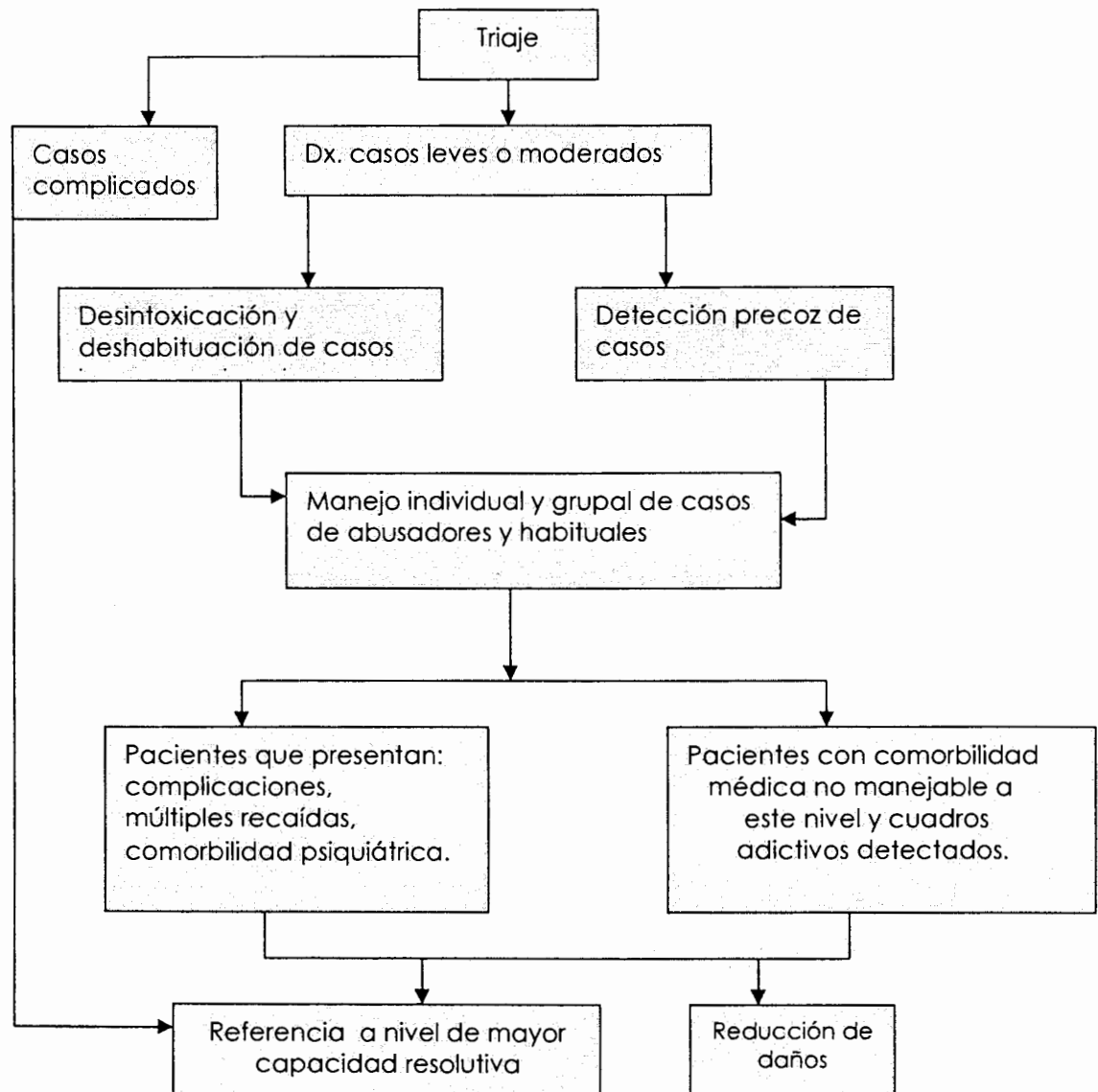
O. Céspedes M.



L.E. Podesta S.



Nivel I (2,3,4) (Establecimiento de salud, con médico)




P. Mazzetti S.


J.C. Del Carmen S.

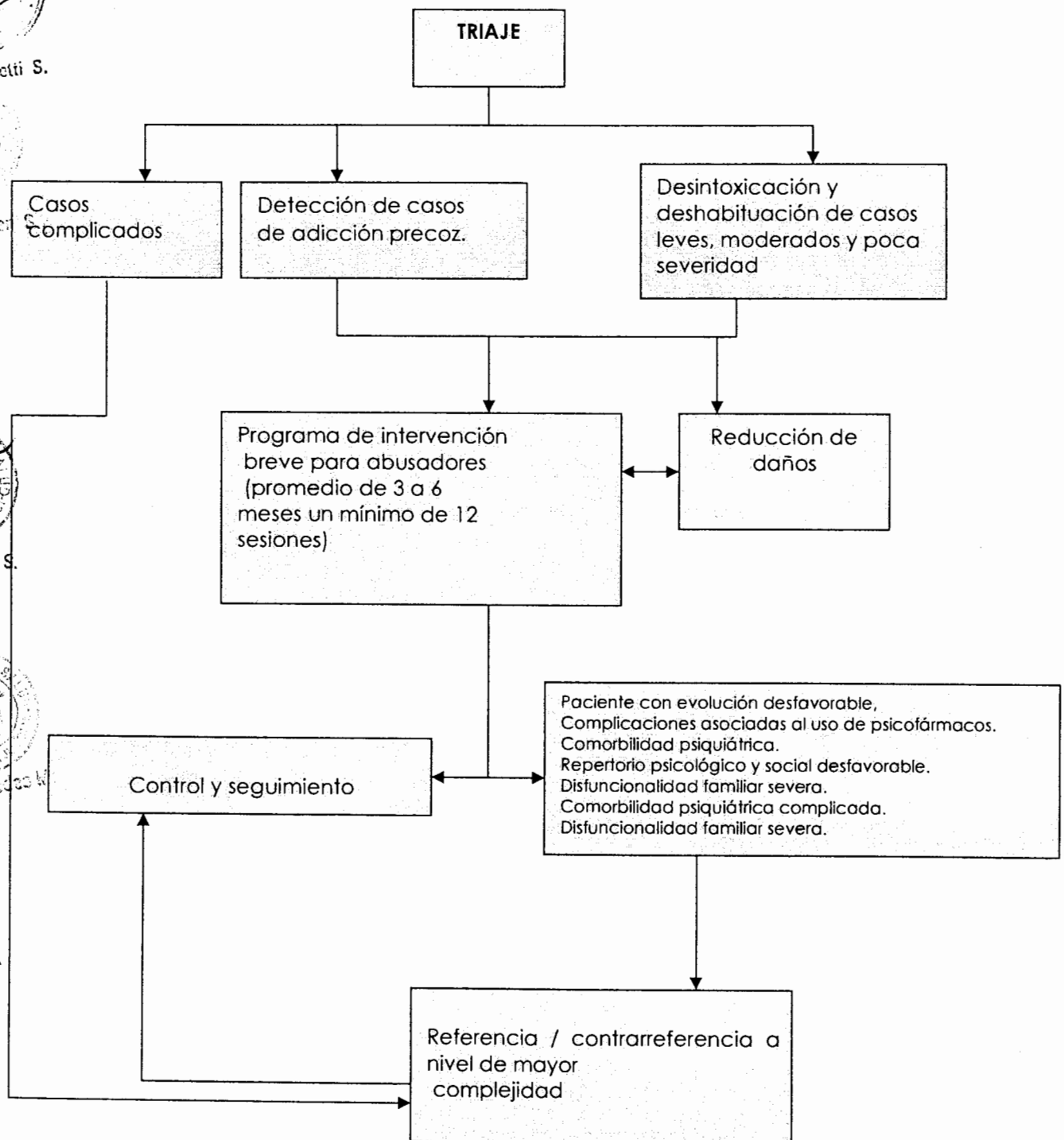

M.M. Holgado S.


D. Caspeyres M.

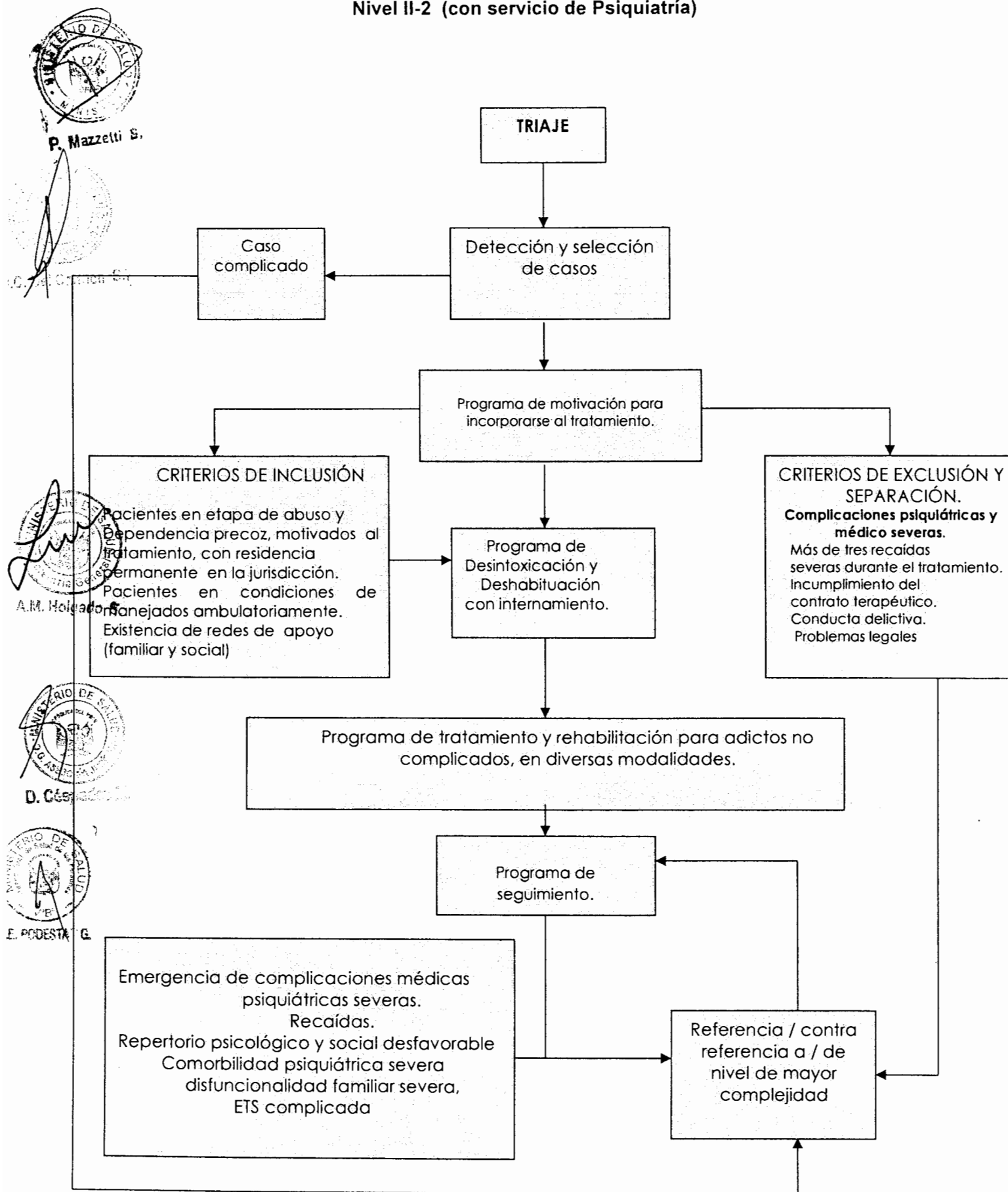

L.E. FODESTA G.



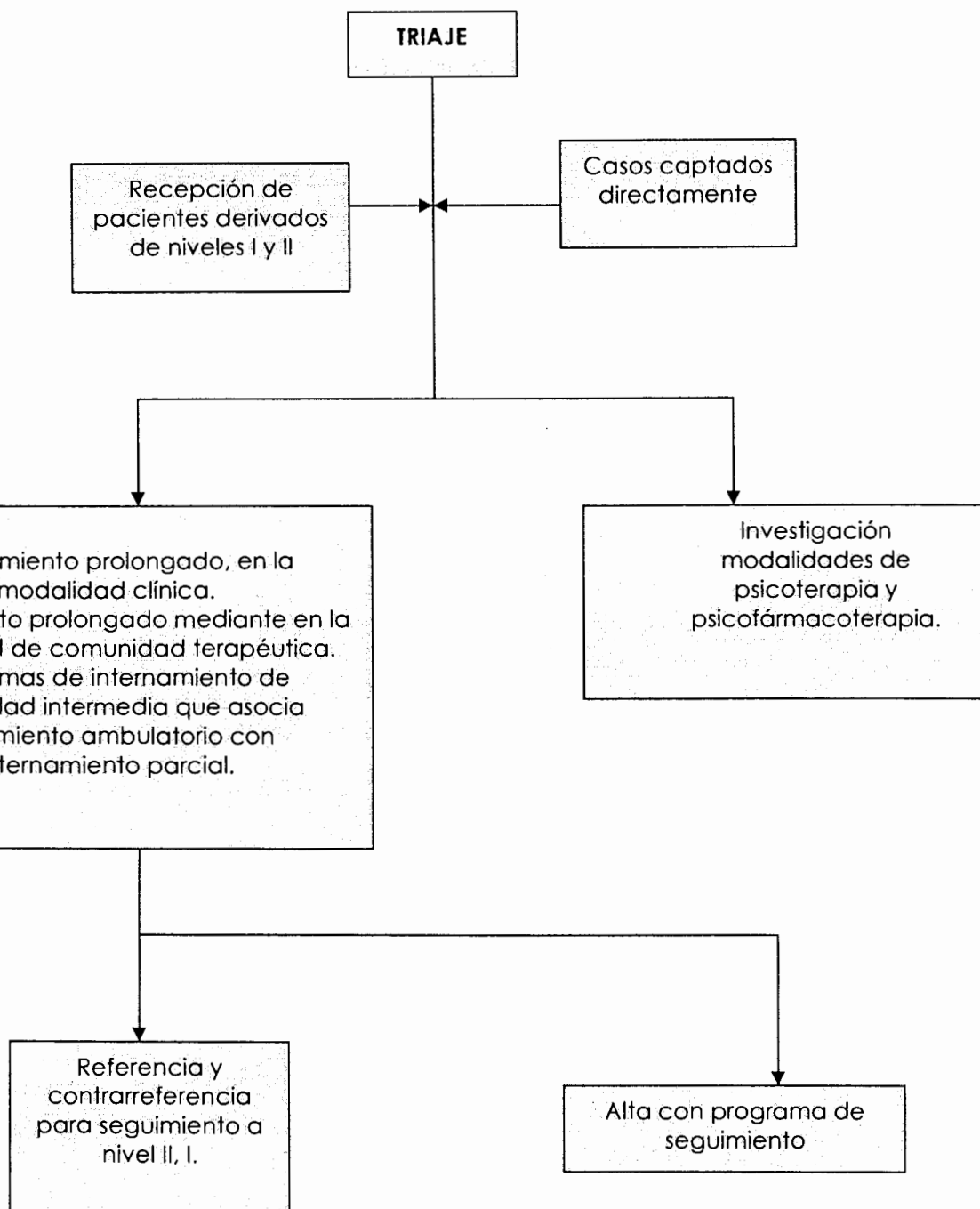
Nivel II- 1 (Profesionales de la salud, sin médico psiquiatra)



Nivel II-2 (con servicio de Psiquiatría)



Nivel III



XI.- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS



P. Mazzetti S.



J.C. del Carmen S.



A.M. Holgado S.



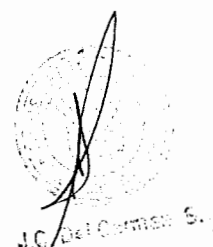
D. Osipov M.



L.E. Forastá G.



1. Organización Mundial de la Salud (1992). CIE – 10 Trastornos Mentales y del Comportamiento: Descripciones Clínicas y Pautas para el Diagnóstico. Madrid: Meditor. 1992. pp.97-112
2. DSM-IV-TR. Breviario. Criterios Diagnosticos. PA.Masson S.A. Barcelona (España), 2005. pp.97-141.
3. Kaplan H, Sadock B. Sinopsis de Psiquiatría Editorial Médica Panamericana S.A. Madrid. España, 199. pp.426-517.
4. Anales de Salud Mental –IESM-HD-HN. Estudio Epidemiológico Metropolitano en Salud Mental 2002. Informe General. Vol. XVIII-Lima Perú- Año 2002-Nº 1y 2. pp.75,123.
5. DEVIDA. II Encuesta Nacional sobre Prevención y Consumo de Drogas 2002. Perú 2003. pp.20,58.
6. Vasquez-Barquero J. Psiquiatría en Atención Primaria. Aula medica. Madrid. 1998.
7. Babor T.F. Higgins-Biddle J.C., Intervención Breve para el Consumo de Riesgo y Perjudicial de Alcohol. Un Manual para su Utilización en Atención Primaria. OMS- Generalitat Valenciana. 2001. pp.07-46.
8. OEA-CICAD. Guía Práctica para la Organización de un Sistema Integral de Tratamiento de la Dependencia de Drogas - Grupo de Trabajo: Luis Alonso B, Marck Fishmann, Ricardo Grimmson, Enrique Madrigal, Wallace Mandel. Washington D.C. 2004
9. Haro, G. Cervera, G. Martínez-Raga, J. Pérez-Gálvez, B. Fernández-Garcés M. y Sanjuán J. Tratamiento Farmacológico de la Dependencia de Sustancias desde una Perspectiva Neurocientífica. Madrid. 2002.
10. Bobes, J. Casas M. Gutiérrez M. Manual de Evaluación y Tratamiento de las Drogodependencias. Barcelona. 2003.
11. Sánchez-Hervás E, et al. Un modelo de Tratamiento Psicoterapéutico en Adicciones-Trastornos Adictivos(3) 2004;159-66 22.
12. Lineamientos técnicos - Tratamiento y Rehabilitación de personas con Consumo Problemáticos de Drogas. Ministerio de Salud de Chile. Agosto 2004.
13. Programa de las Naciones Unidas para la fiscalización Internacional de Droga. Tratamiento Contemporáneo del Abuso de Drogas: Análisis de las Pruebas Científicas, Nueva Cork, 2003.
14. Ladero P, Ladero J. Leza J, Lizasoain I. Drogodependencias. Editorial Medica Panamericana, S.A. Madrid. 1998.



15. Beck A. T. Wright, F. Newman, C. & Liese, B. Cognitive Therapy of Substance Abuse. The Guilford press. New York. 1993.
16. Labrador, F. Cruzado, J. Muñoz M. Manual de técnicas de modificación de la conducta. Ediciones Pirámide. 1993.
17. Freeman, A. Pretzer, J. Fleming B. Simon K. Clinical Applications Of Cognitive Therapy. Plenum press New York. 1990.
18. Ellis, A Mc Inerney, J. Di Giuseppe, R & Yeager, R Rational-Emotive Therapy With Alcoholics And Substance Abusers. Pergamon Inc New York. 1988.
19. Minuchin S. Técnicas de Terapia Familiar. Editorial Gedisa, Buenos Aires. 1982.
20. Minuchin S. Familias y Terapia Familiar, Editorial Gedisa, Buenos Aires. 1977.
21. Ramos, P., García, A., Graña, J.L. y Comas, D. (Comps.) *Reinserción social y drogodependencias*. Barcelona: Asociación para el Estudio y Promoción del Bienestar Social) 1987.
22. Prochaska, J.O. y DiClemente, C.C. Stages of change in the modification of problem behaviors, en M. Hersen R.M. Eisler y P.M. Miller (Eds.), *Progress in behavior modification*, Newbury Park, California, Sage. 1992.
23. ONU Principios para la Protección de los Enfermos Mentales y el Mejoramiento de la Atención de la Salud Mental. A. G. Res. 46/119, 46 U.N. GAOR Supp (Nº 49) 1991; 189, ONU Doc. A/46-49.
24. Rubio G, Lopez-Muñoz F, Alamo C, Santo-Domingo J. Trastornos Psiquiátricos y abuso de Sustancias. 2001.
25. Miraval, E Farmacodependencia y Alcoholismo. Edición Horizonte. Lima. 2004.
26. Nizama-Valladolid M. Cevallos S. Adicción familiar multiple. Instituto Nacional de Salud Mental. Anales de Salud Mental. Vol XIII Nº 1 Y 2. 1997.
27. Navarro R., Ñaña comunidad terapéutica peruana. CEDRO. Lima. 1997.

XII. ANEXOS

- Anexo 1.- Elaboración de la Historia Clínica.
- Anexo 2.- Tratamiento psicofarmacológico
- Anexo 3.- Tests psicométricos.



Anexo 1
Elaboración de la Historia Clínica

ELABORACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA 9, 13, 14, 16, 17



P. Mazzetti S.



J.C. Del Caceron S.



A.M. Holgado S.

1. Datos esenciales que debe de contener una historia clínica:

- Datos de identificación del paciente.
- Motivo de la consulta.
- Enfermedad actual.
- Antecedentes familiares.
- Antecedentes personales.
- Síndrome de dependencia:
 - Historia toxicológica.
 - Características del consumo: sustancias y vía.
 - Tratamientos previos.
- Patología relacionada.
- Situación socio-laboral, familiar.
- Situación Legal.
- Examen del estado mental.
- Datos biográficos relevantes.
- Exploración física.
- Pruebas complementarias.
- Diagnósticos.
- Tratamiento pautado.
- Evolución.

2. Valoración del síndrome de dependencia

Es imprescindible hacer una evaluación del curso de la dependencia así como de la situación actual (incluirá por tanto el contexto favorecedor del consumo, la tolerancia actual, la historia de consumo, las embriagueces, etc.), criterios diagnósticos de Manual Diagnóstico y Estadístico de la Asociación Psiquiátrica Americana- DSM-IV en la Tabla 1.



D. Céspedes M.



L.E. FODESTA M.



Tabla 1

Ejemplos de cómo realizar las preguntas para valorar los criterios del síndrome de dependencia.



P. Mazzetti S.



J.C. Velázquez S.



A.M. Hologado S.

Criterios de Síndrome de dependencia	Ejemplos de cómo realizar preguntas sobre los criterios de dependencia explorados con el SCAN *
Limitación del repertorio de consumo	¿Suele consumir las mismas cantidades y de la misma forma todos los días?
Importancia del consumo sobre otras facetas de la vida	¿Se gastó dinero en "sustancia" que debiera ser para su familia?
Aumento de la tolerancia	¿Tiene/tuvo la droga menos efecto que antes, necesita más para tener los mismos efectos?
Síntomas de abstinencia recurrentes	¿Ha notado que se siente mal si durante algún tiempo deja de tomar o disminuye la cantidad de "sustancias"?
Alivio o prevención del síndrome de abstinencia con más consumos	¿Ha tomado drogas cuando tenía esos síntomas para sentirse mejor?
Conocimiento subjetivo de la compulsión a consumir	¿Ha sentido en alguna ocasión que necesitaba "sustancia" y no podía pasar sin ella? ¿Cómo era de fuerte esa sensación?
Recaídas después de mantener periodos de abstinencia	¿Has observado si tras lograr periodos de abstinencia, el reinicio en el consumo era similar a cuando consumías anteriormente?

*SCAN: Schelude for Clinical Assesment in Neuropsychiatry

Tabla 2

Descripción de las etapas del cambio de Prochaska y Di Clemente



D. Céspedes K.



L.E. Podesta G.

Precontemplación:	etapa en la que no hay ninguna intención de cambiar la conducta en un futuro próximo. Los individuos o bien no tienen conciencia de sus problemas o bien los minimizan. No es que no puedan ver la solución, es que no pueden ver el problema.
Contemplación:	situación en que las personas son conscientes de que existe un problema y piensan seriamente superarlo, pero aún no se han comprometido a hacerlo. La persona sabe donde quiere llegar, pero todavía no se encuentra preparada.
Determinación o Preparación:	es la etapa en que el individuo ha realizado mejoras en sus problemas de comportamiento con la intención de cambiar en un futuro próximo, pero sin haber alcanzado aun el criterio para que sus acciones sean efectivas. Son personas que intentan abstenerse y que lo consiguen durante algún periodo de tiempo, aunque sin lograr mantenerlo.
Acción:	es la fase en que el individuo modifica su comportamiento, experiencias o entorno con el fin de superar sus problemas. Implica cambios de comportamientos más visibles y requiere un considerable compromiso de tiempo y energía. Es el momento del logro y mantenimiento de la abstinencia por un periodo prolongado de tiempo.
Mantenimiento:	Etapa definida por el trabajo que hace el individuo por prevenir una recaída y consolidar los resultados obtenidos durante la acción. Es una continuación, no una ausencia de cambio.



3. Valoración de la comorbilidad y problemas conexos

- Estado médico: Anamnesis médica general, antecedentes de enfermedades graves, accidentes, hospitalizaciones. Examen físico y exploraciones complementarias. Evaluación de los daños y repercusiones orgánicas del consumo.
- Conductas de riesgo ante las enfermedades transmisibles y particularmente sobre el VIH y hepatitis.
- Estado psicopatológico: Exploración del estado psicopatológico y grado de ajuste psicológico
- Funcionamiento Familiar: Constitución de la familia, miembros, ingresos, nivel de escolarización, normas familiares y comunicación interna, relaciones, pérdidas parentales etc.
- Funcionamiento Social: Valorar vivienda, barrio, amigos, parejas, grupos de pertenencia y referencia,
- Funcionamiento Laboral: situación de empleo, formación laboral.
- Actividad delictiva: situación legal, tipo de delitos.
- Exploración del estado mental

Tabla 3
Valoración Psicopatológica Básica

Descripción general
Aspecto físico
Conducta motora
Habla
Actitudes
Emociones
Estado de ánimo
Expresión afectiva
Adecuación
Alteraciones perceptivas
Alucinaciones
Ilusiones
Despersonalización
Desrealización
Proceso del pensamiento
Curso del pensamiento
Contenido del pensamiento
Pensamiento abstracto
Escolarización inteligencia
Concentración.
Orientación
Memoria
Control de los impulsos
Capacidad de Juicio
Introspección
Tomada de Hales 1999

4. Exploración clínica y complementaria

En la Tabla 4 se describen algunos signos y síntomas clínicos que pueden hacer sospechar en un posible cuadro de dependencia de sustancias en la consulta de asistencia primaria.

Tabla 4
Algunos Indicadores Clínicos para el Tamizado de la Dependencia

Antecedentes anamnesicos	Motivos de consulta	Hallazgos físicos	Hallazgos mentales
Dificultades de pareja Problemas laborales Traumatismos frecuentes Peleas callejeras Conducir embriagado Problemas financieros Actividades que impliquen consumo	Fatigabilidad Hemorragias digestivas Anorexia Pérdida de peso Convulsiones Toma de antiácidos Síntomas hipoglucémicos Discracias sanguíneas Trastornos del sueño Vómitos matutinos Impotencia Fumador excesivo Escasa respuesta a los tratamientos.	Sudoración profusa Inyección conjuntival Aliento etílico Cicatrices de venopunción Hipertensión sistólica Temblor fino en extremidades Disartria Descuido personal Evidencia de daño hepático Signos de malnutrición Eritema palmar, nasal, Arañas vasculares	Amnesia Depresiones Angustia Crisis de pánico Irritabilidad Ideación paranoide, sobre todo celotípicas Labilidad del ánimo Cambios de personalidad Promiscuidad sexual Falta de confiabilidad Síntomas psicorgánicos inexplicables.


P. Mazzetti S.


J.C. del Carmen S.

5. Signos asociados al abuso/dependencia

- El consumo crónico de cocaína por la misma vía nasal puede producir una perforación del tabique nasal secundaria a la vasoconstricción y pérdida de riego sanguíneo.
- Quemaduras de cigarrillos o cicatrices.
- Piloerección: Signo de abstinencia de la dependencia a opiáceos habitualmente se observa en brazos y troncos.
- Queilosis: Lesión de ruptura de la mucosa en la comisura de los labios, debida generalmente al déficit de riboflavina. (alcohólicos)
- Dermatitis por contacto: En abusadores de disolvente se observa alrededor de la nariz, boca y manos.
- Alteraciones secundaria a hepatitis o alteraciones hepáticas.
- Ictericia
- Telangiectasias malares: Dilatación de las venas capilares de los malares.
- Arañas vasculares: Pequeñas formaciones telangiectásicas.
- Eritema palmar: Enrojecimiento en manchas o difuso de la piel de la región hipotenar de la palma de la mano, puede tener relación con afecciones hepáticas o pancreáticas.
- Infección por monilias o candidiasis: puede ser un signo de infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH).
- Facies congestiva: Cara enrojecida
- Cicatrices: Debidas a intentos de suicidio, caídas o peleas.

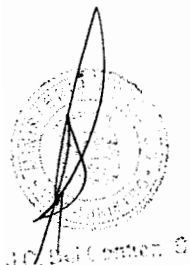
Exploración física

La exploración física debe ser minuciosa y puede detectar signos acerca de las patologías orgánicas ligadas al consumo de sustancias.

Patologías médicas más frecuentes:



P. Mazzetti S.



A.D. Del Corral S.

Endocarditis, miocarditis, arritmias cardíacas, tromboflebitis, arteritis, angéitis necrosante, hipertensión e hipotensión. Microinfartos pulmonares múltiples, fibrosis pulmonar crónica, granulomas por cuerpos extraños, edema pulmonar, neumonía bacteriana, neumonía por aspiración, tuberculosis y neumonías relacionadas con la infección por el VIH, Hepatitis víricas y cirrosis. Las hepatitis tipo B se dan en pacientes con mayor evolución de la adicción vía intravenosa y politoxicómanos. La hepatitis tipo C se presenta como la infección vírica más prevalente en el colectivo de adictos por vía intravenosa, Irregularidades menstruales, infecciones de órganos sexuales, crisis convulsivas, delirium, ceguera, mielitis transversa, mielínolisis central de la protuberancia, rabiomielitis, meningitis bacteriana, abscesos en el sistema nervioso central y tétanos, síndrome nefrótico, artritis y osteomielitis, estreñimiento crónico, diarrea, pancreatitis, infección por el VIH. Dentro del grupo de adictos se está asistiendo a un importante descenso de nuevos casos en la epidemia VIH-SIDA, en parte por el menor número de contagio al cambio de vía de consumo y en los hábitos de consumo y al aumento de los programas de reducción de daños.

Pruebas de laboratorio



A.M. Holgado S.

Las determinaciones analíticas que se realizan de forma habitual en sangre y en orina son:

- Hemograma.
- Electrolitos en suero
- Bioquímica básica que incluya:
 - Colesterol, triglicéridos, función renal, hepática, deshidrogenasa láctica (LDH), creatin fosfoquinasa (CPK), proteína C reactiva. Tiempo de protrombina y pruebas de coagulación, Calcio, Magnesio Niveles de B12 y ácido fólico. Serología Luética de screening y confirmatoria (falsos positivos). Detección de anticuerpos anti VIH (consentimiento del paciente). Marcadores de hepatitis A, B, C.
 - Radiografía de tórax.
 - Electrocardiograma en mayores de 40 años y en consumidores de estimulantes y en pacientes con dependencia alcohólica.
 - Test de embarazo.
 - Análisis de esputo BK seriado para las personas con tos por más de 15 días. Transaminasas hepáticas: GGT, GOT, GPT, GOT/GPT,
 - Creatinina y urea cuya alteración conjunta puede presentar una sensibilidad del 86% y una especificidad del 87%.



D. Céspedes M.



L.F. Podesta G.

Detección de drogas y fármacos

La determinación del consumo de sustancias mediante análisis de orina para metabolitos de sustancias psicoactivas es una práctica habitual. Si no se realiza el análisis de forma inmediata, se ha de preservar a menos de 25°C. Se puede mantener en frigorífico a temperatura de 4-8°C durante un periodo no superior a 24h.

Las utilidades de estas determinaciones serán:

1. Identificación de pacientes con consumo de drogas.



2. Despistaje de consumo en pacientes pertenecientes a grupos de alto riesgo (adolescentes, conducción, trabajos de riesgo, permisos de armas etc.)
3. Exclusión de consumo de sustancias en pacientes con conductas desadaptadas.
4. Identificación de sustancia consumida.
5. Valoración de abstinencia en pacientes en tratamiento.

El tiempo de detección varía según la sustancia (Tabla 5), encontrando oscilaciones entre 6-24 horas en los barbitúricos hasta 6-81 días en los derivados cannábicos.

Tabla 5
Tiempo de Detección según la Sustancia

Druga	Tiempo medio de detección de sustancias en orina	Técnica de EMIT *Cut off	Técnica de Cromatografía Gases **Sensibilidad	de
Opiáceos:				
Heroína,	15-44 H	300 µg/L	<300 µg/L	
Morfina	15-44 H	300 µg/L	<300 µg/L	
Codeína	33-54 H	25 µg/L	10-100 µg/L	
Dextropropoxifeno		300 µg/L	<300 µg/L	
Buprenorfina	24 h- 7 días		0,2-1 µg/L	
Metadona	24h- 72 >50mg metadona/día 24h- 72 <20 mg metadona/día falsos negativos	300 µg/L	0,1-1 µg/L	
Anfetaminas				
Cocaína (detección de	24 H	300 µg/L	10-100 µg/L	
Benzoilecgonina)	72-144 Hasta 10 días excepcionalmente	300 µg/L	1-10 µg/L	
Cannabis				
Consumo esporádico			10-200 µg/L	
	20mg THC 1-3 días	100 µg/L		
	20mg THC 1-7 días	20 µg/L		
	5 día			
Consumo crónico				
	4 semanas	100 µg/L		
	10 semanas	20 µg/L		
	hasta 11 semanas del cese del consumo.			
Inhalación pasiva	Positivo con 5 horas de exposición			
Benzodiazepinas				
Diazepam	2-7 días		5 µg/L	
Flurazepam	2-72h			
Lorazepam	6-63h			
Oxazepam		300 µg/L		
*Cut off: umbral o punto de corte a partir del cual la muestra se considera positiva				
**Sensibilidad o límite de detección del método.				

6. Técnicas Terapéuticas en la Entrevista Clínica 9, 13, 14, 16, 17

Iniciada la entrevista y establecida una buena y adecuada relación terapeuta - paciente, varias técnicas pueden ayudar en el recojo de información:

Reflejo: En ésta técnica, el terapeuta repite algo que ha dicho el paciente apoyándolo. La finalidad del reflejo es doble: permite al terapeuta asegurarse que ha entendido correctamente lo que el paciente ha querido decir y permite al paciente saber si el terapeuta ha comprendido lo que ha dicho. El reflejo no es una



repetición exacta de lo que el paciente ha dicho, sino mas bien, una paráfrasis que indica que el ha comprendido lo que el paciente intenta decir.

Facilitación: El terapeuta ayuda al paciente a continuar con la entrevista, proporcionándole claves tanto verbales como no verbales, que animan al paciente a seguir hablando (por ej. Asentir con la cabeza, "sí", "continúe", etc.)



P. Mazzetti S.

Silencio: En la relación terapeuta - paciente, el silencio puede ser constructivo y, en ciertas circunstancias, puede permitir al paciente pensar, observar, llorar o simplemente instalarse en un contexto de apoyo y aceptación, cuando el terapeuta le hace ver que no es necesario hablar todo el tiempo.

Confrontación: Esta técnica se utiliza para llamar la atención del paciente sobre algo que el terapeuta cree que éste no presta atención, obvia o niega de alguna manera. Es una técnica que debe aplicarse con pericia para evitar que el paciente se vuelva hostil y defensivo. La confrontación sirve para ayudar al paciente a enfrentarse a algo de un modo directo y respetuoso.

Clasificación: Mediante ésta técnica, el terapeuta intenta obtener más detalles sobre algo que el paciente ha dicho.

Interpretación: Suele utilizarse cuando el terapeuta sospecha algo del comportamiento o del pensamiento del paciente de lo que éste no es consciente. La interpretación suele ayudar a clarificar interrelaciones que el paciente no ve. Se trata de una técnica sofisticada y solo debe utilizarse cuando ya se ha establecido una buena relación con el paciente y se tiene una idea razonable exacta de cuales son esas interrelaciones.

Resumen: El terapeuta, durante la entrevista puede parar de vez en cuando para resumir brevemente lo que el paciente ha dicho hasta el momento. Al hacerlo tanto el terapeuta como el paciente comprueban que ambos tienen la misma información que el paciente está proporcionando.

Transición: Esta técnica conlleva la idea de que ya se ha obtenido suficiente información sobre un determinado tema y se invita al paciente a continuar con otro asunto.

El refuerzo positivo: Mediante ésta técnica, se le permite al paciente sentirse cómodo al hablar con el terapeuta, algunas cosas que para él son complejas, haciendo sentir al paciente que diga lo que diga, no habrá enfados, ni problemas, revisando objetivamente cada asunto.

Reafirmación: La reafirmación sincera puede ayudar al paciente a aumentar su confianza y su conformidad con el terapeuta, pudiendo experimentar con ello la respuesta empática de este. Esta técnica debe manejarse con juicio, pues muchas veces la reafirmación se produce como consecuencia del deseo de intentar que el paciente se sienta mejor pero cuando éste percibe que el terapeuta no le ha dicho la verdad, suele desconfiar de otros apoyos, aunque sean sinceros.

Segun Adreasen y Black resumen así los pasos de la técnica de una entrevista clínica habitual:

- Establecer la relación lo antes posible en la entrevista.
- Determinar la queja principal del paciente.
- Utilizar la queja principal para desarrollar un diagnóstico diferencial provisional.



- Discriminar las distintas posibilidades diagnósticas mediante preguntas concretas y detalladas.
- Insistir en las respuestas vagas o confusas con la constancia necesaria para determinar con precisión la respuesta a la pregunta.
- Dejar al paciente expresar con la libertad que permita determinar sus problemáticas y su estado mental.
- Usar una mezcla de preguntas abiertas y cerradas.
- No tener miedo a preguntar sobre temas que puedan resultar difíciles o embarazosos para Usted o para su paciente.
- Preguntar sobre pensamientos suicidas.
- Dar al paciente la oportunidad de preguntar al final de la entrevista.
- Terminar la primera sesión comunicando un sentimiento de comprensión y de esperanza.



Entrevista con otras personas significativas

Siempre realizar una entrevista con los miembros de la familia u otras personas que conozcan y tengan contacto con el paciente. Idealmente, estos informantes no deben tener problemas con el alcohol o las drogas, brindarán datos importantes para establecer el diagnóstico.


D. Carmen S.


D. Ceapalco M.


L.E. PODESTA G.


D. Hidalgo R.



Anexo 2
TRATAMIENTO PSICOFARMACOLÓGICO

1º TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE LA INTOXICACIÓN AGUDA ALCOHÓLICA ^{9,13,14}:

La Intoxicación aguda alcohólica grave se caracteriza por la presencia de: una alcoholemia igual o superior a los 3 gr/l. En la que el sujeto pierde el conocimiento y entra en coma con respiración estertórea, bradicardia, bradipnea, hipotermia, nula respuesta refleja, relajación de esfínteres y posible parada cardio-respiratoria. En casos de intoxicación con niveles de 4gr/l o superior debe considerarse como una situación de compromiso vital urgente, en la mayoría de las ocasiones estos niveles de alcoholemia se detectan ya en cadáveres.

El tratamiento de la intoxicación alcohólica grave consiste en:

- Control de constantes vitales: Tensión arterial, pulso, temperatura, ritmo respiratorio.
- Posición de decúbito lateral con mantenimiento de vías aéreas permeables.
- Asegurar una vía para la administración endovenosa.
- Tiamina vía parenteral para prevenir un síndrome de Wernicke.
- Hidratación con suero glucosalino. Si no podemos determinar la glucemia, administrar una ampolla de glucosa hipertónica i.v.
- Si hay ingesta asociada de fármacos realizar lavado gástrico, en caso de que no hayan transcurrido dos horas desde la ingesta. Tener en cuenta que el uso de carbón activado no es eficaz en la intoxicación por etanol.
- Administración de 0,4-0,8 mgr. de Naloxona vía intravenosa o subcutánea si hay pérdida de conciencia. Repetir la dosis cada 3-5 minutos.
- Si hay sospecha de ingestión conjunta de alcohol y benzodiazepinas administrar Flumazenil vía parenteral. 0,5 mgr., repitiendo la dosis cada 5 minutos hasta alcanzar respuesta o una dosis máxima de 2mgr.
- Controlar los síntomas de agitación con Haloperidol, 5mg, vía parenteral. Control de la posibilidad de crisis comicial ya que los neurolépticos disminuyen el umbral convulsivo.
- En alcoholemias superiores a los 4gr/l esta indicada la diálisis.

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO EN LA INTOXICACIÓN POR COCAINA. ^{9,13,14}:

- No existe un antagonista ni un antídoto eficaz para controlar la intoxicación cocaínica. Los delirios paranoides suelen desaparecer en unas horas o todo lo más en un par de días, en relación a la eliminación de la sustancia y sus metabolitos, por lo que no suele necesitar un tratamiento farmacológico específico.



P. Mazzetti S.



J.O. Delgado S.



D. Céspedes S.



L.E. Podesta G.



A.M. Delgado S.





P. Mazzetti S.

[Handwritten signature]
J. L. Cordero S.

- Los antipsicóticos atípicos como Risperidona 2 a 4 mg día y Olanzapina 5 a 0 mg día han mostrado buenos resultados. Tienen rapidez de acción, baja incidencia de efectos extrapiramidales y en el caso de la Olanzapina sus propiedades sedantes permiten controlar la agitación y el insomnio.
- En caso de agitación se pueden utilizar benzodiacepinas de vida larga y con propiedades miorelajantes.
- El uso de beta-bloqueantes adrenérgicos y antagonistas dopaminérgicos en la intoxicación está desaconsejado.
- Las benzodiacepinas y el enfriamiento corporal con medidas higiénicas, suelen ofrecer buenos resultados para el control sintomático de la hiperactividad vegetativa.
- La actuación médica en la intoxicación cocaínica dependerá de la sintomatología de cada caso y siempre debe ser tratada en servicios hospitalarios por la posibilidad de graves complicaciones orgánicas o psiquiátricas.
 - Control de constantes vitales.
 - Tratamiento cardiorrespiratorio si lo precisa
 - Asegurar vías aéreas y parenterales.
 - Caso de intoxicación involuntaria en sujetos que transportan la cocaína en el estómago debe realizarse lavado gástrico y administrar carbón activado. En estos casos hay pocas posibilidades médicas de intervención y normalmente debe recurrirse a la cirugía para extraer el material y tratar la necrosis intestinal.
 - Enfriamiento externo y paracetamol para reducir la hipertermia.
 - Antiarrítmicos vía parenteral o cardioversión.
 - Antihipertensivos: Nifedipina o Captopril vía sublingual.
 - Diacepan vía intravenosa para la agitación y prevención de convulsiones.



D. Céspedes M.



L.E. PODESTA G.



A.M. Holgado S.

3º TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DEL SÍNDROME DE ABSTINENCIA POR COCAÍNA. ^{9,13,14.}

El Síndrome de Abstinencia por cocaína en algunas casos es grave como son los suicidios por la intensa sintomatología depresiva de la primera fase o crash o al abandono del tratamiento por recaída en el consumo al instaurarse el irreprimible *craving* de cocaína que caracteriza a la segunda y tercera fase del síndrome de abstinencia.

- Durante la fase de *crash* se presenta sintomatología depresiva, el embotamiento afectivo y cognitivo y, sobre todo, la ideación autolítica.
- La sintomatología depresiva se puede tratar con antidepresivos del tipo de los Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina ISRS como la Fluoxetina.
- Se recomienda el uso de benzodiacepinas de vida larga como Clonacepan 2 a 8 mg día.
- Durante la segunda fase del síndrome de abstinencia en la que predomina un intenso *craving*, el uso de antidepresivos ISRS asociados con anticonvulsivantes como carbamazepina 400 a 800 mg día con la finalidad de incrementar la capacidad de control de impulsos y mejorar la tasa de abstinencia y retención en el tratamiento.

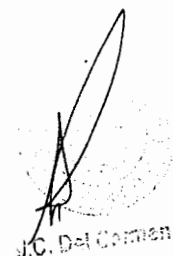


1.- Intoxicación aguda por N Metil Dextroanfetamina - NMDA sobredosis:
No existe un antídoto específico. El tratamiento será únicamente sintomático y de soporte, con el máximo de efectividad dentro de las dos primeras horas post-consumo. "golpe de calor", (hipertermia). El tratamiento se basa en medidas de soporte:

- Control de constantes vitales.
- Lavado gástrico antes de las primeras dos horas, más tarde pierde su eficacia. Posteriormente y como complemento utilizar carbón activado, inerte y atóxico, en dosis de 1gr/kg. de peso en 250 cc de agua.
- Protección de vías aéreas.
- Rehidratación con sueros hidrosalinos. (Shaphiro, 1996).
- La alcalinización de la orina en un intento de evitar la mioglobinuria nos daría lugar a una reducción en la eliminación del tóxico por lo que lo más aconsejable es utilizar Manitol.
- Controlar la hipertermia con el uso de medidas físicas como son el hielo, líquidos fríos, hidratación parenteral, etc.
- Control de la presión arterial con alfa-bloqueantes o nitroprusiato.
- Tratamiento de las convulsiones con diazepam o fenitoina.
- Si hay agitación usar Diazepam, y evitar los estímulos externos
- El uso de Neurolépticos es controvertido dado que existe el riesgo de provocar un Síndrome Neuroléptico Maligno con el uso de Butirofenonas especialmente en el caso de abuso de metanfetamina y fenfluramina. Por otra parte, los neurolépticos atípicos como la Risperidona pueden presentar efectos paradójicos e incluso incrementar la aparición de fenómenos de flashback.
- Tratamiento habitual de las complicaciones: Insuficiencia Renal, Hepatopatía.
- Es conveniente que la intoxicación aguda sea tratada en un centro hospitalario con Unidad de Cuidados Intensivos dada la gravedad del cuadro.



P. Marzetti S.



J.C. Del Carmen S.



D. Céspedes M.



L.E. Podesta G.



A.M. Helgado S.



4º AVERSIVOS DEL ALCOHOL.

Utilizados con las mismas dosificaciones y objetivos que en el tratamiento de la enfermedad alcohólica.

Es imprescindible informar al paciente de sus efectos y del objetivo del uso de estos medicamentos para conseguir un mejor resultado en el tratamiento de la dependencia de cocaína.

Duración del tratamiento entre 3 y 6 meses.

Siempre debe asociarse a un tratamiento psicosocial de deshabitación.

- Disulfiram: Inhibe de forma irreversible la aldehidodeshidrogenasa, por lo que el efecto del disulfiram puede durar varios días. Se emplea en forma oral, generalmente a dosis de 1 comprimido de 250mg/día, asegurándonos de una abstinencia previa de al menos 12 horas.
 - Sus efectos secundarios son erupciones acneiformes, trastornos gastrointestinales, alteración del gusto, alteraciones sexuales,

astenia, puede exacerbar psicosis previas y como efectos más graves se han descrito la hepatotoxicidad y neuropatías periféricas, aunque no son frecuentes. Está contraindicado en las psicosis, enfermedades cardiovasculares o cerebrovasculares, epilepsia y en la gestación.

- o Interacciona con las difenilhidantoinas, sulfonilureas, haloperidol, warfarina, isoniácida, inhibidores de la monoaminoxidasa, barbitúricos, antidepresivos tricíclicos, antihistamínicos, bloqueadores alfa y beta, clordacepóxido y diacepam.

5° ANTICRAVING.^{9,13,14.}

- NALTREXONA. Los receptores opioides mu, delta y kappa parecen estar implicados en las acciones reforzantes de la cocaína.

Se recomiendan dosis elevadas (150 mgr), aunque lo habitual es utilizar entre 50 y 100 mgr. diarios, junto con un programa psicosocial reglado y dirigido a reducir los consumos de alcohol al mismo que se pretende mejorar la capacidad de control de la ingesta alcohólica y de esta forma evitar la aparición de craving de cocaína.

A las dosis recomendadas hay que tener muy en cuenta el potencial hepatotóxico de la Naltrexona.

6° PSICOFARMACOLOGIA EN LA DESHABITUACIÓN ABUSO/DEPENDENCIA POR DROGAS.^{9,13,14.}

Pautas farmacológicas de manejo del síndrome de abstinencia al alcohol.

Fármaco	Síndrome de abstinencia moderado	Síndrome de abstinencia grave
Clonacepan	2 a 8 mg/día oral	8 mg/día oral
Midazolam		15 a 50 mg día 1 ampollas/4-6 horas vi (no sobrepasar 50 mg/día)
Ketazolam	30- 60 mg/día oral	60 – 90 mg día
Cloracepato dipotásico	15-150 mg/día oral	100-200 mg/día oral
Diacepam	30-60 mg/día oral	10-20 mg/1-2 horas oral hasta conseguir sedación

ANTIPSICOTICOS.

Se puede utilizar Clorpromacina 300 a 600 mg día, Olanzapina 10 a 20 mg día ó Risperidona 2 a 4 mg día.

ANTIDEPRESIVOS TRICICLICOS.

Clomipramina: 75 mg día.



P. Mazzetti S.

Su uso se basó en un principio en el paralelismo existente con el comportamiento de búsqueda obsesiva inducida por cocaína que reviste características de TOC. La serotonina parece estar muy implicada en la conducta compulsiva de búsqueda de droga inducida por el crack y la cocaína.

INHIBIDORES DE LA RECAPTACION DE SEROTONINA ISRS

Se pueden utilizar cualquiera de ellos en el tratamiento de la depresión asociada, tales, tales como:

- Fluoxetina: Mejores resultados con dosis de 20 a 40 mg durante 12 semanas de tratamiento ambulatorio.
- Paroxetina: Indicado cuando el componente de ansiedad es predominante dentro de la sintomatología de abstinencia.


A.C. Del Corral S.

DUALES:

Mirtazapina: antidepresivo de acción dual: Dosis habituales de 30 mgr/24 h
En toma nocturna.
Estudio en marcha para valorar su utilidad en reducir los síntomas de abstinencia y el deseo de cocaína.
Como efectos secundarios destaca la posibilidad de incremento de peso de los pacientes.



A.M. Holgado S.

OTROS:

Bupropión: Antidepresivo Inhibidor de la Recaptación de serotonina y Dopamina.
Fármaco de elección en el tratamiento del tabaquismo.



D. Céspedes S.

LITIO.-

Puede ser efectivo en un subgrupo de drogodependientes con trastorno bipolar o ciclotímico y en psicosis cocaínica.



L.E. PODESTA S.

Dosis en trastorno bipolar (600-1800 mg/día). Litemia 0,6-1,2 mmol/l.

Riesgo de crisis hipertensivas con el consumo de coca. Importantes efectos secundarios y necesidad de monitorizar el tratamiento con niveles plasmáticos y control de la dieta, lo que dificulta el tratamiento.



ANTICOMICIALES Y GABAERGICOS.

Carbamacepina: Se puede usar en dosis de 400 a 800 mg. día. Es útil en cocaínómanos con crisis convulsivas.

Acido Valproico: Se usa a dosis de 500 a 1500 mg. Hay que tener precaución por posible hepatotoxicidad

6º TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO EN CONSUMO ASOCIADO ALCOHOL / COCAÍNA



P. Mazzetti S.

El uso combinado de cocaína y alcohol da lugar a un metabolito activo y tóxico en sí mismo que agrava y prolonga la toxicidad de cada una de las sustancias, comparado con el consumo aislado de cada una de ellas. Este metabolito se denomina Cocaetileno o Etylencocaina (Baquero 2002).

Las concentraciones de cocaetileno y también su toxicidad son mayores si se ingiere primero alcohol y posteriormente cocaína, si se invierte esta secuencia los resultados en niveles de cocaetileno, así como en consecuencias conductuales, son significativamente menores.

- Incrementa la concentración plasmática de cocaína.
- Eleva la potencial toxicidad cardiovascular.
- Aumenta la pérdida de control con mayores consumos y mayor severidad de la abstinencia.
- Induce la aparición de cuadros de intoxicación más graves tanto a nivel sanitario como conductual y sociofamiliar con aparición frecuente de conductas de tipo antisocial.

Para ello se pueden utilizar los aversivos del alcohol.



D. Céspedes R.



L.E. FORRESTA G.



A. H. Hualde S.



Anexo 3

TEST PSICOMÉTRICOS

K. Trastornos asociados al uso de sustancias psicoactivas no alcoholicas

(⇒ SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS, RODEAR CON UN CÍRCULO NO EN CADA LÍNEA Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

Ahora le voy a enseñar/leer una lista de sustancias ilícitas o medicinas.

K1 a. ¿En los últimos 12 meses, tomó alguna de estas sustancias en más de una ocasión, para sentirse mejor o para cambiar su estado de ánimo? NO ☐ SÍ ☐

RODEE CON UN CÍRCULO TODAS LAS SUSTANCIAS QUE HAYA USADO:

Estimulantes: amfetaminas, speed, cristal, dexedrina, ribalina, píldoras adelgazantes.
Cocaína: inhalada, intravenosa, crack, speedball.
Narcóticos: heroína, morfina, Dilaudid, opio, Demerol, metadona, codeína, Percodan, Darvon.
Alucinógenos: LSD (ácido), mescalina, peyote, PCP (polvo de ángel, *power pill*, *psychofilm*, STP, hongos, exotex, MDA, MDMA.
Inhalantes: pegamento, éter, óxido nítrico (*laughing gas*), *amyl* o *butyl nitrate* (*poppers*).
Marihuana: hachís, THC, pasta, hierba, mota, *reefer*.
Tranquilizantes: Quaalude, Secoral (cresda), Valium, Xanax, Librium, Alivan, Dalmane, Halcion, barbitúricos, «Miltovnia», Tranquilamin, Lexatin, Orfidal.
Otras sustancias: esteroides, pastillas dietéticas o para dormir sin receta. ¿Cualquier otra sustancia?
ESPECIFIQUE LA/S SUSTANCIA/S MÁS USADA/S: _____

b. SI EXISTE USO CONCURRENTES O SUCESIVO DE VARIAS SUSTANCIAS O DROGAS, ESPECIFIQUE QUÉ DROGA/CLASE DE DROGA VA A SER EXPLORADA EN LA ENTREVISTA A CONTINUACIÓN:

- SÓLO UNA DROGA/CLASE DE DROGA HA SIDO UTILIZADA. ☐
- SÓLO LA CLASE DE DROGA MÁS UTILIZADA ES EXPLORADA. ☐
- CADA DROGA ES EXAMINADA INDIVIDUALMENTE. (FOTOCOPIAR K2 Y K3 SEGÚN SEA NECESARIO). ☐

K2 Considerando su uso de (NOMBRE DE LA DROGA/CLASE DE DROGA SELECCIONADA), en los últimos 12 meses:

- a. ¿Ha notado que usted necesitaba utilizar una mayor cantidad de (NOMBRE DE LA DROGA/CLASE DE DROGA SELECCIONADA) para obtener los mismos efectos que cuando comenzó a usarla? NO ☐ SÍ ☐ 1
- b. ¿Cuando redujo la cantidad o dejó de utilizar (NOMBRE DE LA DROGA/CLASE DE DROGA SELECCIONADA) tuvo síntomas de abstinencia? (dolores, temblores, fiebre, debilidad, diarreas, náuseas, sudaciones, palpitaciones, dificultad para dormir, o se sentía agitado, ansioso, irritable o deprimido)? Utilizó alguna/s droga/s para evitar enfermarse (síntomas de abstinencia) o para sentirse mejor? NO ☐ SÍ ☐ 2

CODIFICAR SÍ, SI CONTESTÓ SÍ EN ALGUNA

- c. ¿Ha notado que cuando usted usaba (NOMBRE DE LA DROGA/CLASE DE DROGA SELECCIONADA) terminaba utilizando más de lo que en un principio había planeado? NO ☐ SÍ ☐ 3
- d. ¿Ha tratado de reducir o dejar de tomar (NOMBRE DE LA DROGA/CLASE DE DROGA SELECCIONADA) pero ha fracasado? NO ☐ SÍ ☐ 4

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

1.1. MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional
(MINI International Neuropsychiatric Interview, MINI)

15

J. Abuso y dependencia de alcohol

(= SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS, RODEAR CON UN CÍRCULO NO EN CADA UNA Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

J1 ¿En los últimos 12 meses, ha tomado 3 o más bebidas alcohólicas en un periodo de 3 horas en tres o más ocasiones? NO SÍ 1

J2 En los últimos 12 meses:

- a ¿Necesitaba beber más para conseguir los mismos efectos que cuando usted comenzó a beber? NO SÍ 2
- b ¿Cuando reducía la cantidad de alcohol, temblaban sus manos, sudaba, o se sentía agitado? NO SÍ 3
¿Bebía para evitar estos síntomas o para evitar la resaca (p.ej., temblores, sudoraciones o agitación)?
CODIFICAR SÍ, SI CONTESTÓ SÍ EN ALGUNA.
- c ¿Durante el tiempo en el que bebía alcohol, acababa bebiendo más de lo que en un principio había planeado? NO SÍ 4
- d ¿Ha tratado de reducir o dejar de beber alcohol pero ha fracasado? NO SÍ 5
- e ¿Los días en los que bebía, empleaba mucho tiempo en procurarse alcohol, en beber y en recuperarse de sus efectos? NO SÍ 6
- f ¿Pasó menos tiempo trabajando, disfrutando de sus pasatiempos, o estando con otros, debido a su consumo de alcohol? NO SÍ 7
- g ¿Continuó bebiendo a pesar de saber que esto le causaba problemas de salud, físicos o mentales? NO SÍ 8

¿CODIFICÓ SÍ EN 3 O MÁS RESPUESTAS DE J2?

NO SÍ
DEPENDENCIA
DE ALCOHOL
ACTUAL

J3 En los últimos 12 meses:

- a ¿Ha estado usted varias veces intoxicado, embriagado, o con resaca en más de una ocasión, cuando tenía otras responsabilidades en la escuela, el trabajo o la casa?
¿Esto le ocasionó algún problema?
CODIFIQUE SÍ SÓLO SI ESTO LE HA OCASIONADO PROBLEMAS. NO SÍ 9
- b ¿Ha estado intoxicado en alguna situación en la que corra un riesgo físico, por ejemplo conducir un automóvil, una motocicleta, una embarcación, utilizar una máquina, etc.? NO SÍ 10
- c ¿Ha tenido problemas legales debido a su uso de alcohol, por ejemplo un arresto, perturbación del orden público? NO SÍ 11
- d ¿Ha continuado usted bebiendo a pesar de saber que esto le ocasionaba problemas con su familia u otras personas? NO SÍ 12

¿CODIFICÓ SÍ EN 1 O MÁS RESPUESTAS DE J3?

NO SÍ
ABUSO DE ALCOHOL
ACTUAL

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)



P. Mazzetti S.



J.C. Del Corral S.



D. Céspedes M.



L.E. Podesta G.



A.M. Holgado S.

*J. Bobes, M Portilla, M Bascaran, P. Saiz, M Bousoño. Banco de Instrumentos básicos para la practica clinica psiquiatrica 2da Edición ARS Medica. Barcelona España. 2002.



GUIA DE PRÁCTICA CLINICA
TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOTROPAS


P. Mazzetti S.


J.C. Delgado S.


D. Céspedes M.


L.E. PODESTÀ G.


A.M. Holgado S.

e ¿Los días que utilizaba (NOMBRE DE LA DROGA/CLASE DE DROGA SELECCIONADA) empleaba mucho tiempo (> 2 horas) en obtener, consumir, recuperarse de sus efectos, o pensando en drogas?	NO	SÍ	5
f ¿Pasó menos tiempo trabajando, disfrutando de pasatiempos, estando con la familia o amigos debido a su uso de drogas?	NO	SÍ	6
g ¿Ha continuado usando (NOMBRE DE LA DROGA/CLASE DE DROGA SELECCIONADA) a pesar de saber que esto le causaba problemas mentales o de salud?	NO	SÍ	7
¿CODIFICÓ SÍ EN 3 O MÁS RESPUESTAS DE K2? ESPECIFICAR LA/S DROGA/S: _____			
NO SÍ DEPENDENCIA DE SUSTANCIAS ACTUAL			
Considerando su uso de (NOMBRE DE LA CLASE DE DROGA SELECCIONADA), en los últimos 12 meses:			
K3 a ¿Ha estado intoxicado o con riesgo a causa de (NOMBRE DE LA DROGA/CLASE DE DROGA SELECCIONADA), en más de una ocasión, cuando tenía otras responsabilidades en la escuela, en el trabajo o en el hogar? ¿Esto le ocasionó algún problema? (CODIFIQUE SÍ, SOLO SI LE OCASIONÓ PROBLEMAS)	NO	SÍ	8
b ¿Ha estado intoxicado con (NOMBRE DE LA DROGA/CLASE DE DROGA SELECCIONADA) en alguna situación en la que corriese un riesgo físico (p. ej., conducir un automóvil, una motocicleta, una embarcación, o utilizar una máquina, etc.)?	NO	SÍ	9
c ¿Ha tenido algún problema legal debido a su uso de drogas, por ejemplo, un arresto o perturbación del orden público?	NO	SÍ	10
d ¿Ha continuado usando (NOMBRE DE LA DROGA/CLASE DE DROGA SELECCIONADA) a pesar de saber que esto le causaba problemas con su familia u otras personas?	NO	SÍ	11
¿CODIFICÓ SÍ EN 1 O MÁS RESPUESTAS DE K3? ESPECIFICAR LA/S DROGA/S: _____			
NO SÍ ABUSO DE SUSTANCIAS ACTUAL			
MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)			

*J. Bobes, M Portilla, M Bascaran, P. Saiz, M Bousoño. Banco de Instrumentos básicos para la practica clinica psiquiatrica 2da Edición ARS Medica. Barcelona España. 2002.



P. Trastorno antisocial de la personalidad (opcional)

(⇒ SIGNIFICA IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS Y RODEAR CON UN CÍRCULO NO)

P1 Antes de cumplir los 15 años:

- | | | | | |
|---|--|----|----|---|
| a | ¿Faltaba a la escuela o se escapaba y dormía fuera de casa con frecuencia? | NO | SI | 1 |
| b | ¿Mentía, hacía trampa, estaba robando con frecuencia? | NO | SI | 2 |
| c | ¿Iniciaba peleas o incitaba a otros, los amenazaba o los intimidaba? | NO | SI | 3 |
| d | ¿Destruía cosas deliberadamente o empezaba fuegos? | NO | SI | 4 |
| e | ¿Maltrataba a los animales o a las personas deliberadamente? | NO | SI | 5 |
| f | ¿Forzó a alguien a tener relaciones sexuales con usted? | NO | SI | 6 |
| | ¿CODIFICÓ SÍ EN 2 O MÁS RESPUESTAS DE P1? | NO | SI | |

NO CODIFIQUE SÍ, SI LA CONDUCTA ES SOLO POR MOTIVOS POLÍTICOS O RELIGIOSOS.

P2 Después de cumplir los 15 años:

- | | | | | |
|---|--|----|----|----|
| a | ¿Se ha comportado repetidamente de una forma que otros considerarían irresponsable, como no pagar sus deudas, ser deliberadamente impulsivo o deliberadamente no trabajar para mantenerse? | NO | SI | 7 |
| b | ¿Ha hecho cosas que son ilegales incluso si no ha sido descubierto (p. ej., destruir la propiedad, robar artículos en tiendas, fumar, vender drogas o cometer algún tipo de delito)? | NO | SI | 8 |
| c | ¿Ha participado repetidamente en peleas físicas (incluyendo las peleas que tuviera con su cónyuge o con sus hijos)? | NO | SI | 9 |
| d | ¿Ha mentido o estafado a otros con el objetivo de conseguir dinero o por placer, o mintió para divertirse? | NO | SI | 10 |
| e | ¿Ha expuesto a otros a peligros sin que le importara? | NO | SI | 11 |
| f | ¿No ha sentido culpabilidad después de hacerle daño a otros, maltratarlos, mentirles o robarles, o después de dañar la propiedad de otros? | NO | SI | 12 |

¿CODIFICÓ SÍ EN 3 O MÁS RESPUESTAS DE P2?

NO	SI
TRASTORNO ANTISOCIAL DE LA PERSONALIDAD DE POR VIDA	

ESTO CONCLUYE LA ENTREVISTA

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)



P. Mazzetti S.

[Handwritten signature]



D. Corpeles M.



L.E. Podesta G.



A.M. Holgado S.



*J. Bobes, M Portilla, M Bascaran, P. Saiz, M Bousoño. Banco de Instrumentos básicos para la practica clinica psiquiatrica 2da Edición ARS Medica. Barcelona España. 2002.

3.3. Test AUDIT

Items	Criterios operativos de valoración
1. ¿Con qué frecuencia consume alguna bebida alcohólica?	0. Nunca 1. Una o menos veces al mes 2. De 2 a 4 veces al mes 3. De 2 a 3 veces a la semana 4. Cuatro o más veces a la semana
2. ¿Cuántas consumiciones de bebidas alcohólicas suele realizar en un día de consumo normal?	0. Una o 2 1. Tres o 4 2. Cinco o 6 3. De 7 a 9 4. Diez o más
3. ¿Con qué frecuencia toma 6 o más bebidas alcohólicas en una sola ocasión de consumo?	0. Nunca 1. Menos de una vez al mes 2. Mensualmente 3. Semanalmente 4. A diario o casi a diario
4. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha sido incapaz de parar de beber una vez había empezado?	0. Nunca 1. Menos de una vez al mes 2. Mensualmente 3. Semanalmente 4. A diario o casi a diario
5. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no pudo hacer lo que se esperaba de usted porque había bebido?	0. Nunca 1. Menos de una vez al mes 2. Mensualmente 3. Semanalmente 4. A diario o casi a diario
6. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha necesitado beber en ayunas para recuperarse después de haber bebido mucho el día anterior?	0. Nunca 1. Menos de una vez al mes 2. Mensualmente 3. Semanalmente 4. A diario o casi a diario
7. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha tenido remordimientos o sentimientos de culpa después de haber bebido?	0. Nunca 1. Menos de una vez al mes 2. Mensualmente 3. Semanalmente 4. A diario o casi a diario
8. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no ha podido recordar lo que sucedió la noche anterior porque había estado bebiendo?	0. Nunca 1. Menos de una vez al mes 2. Mensualmente 3. Semanalmente 4. A diario o casi a diario
9. ¿Usted o alguna otra persona han resultado heridos porque usted había bebido?	0. No 2. Sí, pero no en el curso del último año 4. Sí, el último año
10. ¿Algún familiar, amigo, médico o profesional sanitario han mostrado preocupación por su consumo de bebidas alcohólicas o le han sugerido que deje de beber?	0. No 2. Sí, pero no en el curso del último año 4. Sí, el último año



P. Maza S.



J. C. ...



J. Cepeda M.



L. E. ...



A. M. Holgado S.



*

INTERPRETACIÓN

	Hombres	Mujeres
No problemas relacionados con alcohol	0 - 7	0 - 5
Bebedor de riesgo	8 - 12	6 - 12
Problemas físico-psíquicos con la bebida y probable dependencia alcohólica	13 - 40	13 - 40



P. Mazzetti S.

*J. Bobes, M Portilla, M Bascaran, P. Saiz, M Bousoño. Banco de Instrumentos básicos para la practica clinica psiquiátrica 2da Edición ARS Medica. Barcelona España. 2002.

3.2. Cuestionario CAGE

	Si	No
1. ¿Ha tenido usted alguna vez la impresión de que debería beber menos?	☐	☐
2. ¿Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?	☐	☐
3. ¿Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?	☐	☐
4. ¿Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para librarse de una resaca?	☐	☐



J.C. ...



A.M. Holgado S.

*

INTERPRETACIÓN

En cada ítem, la respuesta afirmativa vale 1 punto y la negativa 0.
Puntos de cohorte

0	No hay problemas relacionados con el alcohol
1	Indicio de problema relacionado con alcohol
2 - 4	Dependencia alcohólica



D. Céspedes M.

*J. Bobes, M Portilla, M Bascaran, P. Saiz, M Bousoño. Banco de Instrumentos básicos para la practica clinica psiquiátrica 2da Edición ARS Medica. Barcelona España. 2002.



J.E. PODESTA G.

